

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Programa de Pós-graduação em Saúde Pública
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública
Área de Concentração Saúde, Trabalho e Ambiente

**MEIOS DE TRABALHO – ESPAÇO DE VIDA: A ATIVIDADE DE TRABALHO
DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE
FORA - MG**

Wallace Fernando Dias

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em
Ciências na área de Saúde Pública.*

Orientador: Prof. Dr. Frederico Peres

Rio de Janeiro, julho de 2008.

RESUMO

O presente estudo buscou analisar a atividade de trabalho do agente comunitário de saúde inserido em um programa de saúde de família no município de Juiz de Fora - MG. Os referenciais teóricos que alicerçaram as reflexões advêm da Clínica da Atividade desenvolvida por Yves Clot e da perspectiva ergológica proposta por Yves Schwartz. As análises realizadas tiveram como objetivo a identificação das pré-ocupações presentes na atividade de trabalho dos agentes comunitários de saúde. Assim como conhecer os instrumentos desenvolvidos por esses profissionais no exercício de sua profissão. E por fim, apoiar o coletivo dos agentes comunitários de saúde no processo de modificação das condições negativas presentes nessa ocupação. O método utilizado situa-se no âmbito da pesquisa qualitativa e seis profissionais participaram como sujeitos do estudo. A fim de compreender os sentidos contidos na atividade procedeu-se a entrevistas de autoconfrontação simples e cruzada onde a verbalização indireta do trabalhador sobre a sua atividade tem vários destinatários constituindo, assim, um caminho alternativo ao real da atividade. Foi possível perceber que diversas dimensões pré-ocupam a atividade desse profissional, muitas vezes limitando e impedindo-o de obter êxito em seu propósito de promover a saúde dos usuários do SUS. Ademais, constatou-se que o coletivo de agentes comunitários encontra-se fragmentado em função da dificuldade do compartilhamento de experiências e de instrumentos. No entanto, os sujeitos ainda encontram nessa atividade espaços de criação, de construção de sentido e de alcance de prazer.

Palavras-chaves: agente comunitário de saúde, saúde do trabalhador, Clínica da Atividade; Ergologia.

ABSTRACT

This study aimed to analyze work activities among community health agent of the Family Health Program in Juiz de Fora, MG. The theoretical framework in which this study is based come from Yves Clot's Activity Clinic approach and Yves Schwartz's Ergological approach. The analyzes aimed to identify the pre-occupations present in the Agent's work activities, as well as to evince the instruments developed during the exercise of their profession. They also aimed to support this work collective in the modification of negative work conditions process. The method situates in the scope of qualitative health research, where six professionals were included as study subjects. To understand the meanings present in their activities, it was used the self-confrontation – simple and crossed – method, in which indirect verbalization of work activities points the reflection of workers regarding their activities, exposing a pathway to the real conception of the labor activity. It was possible to evince some diverse pre-occupations regarding their work activities, many of them limiting the possibility of health promotion among the Public Health System (SUS) users. It was also evinced that the collective of community health agents is fragmented which difficult sharing common experiences and instruments. However, these subjects still find, in their work activities, spaces for creativity and pleasure.

Key-words: community health agent; worker's health; Activity Clinic; Ergology.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
1. A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE NO BRASIL: RECUPERAÇÃO DE UMA HISTÓRIA	9
1.1 Previdência e Saúde.....	12
1.2 A concretização do modelo biomédico no pós-45.....	13
1.3 Os programas de extensão da cobertura.....	15
1.4 O Sistema Único de Saúde.....	22
1.5 Do visitador sanitário do SESP ao agente comunitário do PSF.....	24
1.5.1 A inserção do agente comunitário saúde no PSF – o estado da arte.....	30
2. BASES TEÓRICAS E CONCEITUAIS: REVISÃO DA LITERATURA	33
2.1 Co-operação e Vida no Trabalho.....	33
2.2 Uma clínica para o trabalhador.....	38
2.2.1 Memórias de vida no trabalho.....	48
2.2.2 Função psicológica do trabalho.....	52
3. MÉTODO PARA O DESENVOLVIMENTO	54
3.1. Área de Estudo.....	54
3.1.1 Os sujeitos da Pesquisa.....	55
3.2 Pressupostos Metodológicos.....	56
3.3 Etapas do trabalho em Campo.....	57
3.3.1 Síntese das etapas do método em Clínica da Atividade.....	63
3.4 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	63
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	65
4.1 Perfil dos sujeitos da pesquisa.....	66
4.2 O saber-fazer e a inserção dos sujeitos na pesquisa.....	67
4.3 A atividade pré-ocupada do agente comunitário de saúde.....	69
4.3.1 Ao encontro dos outros na atividade.....	70
4.3.2 O objeto na atividade.....	78
4.3.3 A atividade como uso de si por si.....	80
4.4 Instrumentos para vida no trabalho.....	84
4.5 Gênero e Estilo na atividade do comunitário de saúde.....	86
4.5.1 Real da atividade em questão.....	88
CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
BIBLIOGRAFIA	94
ANEXOS	101

INTRODUÇÃO

A presente dissertação é fruto de um percurso acadêmico, cujos primeiros passos foram dados ainda na graduação no curso de Psicologia. Nesse período, foi possível vivenciar, em várias oportunidades, a complexa relação entre o trabalho e saúde. A primeira dessas oportunidades foi junto a uma consultoria de Recursos Humanos, onde foi possível ter contato com profissionais de vários setores. Nessa experiência, um fato que chamou atenção foi a presença quase constante de angústias relacionadas ao trabalho e das repercussões dessas angústias na saúde desses profissionais.

Mas, a experiência mais significativa e que mais contribui para compreensão da origem do interesse em investigar a atividade de trabalho do agente comunitário de saúde, refere-se à experiência de estágio em um Centro de Atenção Psicossocial no ano de 2005/2006.

Nessa oportunidade, os profissionais do CAPS Juiz de Fora foram convidados a fornecerem apoio matricial para equipes do Programa de Saúde da Família do município de Juiz de Fora. Esse programa tinha como objetivo oferecer treinamento para as equipes sobre como intervir nos casos onde o usuário portasse alguma questão relativa à saúde mental.

Esse processo durou cerca de seis meses, nesse período foi possível ter contato com a realidade de trabalho que perpassava o dia-dia de todos os profissionais da equipe de saúde da família. Aspectos como precariedade material e humana, falta de segurança no serviço, ausência de supervisão, dificuldades no trato com a comunidade eram queixas presentes na maioria das unidades de saúde onde o programa foi desenvolvido.

Essas dificuldades eram enunciadas por todos os profissionais da equipe, contudo, os agentes comunitários de saúde, traziam também a experiência concreta desses aspectos negativos; ou seja, relatavam casos em que foram expostos a riscos de violência, ausência de suporte técnico para a consecução de seu trabalho, casos de licença por lesão por esforço na caminhada diária ou adoecimento, conflitos com outros profissionais da equipe, falta de perspectiva salarial e de progressão na carreira.

Contudo, um aspecto que chamou a atenção para essa ocupação foi o fato de, apesar de expressarem muitas queixas, os agentes comunitários colocavam o trabalho como uma fonte de proteção e de satisfação. Cabia, nesse sentido, buscar compreender que elementos estavam presentes na constituição desse juízo contraditório sobre o trabalho ao qual se dedicavam.

A participação no programa da pós-graduação em Saúde Pública da ENSP - FIOCRUZ como aluno de mestrado na subárea Saúde, trabalho e ambiente forneceu os instrumentais teóricos e metodológicos que viabilizaram a constituição de um olhar capaz de lançar luzes a essa condição contraditória de viver o trabalho.

O esclarecimento da vinculação institucional dessa dissertação ao programa de Saúde Pública da FIOCRUZ tem por fim também chamar a atenção para a relevância de buscar novas ferramentas capazes de auxiliar no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, o fato do agente comunitário de saúde ser concebido como elemento nuclear no processo de reorganização dos serviços de saúde, remete à responsabilidade urgente de compreender quais elementos constituem alavancas ou obstáculos a essa estratégia de reorganização do SUS via agente comunitário de saúde.

O tema dessa dissertação é o trabalho do agente comunitário de saúde, logo é necessário esclarecer o aspecto normativo, prescritivo que conforma essa profissão. Segundo o Ministério da Saúde (2000), são atribuições dos ACS: analisar as necessidades da comunidade; atuar nas ações de controle de doenças e promoção e proteção da saúde; participar das reuniões da equipe de saúde e da comunidade. Seus principais instrumentos de trabalho são: a entrevista, a visita domiciliar, o cadastramento das famílias, o mapeamento da comunidade e as reuniões comunitárias.

O agente comunitário também é responsável por apreender as potencialidades da comunidade, bem como dos problemas nela existentes, introduzindo novas alternativas, sem que, para isso, sejam negadas a cultura e a vivência dessa comunidade. Os ACS representam um elo entre a equipe profissional e a comunidade.

Contudo, os referenciais teóricos que informam essa dissertação - Clínica da atividade e Ergologia - partem do pressuposto de que o real da atividade diverge substancial daquilo que é prescrito ou feito pelo trabalhador. Real de atividade expressa não somente aquilo que é feito no trabalho, mas também “aquilo que não se faz, aquilo que não se pode fazer, aquilo que se busca fazer sem conseguir – os fracassos – aquilo que se teria querido ou podido fazer, aquilo que se pensa ou sonha poder fazer”. Ou seja, remete ao campo da subjetividade envolvida no trabalho, na forma de superar os desafios do real. O real da atividade é caminho percorrido pelo sujeito entre o que deve ser feito e o que é efetivamente feito. (CLOT, 2006, p. 116).

Desse postulado, emerge a questão geradora dessa pesquisa: como se configura o real da atividade do agente comunitário de saúde. A partir da questão mencionada é possível esclarecer qual o objetivo principal dessa dissertação: **compreender o real da**

atividade do agente comunitário de saúde inserido em um programa de saúde de família no município de Juiz de Fora.

Os objetivos secundários são respectivamente: apoiar os agentes comunitários no processo de análise e interpretação das atividades prescritas. Conhecer os instrumentos desenvolvidos pelos agentes comunitários de saúde no exercício de suas atividades de trabalho, ou seja, no enfrentamento cotidiano do real. E, por último, aplicar o método da Clínica da Atividade como instrumento para o melhor conhecimento das atividades de trabalho dos ACS e suas repercussões à saúde desses indivíduos.

Seguindo uma ordem lógica de exposição da dissertação, no primeiro capítulo é realizada uma investigação que tem por fim esclarecer o processo histórico que culminou no surgimento do ACS no Sistema Único de Saúde. Ou seja, quais influências políticas, sociais e científicas que alavancaram e definiram os moldes desse personagem na realidade sanitária brasileira.

O segundo capítulo é dedicado ao esclarecimento dos pressupostos teóricos que sustentam o olhar sobre o trabalho do agente comunitário de saúde. A reflexão sobre a relação trabalho e saúde será processada a partir dos pressupostos do campo da Saúde do Trabalhador, da Clínica da Atividade e da Ergologia.

No terceiro capítulo apresento a metodologia que orientou a pesquisa de campo, cujo contexto de investigação foi uma Unidade Básica de Saúde que funciona como Programa de Saúde da Família e da qual fazem parte três equipes de saúde da família. Seis agentes comunitários participaram da pesquisa. Os procedimentos e os instrumentos de pesquisas derivam do método da autoconfrontação cruzada preconizado pela Clínica da Atividade.

No quarto e último capítulo são apresentadas as análises qualitativas das informações coletadas através das observações e entrevistas de autoconfrontação realizadas com os agentes comunitários participantes. A finalidade desse capítulo foi uma maior aproximação do real da atividade desse profissional.

Cabe salientar que a realidade que perpassa o dia-dia desse profissional tem sido, negligenciadas em diversas, instâncias – acadêmica, institucional e legal. O custo desse descuido é a fragmentação de uma narrativa de vida no trabalho, das potencialidades desse trabalho em favor de cumprimento de objetivos singulares, desprovidos de sentido.

Muitos desafios devem ser superados para que o trabalho de agente comunitário de saúde atinge sua total potencialidade, qual seja, transformar não só os índices de

morbimortalidade de uma população, mais também contribuir com a transformação dos sujeitos em cidadãos, dotados de direitos e responsabilidades.

Esses desafios dizem respeito a esfera macro – condições de trabalho, constituição do saber fazer, definição profissional, esfera micro – relações entre pares e hierarquia, expectativas pessoais e profissionais, desejos e significado do trabalho para cada profissional.

Apesar da constatação de que esses desafios ainda permanecem, essa pesquisa teve como mérito plantar a semente da recuperação da centralidade do trabalho para os sujeitos que a ele se dedicam, assim como da importância de cada sujeito com sua história, cultura e saber histórico na constituição e na transformação do trabalho e das condições que impedem o agir e o criar. Enfim, que impossibilitam a constituição e o desenvolvimento de sujeitos através do trabalho.

A eficiência no trabalho e a saúde não caminham lado a lado, não são paralelas, mais se inter cruzam, se sobrepõem. Essa dissertação teve o intuito de tecer um caminho junto aos agentes comunitários na direção desse encontro da vida no trabalho.

1. A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE NO BRASIL: RECUPERAÇÃO DE UMA HISTÓRIA

A compreensão acerca do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) que atua no Programa de Saúde da Família (PSF) passa pela recuperação da trajetória percorrida pelo setor saúde ao longo do último século. Como bem aponta Paim (2003), a análise do desenvolvimento das políticas de saúde e de suas implicações nos modos de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde permite identificar distintas formas de atuar sobre a realidade, sendo institucionalizadas sob lógicas, legislações e estruturas distintas.

Nesse sentido, a recuperação dessa trajetória do setor saúde contribuirá com a análise das lógicas e determinações que estiveram presentes no setor saúde nesse último século e que, ainda hoje, interferem na concepção sobre saúde e, conseqüentemente, na definição de modelos assistenciais¹ específicos. Chon (2006) corrobora com a análise do setor saúde através da retrospectiva histórica quando afirma que a origem dos atuais desafios ao cumprimento dos preceitos constitucionais de 1988 (SUS) está na legislação previdenciária de 1923.

Nesse sentido, esse capítulo terá como foco a investigação sobre quais determinações levaram ao surgimento e a institucionalização do trabalho do ACS. Para tanto, o recorte adotado será o de investigar as práticas sanitárias que estiveram presentes no setor saúde ao longo do último século.

No entanto, não é objetivo deste capítulo desenvolver uma investigação que dê conta de toda história da saúde pública em suas diversas vertentes, pois o foco adotado privilegiará o trabalho em saúde como objeto histórico principal, haja vista que a prática em saúde é uma forma de expressão das lógicas, racionalidades e determinações que incidem sobre o campo.

Merhy e Bertolli apud Nunes (2000), afirmam que a história da saúde pública representa um espaço útil para se refletir sobre a continuidade e/ou ruptura das relações de poder, as atitudes médicas vinculadas à população em geral e as implicações íntimas, constantes na prática da ética política.

Os autores asseveram que no Brasil a saúde pública se constituiu enquanto política nacional de saúde no início do século XX, em conseqüência da sistematização

¹ Modelos assistenciais são “combinações de tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas nas intervenções sobre necessidades sociais de saúde. Modelo é a razão de ser de uma racionalidade, uma espécie de lógica que orienta a ação”. (PAIM, 2003, p. 164)

das práticas sanitárias do contexto sócio político na configuração do capitalismo brasileiro.

As três primeiras décadas deste século podem ser definidas, de acordo com Costa (1986), como período de hegemonia das políticas públicas de saúde. Segundo o autor, o modelo de atenção em saúde estava orientado, predominantemente, para controle de epidemias e generalização de medidas de imunização.

Durante o período da República o principal eixo de atuação da saúde pública era o saneamento dos portos e a erradicação e controle de doenças (peste, febre amarela, malária, varíola, etc.). A centralidade dessas ações decorreu da necessidade de o Estado criar mecanismos de proteção tanto para a exportação quanto para a atração de mão-de-obra estrangeira para a exploração de fazendas de café – principal produto do País naquele período. (LUZ, 1997).

Costa (1986) ao discorrer a respeito das políticas de saúde na República Velha afirma que no Rio de Janeiro a febre amarela, em particular, originava especial apreensão pelas baixas que acarretava na força de trabalho imigrada. O autor aponta também que na capital foi iniciada, mesmo antes das campanhas sanitárias de Oswaldo Cruz, a remodelação da estrutura urbana, pois a condição de ocupação do espaço urbano é apontada como geradora de doenças infecciosas e epidêmicas.

A reforma urbana preparou o terreno por onde as campanhas sanitárias de Oswaldo Cruz iriam se desenvolver. O primeiro objetivo do Diretor Geral de Saúde Pública foi o combate à febre amarela, através do extermínio do mosquito vetor da doença.

Surge nesse contexto a figura dos “inspetores sanitários que estavam incumbidos de receber notificações de doenças, proceder a vacinação antivariólica, aplicar vacinas contra as doenças epidêmicas, entregar intimações, multas interditar ou fechar moradias e etc.” (COSTA, 1986, p. 57)

Segundo o autor, as casas visitadas recebiam um documento denominado Boletim de Visita Domiciliar, no qual indicavam as condições higiênicas das residências, as recomendações por escrito das medidas necessárias para melhoria sanitária das mesmas. Essas visitas visavam, principalmente, as casas de cômodos e habitações coletivas ocupadas pelos pobres da cidade.

Mendes (1999) explica que esse modo de ação em saúde ficou conhecido como sanitarismo e campanhismo, pois a concepção de saúde estava fundamentada na teoria dos germes, monocausal, com uma visão simplista das doenças, considerando somente a relação linear entre agente e hospedeiro.

Esse modelo campanhista é visto por Luz (2000) com um modelo de intervenção baseado na força da autoridade da competência, no caso da intervenção médica. O que exclui a consulta ou diálogo com aqueles julgados incompetentes ou, o que é mais comum, ignorantes, como é o caso da sociedade civil. A autora avalia que, no início do século XX, o modelo básico de criação da ordem sanitária brasileira é característico de uma república em constituição, ou seja, autoritário, unitário, vertical, centralista e concentrador de poder.

Apesar de a legislação sanitária do período definir como objeto de regulação as condições de trabalho da mulher e da criança, essas ações eram relegadas ao segundo plano. Campos (1991) aponta que as preocupações econômicas tinham maior significância em relação a estrutura de morbimortalidade da população. A propagação da tuberculose, a mortalidade infantil e a assistência à mulher na gestação, parto e puerpério necessitavam de atenção semelhante àquela dispensada ao saneamento ambiental, porém foram relegados a um segundo plano.

O caráter político-econômico desse modelo é analisado por Costa (1986) quando salienta que essa modalidade de atenção à saúde nasceu para superar determinadas ameaças sanitárias, incontornáveis pela ordem capitalista, em detrimento de outros fenômenos sanitários, como virulência e mortalidade. Segundo o autor, essas seriam nada mais que expressões de determinadas condições de vida que viabilizaram a manutenção e a reprodução da força de trabalho em quantidade necessária à dinâmica de produção.

O autor lembra ainda que a diminuição, pela ação da saúde pública, da mortalidade pela malária, febre amarela, peste ou varíola foi acompanhada, em certas áreas, pelo aumento da mortalidade infantil, mortalidade pela tuberculose, o que sinaliza um agravamento das condições de vida.

Percebe-se que nesse contexto a medicina social está suprimida pelo discurso médico - biológico, logo, a reflexão acerca da relação saúde/doença não leva em conta os determinantes sociais, ou seja, as condições de vida como alimentação, pobreza e saneamento. Minayo e Gomes (2006) explicam que até a metade do século XX, a chamada revolução bacteriana, que tantos benefícios trouxe à humanidade, deixou como seqüela que se relegassem os fatores ecológicos e sociais sobre a saúde próprios do pensamento da medicina social.

Os mais importantes pesquisadores que se dedicaram à bacteriologia imaginavam que, com as descobertas da biologia, desapareciam “as considerações sociais e reflexões sobre políticas sociais” (NUNES apud GOMES; MINAYO, 2006).

Esse modelo de explicação da relação saúde/doença esteve sustentado epistemologicamente no paradigma biomédico, já sua institucionalização ficou a cargo da previdência social. Cabe, nesse sentido, refletir acerca do papel da previdência social na conformação inicial dos serviços de saúde na realidade brasileira.

1.1 Previdência e saúde

Chon (2006) ao analisar o papel da previdência social na conformação do setor saúde na primeira metade do século XX, explica que em 1923 as Caixas de Aposentadoria surgiram a partir da promulgação da Lei Elói Chaves, que criou a Previdência Social no Brasil. Em 1930, o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio unifica as CAPS e cria os IAPS que tinham participação direta do estado e dos assalariados segundo o setor econômico em que estavam inseridos.

A autora explica, ainda, que a “previdência social tinha como regulamento não exceder os gastos com assistência médica para seus filiados além de certo limite (12% da receita de cada IAPs). A solução encontrada foi a compra de serviços médicos diretamente do setor privado” (CHON, 2006, p 250).

A autora afirma que nesse período a assistência médica possuía um caráter previdenciário, pois a assistência estava voltada apenas para segmentos assalariados urbanos, cabendo ao Estado, na área da saúde, as ações tidas como clássicas da saúde pública como vacinação, isolamento dos portadores de doenças contagiosas ou perigosas para a sociedade – leia-se doentes mentais e pobres.

Logo, a assistência a saúde era direito somente dos trabalhadores participantes dos IAPs e de seus familiares, o restante da população brasileira, quando não contava com recursos financeiros, dependia da assistência caritativa.

Teixeira e Oliveira (1989) ao analisarem os gastos da Previdência Social afirmam que o período anterior 1930 caracterizou-se por um padrão elevado de despesas com cada filiado. Contudo, a partir de 1930, mesmo com o crescimento vertiginoso da receita decorrente da entrada de novos contribuintes, ocorreu um esforço ativo na restrição das despesas, inaugurando um período de capitalização da Previdência Social.

Ademais, os autores destacam que a partir de 1930 houve uma queda real nos gastos com saúde por segurado, seja uma efetiva restrição no volume e/ou na qualidade da assistência médica prestada. Entretanto, a autora explica que no período o volume total de gastos com a assistência médico-hospitalar aumentou devido a crescente incorporação de tecnologia e a conseqüente sofisticação da demanda.

Este modelo médico-assistencialista, que privilegiava o individualismo, a manutenção da capacidade de trabalho, tornou-se, segundo Carvalho et al. (1998), cada vez mais complexo e caro, atendendo a uma demanda definida pelos trabalhadores em sua auto-avaliação de saúde, sem apresentar resultados em face das necessidades de saúde da população brasileira.

O declínio das ações do campanhismo sanitário é comentado por Mendes (1999), quando assevera que este declínio, somado ao crescimento da atenção médica da Previdência Social, possibilitou a ascensão, de modo hegemônico, do modelo assistencial médico-privatista.

1.2. A concretização do modelo biomédico no pós-1945

Na primeira metade do século XX, as ações de saúde no Brasil estiveram organizadas em duas modalidades distintas e não comunicantes, de um lado, as ações sustentadas na clínica médica, dispensadas aos sujeitos pertencentes ao mercado de trabalho formal, do outro, as ações de saúde pública clássicas fundadas sobre o modelo campanhista e sanitário.

Teixeira & Oliveira (1989) destacam que o pós-1945 foi marcado pelas mudanças qualitativas no modelo previdenciário, pois nesse período ocorreu uma desmontagem das medidas contencionistas, uma vez que o crescimento da produção e, conseqüentemente, aumento do número de beneficiários, exigia maior investimento na saúde.

A tendência geral do período passa ser, em função disso, a incorporação pelo Estado das pressões dos segurados no sentido da ampliação e valorização dos planos e benefícios. Ademais, a autora explica que a assistência médica no pós-45 torna-se mais ampla, abarcando desde assistência clínica e cirúrgica até assistência farmacêutica e odontológica.

A reorganização do sistema de saúde no pós-45 é debatido por Nunes (2006) que explica que a pressão social não resultou num processo de questionamento da prática médica em si, mas apenas ao modelo biomédico, vinculado muito mais a um projeto pedagógico, e não de forma direta a prática médica. Segundo o autor, o conceito de controle e a progressiva utilização de antibióticos e técnicas cirúrgicas consolidam a confiança na atenção médica individualizada.

A criação de departamentos de medicina preventiva e social nas escolas médicas e de disciplinas que ampliavam a perspectiva clínica, como epidemiologia, bioestatística ilustram uma ampliação do escopo da medicina, mas não o surgimento de uma nova

lógica que orienta a produção médica. Nunes (2006) fala que nesse momento instala-se a preocupação com a perspectiva biopsicossocial do indivíduo e a extensão da atuação pedagógica para fora do hospital, criando trabalhos comunitários.

Mendes (1999) corrobora com esta leitura ao afirmar que a queda das ações sanitárias não repercutiu numa reflexão acerca da lógica biomédica prevalente. Segundo o autor, a medicina, através do avanço do saber e da incorporação crescente de novas tecnologias à sua prática, conseguiu que a atenção médica ofertada pela Previdência Social se sustentasse ainda mais no modelo assistencial médico, privatista, curativista, individualista e de alto custo.

Ademais, o autor afirma, ainda, que no modelo biomédico são centrais as figuras do médico e das tecnologias em saúde, influenciado também pela indústria médico-farmacêutica, o que levou a ausência de objetivos, a resultados sanitários insignificantes e a impossibilidade de ação de natureza intersetorial eficaz.

Esse modelo biomédico, segundo Luz (1997), desenvolveu-se dominando os serviços de previdência e assistência médica, com resultados ineficazes. Foram criados programas, serviços e campanhas para o atendimento às necessidades de saúde, porém, estas ações mantiveram a dicotomia saúde pública versus atenção médica individual.

Ao analisar essa conjuntura Campos (1991) constatou que o crescimento da garantia do acesso à saúde para a maioria dos trabalhadores e suas famílias, ocorreu de maneira desorganizada, sem planejamento, em obediência ao mercado e às pressões do movimento sindical. Foi criada, assim, uma extensa rede de prestação de assistência médica individual, que tomava parte no processo de reprodução e manutenção da força de trabalho, o que contribuía com a produção industrial.

Nessa perspectiva, o crescimento econômico do pós-45 criou as condições para o estabelecimento e o desenvolvimento do modelo de produção capitalista no Brasil. Esse avanço econômico repercutiu incisivamente na organização dos serviços em saúde, pois, como bem afirma COHN (2006), a distribuição dos equipamentos de saúde – públicos, mas, sobretudo privados – foi altamente desigual, concentrando-se em áreas geográficas que correspondem aos núcleos mais ricos e populosos da sociedade brasileira. A organização desse modelo de saúde é denominado hospitalocêntrico, com um complexo industrial – médico - hospitalar altamente sofisticado e lucrativo.

Segundo Luz (1991) de 1968 a 1974 foi implementada uma estratégia de medicalização social sem precedentes na história do país. A saúde era vista como um bem de consumo médico. O governo respondeu com o financiamento de clínicas e

hospitais privados, favorecendo o atendimento massificado, mediante compra de serviços médicos.

No campo político, o período é marcado pelo projeto de modernização da economia, cuja verticalização ocorreu em 1964 através do golpe militar, que se sustentou em mecanismos repressivos contra opositores e permitiu ao bloco no poder, em sua face econômica, impor uma política de arrocho salarial. Esse processo resultou na queda do poder aquisitivo dos trabalhadores, no aumento da concentração de renda nos estratos sociais mais ricos e na ampliação das desigualdades socioeconômicas (BRASIL, 2006).

Cordeiro (1991, p.26) analisa que “a crise política advinda do esgotamento desse padrão de acumulação de capital (o chamado “milagre econômico”) marcou o período de 1974-1979 com um novo painel de políticas sociais que pretendia corrigir as conseqüências do processo de concentração de renda”.

Nesse contexto de crise política e social, novos programas de extensão da cobertura são criados para atendimento de populações excluídas do sistema previdenciário. Esses programas são sustentados nos princípios da medicina comunitária. Contudo, antes de entrar propriamente na descrição desses programas, é necessário recuperar o percurso da corrente comunitária na realidade brasileira, uma vez que ela corrobora com a compreensão das dimensões envolvidas nos serviços de atenção primária, do qual faz parte o ACS.

1.3. Os programas de extensão da cobertura

A ineficácia do modelo campanhista, somado às limitações da assistência médica previdenciária, no contexto político do pós-45 – marcado pelo processo de redemocratização no país – criaram condições sociais e políticas para fortalecimento de propostas que defendiam que as ações em saúde deveriam estar vinculadas a uma política social voltada para alcance de melhores condições de vida e trabalho.

Nessa perceptiva, organismos ou instituições públicas, nacionais e internacionais passam a defender, principalmente, a partir da Segunda Guerra Mundial, uma linhagem de proposições com características semelhantes, sustentadas em justificativas orientadas, principalmente, pela racionalidade econômica, científica e técnica, associadas à perspectiva humanista – bem estar físico, mental e social como meta para o ser humano (SILVA & DALMASO, 2002).

Uma expressão desse momento é introdução, na América Latina e também no Brasil, da medicina comunitária através da Organização Pan-Americana de Saúde

(OPAS) e por fundações privadas norte – americanas – KELLOG, Rockfeller. Sendo posteriormente, intensificado em várias universidades do país (SOUSA, 2001).

A introdução do pensamento comunitário na realidade sanitária brasileira repercutiu no debate em torno do processo de reorganização da atenção à saúde Brasil, que passou a ser influenciado por movimentos como o da Medicina Integral, Medicina Preventiva e, em especial, da Medicina Comunitária refletindo no desenho de novos programas de saúde, que visavam a extensão de cobertura através da utilização de pessoal auxiliar. (DONNANGELO apud SILVA; DALMASO, 2002).

Grande parte do campo de ação comunitária em saúde pode ser caracterizado pela busca de extensão da assistência médica a parcelas crescentes da população através do desenvolvimento das atividades de saúde usualmente designadas como de primeira linha. Sua especificidade, entretanto, decorre do fato de que essa extensão da assistência não se fará necessariamente através das modalidades de prestação de serviços e da tecnologia médica predominante, mas, sobretudo, por meio de **uma nova estruturação dos elementos que compõem a assistência à saúde, em particular um novo uso do trabalho nesse campo.** [...] Trata-se **do uso do trabalho não médico** na área da saúde, articulando-se ao trabalho médico e resultando no que poderia ser designado por trabalhador médico coletivo, atuando de forma tal que, por um processo de distribuição de tarefas, a assistência se efetua através de um conjunto de práticas complementares. (DONNANGELO apud SILVA e DALMASO, 2002, p. 19, minha ênfase).

Esses movimentos também elevaram o grau de politização do setor saúde. Essa politização pode ser percebida no acúmulo de experiências dos serviços locais de saúde, na formação de movimentos sindicais e na melhoria dos serviços. Sousa (2001) explica que nesse contexto surgiram as raízes para uma nova lógica de pensar a assistência em saúde que buscava contrabalancear a estrutura hegemônica do atendimento médico individual, curativo e hospital dependente.

Essa reflexão tornou-se necessária na medida em que a assistência em saúde no Brasil vivia um marcante contraste, de um lado, um pequeno extrato populacional consumidor de uma medicina altamente diferenciada, de custo elevado, do outro lado, um elevado número de pessoas que tinham necessidades básicas sem atendimento.

A remota possibilidade de universalização, na sociedade brasileira, daquele padrão assistencial diferenciado, impunha a necessidade do recurso a medidas a fim de corrigir as distorções do modelo e torná-lo menos excludente frente às necessidades de saúde que buscam expressar-se através dele. (DONNANGELO apud SILVA & DALMASO, 2002).

A expressão dessa nova lógica passa a ser incorporada na dimensão institucional, através da criação de diversos programas comunitários, em especial os de

extensão de cobertura criados no Brasil. A recuperação desses programas baseia-se no entendimento de que eles tiveram uma grande importância na concepção de diretrizes que, na atualidade, sustentam o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF).

O debate acerca dos projetos de extensão da assistência à saúde deve passar, necessariamente, pela recuperação da experiência inaugurada com a criação em 1942 do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), vinculado ao Ministério da Educação e Saúde. Esse serviço, de acordo com Bastos (1996), tinha como objetivo prestar atendimento médico-sanitário às populações das áreas onde existiam matérias-primas de interesse dos países aliados, em guerra contra a Alemanha. Essas áreas incluíam os estados do Espírito Santo, Goiás e Minas Gerais.

Esse serviço tinha como principais atribuições o controle de doenças transmissíveis, educação sanitária, higiene pré-natal, atividades de assistência médica: ao adulto, à mulher, à criança e exames laboratoriais.

No ano de 1960 o SESP é substituído pela F.SESP, que passou a ser vinculado ao Ministério da Saúde. Ao analisar os documentos da F.SESP, Bastos (1996) não tem dúvidas em afirmar que ela funcionou como um “laboratório”, pois foi pioneira na criação de modelos para propostas de ampliação de cobertura para populações específicas, de práticas e diretrizes que hoje se colocam no PACS e no PSF:

- a oferta organizada de serviços na unidade, no domicílio e na comunidade: a puericultura, o pré-natal;
- o planejamento e a programação; a avaliação realizada em nível central;
- a informação como base para a responsabilização sobre a população da área de abrangência;
- a abordagem integral da família;
- a unidade de saúde dinâmica, não estática; a unidade de saúde vai à população e vice-versa;
- a adscrição de clientela;
- a utilização de pessoal auxiliar para ampliar a cobertura para populações específicas;
- o trabalho com a comunidade;
- o monitoramento do trabalho e o treinamento de parteiras leigas, as “curiosas”;
- a incorporação das atividades de assistência médica ao trabalho das unidades de saúde;

- a incorporação de pessoal auxiliar no atendimento aos grupos prioritários: gestante e crianças e no controle de doenças transmissíveis;
- a visita domiciliar, realizada por visitador sanitário e auxiliar de saneamento, para atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, monitoramento de grupos de risco e vigilância sanitária;
- o tratamento supervisionado para o controle de doenças prevalentes, como a tuberculose;
- a organização de sistema de saúde regionalizado e hierarquizado: postos de saúde, unidades sanitárias, unidades mistas e hospitais;
- o enfoque intersetorial: a incorporação das atividades de saneamento básico ao trabalho das unidades, através da atuação do inspetor de saneamento e do engenheiro;
- a capacitação, em serviço, de profissionais e a preparação de pessoal de nível médio: laboratorista, auxiliar hospitalar, visitadora sanitária, guarda sanitário, auxiliar de saneamento, higienista dentária;
- a educação continuada para os profissionais;
- a educação para a Saúde;
- a integração docente-assistencial;
- o apoio às escolas de nível superior, em especial as de enfermagem, em quase todo o Brasil, para garantir formação dos profissionais necessários às ações de saúde;

Bastos (1996) destaca que as visitadoras sanitárias desenvolviam atividades de atendimento aos indivíduos e às famílias, na unidade e na comunidade, sob supervisão e orientação do enfermeiro, e mediante protocolos estabelecidos, para a prevenção da saúde e o monitoramento das doenças prevalentes. Dentre estas atividades destacam-se:

- o atendimento a gestantes e crianças de baixo risco, na “unidade sanitária”; o primeiro atendimento da gestante era sempre um atendimento de enfermagem, ocasião em que a visitadora que avaliava as condições de desenvolvimento da gravidez, solicitava os exames definidos em protocolo, agendava esses exames, realizava pesquisa de albumina na urina e agendava o retorno com o médico para quando os exames estivessem prontos;
- as visitas domiciliares a puérperas e recém-nascidos;
- o acompanhamento de nascidos vivos e de óbitos de menores de 1 ano;
- o monitoramento de pacientes portadores de doenças prevalentes;

Com vista a estabelecer uma aproximação entre o trabalho da visitadora sanitária e o trabalho da agente comunitária de saúde. Silva (p. 23, 2001) explica que “as visitadoras tinham a responsabilidade pela cobertura da população residente em uma determinada área do município”. O treinamento necessário para desenvolver as habilidades para a função era realizado pelo enfermeiro e tinha 6 meses de duração.

A F.SESP foi incorporada à Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) em 1990, no momento em que ocorreu a criação da Fundação Nacional de Saúde (FNS), vinculada ao Ministério da Saúde.

Dentro da linha de programas assentados sobre os princípios de ampliação acesso e da cobertura em saúde, um projeto que teve relevância no desenvolvimento da lógica comunitária na assistência em saúde foi o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS). Esse programa foi criado em 1975 através de acordo de cooperação técnica entre MS e OPAS. O objetivo do programa era o de promover a adequação da formação de pessoal de saúde de nível médio e elementar (auxiliar e técnico) a fim de possibilitar extensão e a qualificação dos serviços de saúde. (SOUSA, 2001).

Ainda segundo Souza (2001), o programa estava centrado na necessidade de progressiva “integração” das atividades de formação e na realidade do sistema de serviços de saúde. Nesse sentido, o programa buscava articular o saber em saúde à realidade na qual esse saber deveria ser aplicado com vista a atingir resultados sustentáveis.

Outra referência obrigatória é o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), constituído pelo Decreto-Presidencial de nº 78.307, de 24 de agosto de 1976. A relevância desse programa, para a compreensão do trabalho do agente comunitário de saúde no PSF, decorre de vários aspectos: o fato de ter sido um programa institucionalizado como política governamental, cujo propósito era o de implantar uma estrutura básica de saúde pública em municípios de até 20 mil habitantes, bem como o amenizar, por meio de ações focais, conflitos decorrentes das desigualdades sociais. (ROSAS apud, TRAPÉ & SOARES, 2007).

Sousa (2001) esclarece que o PIASS também foi importante na cultura da organização dos serviços locais de saúde como porta de entrada da clientela a ser assistida. Outra contribuição desse programa, segundo a autora, foi ter formado pessoal comprometido com a prática de transformações sociais.

O PIASS foi criado para ser implantado na região Nordeste e suas diretrizes básicas eram:

- Ampla utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas;
- Ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, inclusive as de caráter endêmico, no atendimento de nosologia mais freqüente e na detecção precoce dos casos mais complexos, com vista a seu encaminhamento.
- Disseminação de unidades de saúde, tipo mini-posto, integradas ao sistema de saúde da região e apoiadas por unidades de maior porte, localizadas em núcleos populares estratégicos.
- Encaminhamento a serviços especializados
- Integração dos diversos dos diversos organismos públicos integrantes do Sistema Nacional de Saúde
- Ampla participação comunitária
- Desativação gradual de unidades itinerantes de saúde a serem substituídas por serviços básicos de caráter permanente. (BRASIL apud SOUSA, 2001).

No entanto, o escopo dessas diretrizes era limitado, um exemplo é o caso da participação da comunidade, o propósito dessa diretriz era o de garantir o apoio ao programa e à execução pela população de atividades como controle do lixo, formação de hortas e pomares e criação de animais de pequeno porte, implantação de sistemas simplificados de abastecimento de água. Para realização dessas ações, auxiliares eram treinados na própria unidade de saúde a fim de apoiar a comunidade nesse processo.

Ao analisar o PIASS, Mendes (1994) relata que as práticas do programa eram difíceis, limitando-se a uma atenção primária seletiva para as populações marginalizadas de regiões marginalizadas, tolhida pela falta de recursos, pessoal qualificado e tecnologias mais sofisticadas.

Cordeiro (1991), por sua vez, avalia que os programas de extensão de cobertura a populações rurais e bolsões de pobreza trouxeram o elemento da crítica ao processo de privatização da assistência em saúde e serviram como um campo de prática de propostas alternativas. Segundo o autor, a Conferência de Alma-Ata impulsionou essas experiências de caráter regional e local através da atenção primária e da participação comunitária. Era a vertente de políticas destinadas a dar prioridade aos serviços básicos de natureza pública e descentralizadas, com base na municipalização da saúde.

Nesse arranjo, os denominados Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e Distritos Sanitários (DS) tornaram-se valiosos instrumentos no campo da organização de serviços para a busca, construção e implementação de novos modelos de atenção em saúde. O objetivo era a melhoria das condições de saúde e de vida, o que implicava não apenas

"descentralizar o poder de fazer", mas também mudar a "lógica" e a "prática" do sistema, o que implica buscar novos modelos de atenção. (ALMEIDA et al. 1998).

No ano de 1979 foi aprovada a expansão nacional do PIASS para o período de 1980-1985. A estratégia para esse período era expandir a rede básica já instalada a fim de cobrir a totalidade de municípios da área de abrangência do Programa; estender o Programa para o âmbito nacional.

O PIASS foi expandido chegando até o estado de São Paulo, onde esse ficou conhecido como Projeto Devale e contava, em 1981, com a participação de agentes de saúde em postos de saúde rurais e na comunidade, em 17 localidades rurais e de 8 dos 16 municípios da região. (SILVA apud SILVA, 2001). As atividades dos agentes de saúde no Projeto Devale incluía:

- proporcionar a extensão do atendimento aos problemas de saúde da população rural por meio da aplicação de conhecimentos e execução de atividades específicas (curativos, vacinas, diagnósticos e tratamento de doenças mais prevalentes, atendimento a criança e à gestante, primeiros socorros);
- adotar uma visão global do indivíduo e seu papel na comunidade;
- incorporar um componente de discussão desses problemas de saúde em função das condições gerais de vida da população;
- organizar a comunidade para lutar pela saúde.

Nesse período de transição da década de setenta para a década de oitenta, a ditadura militar já está em processo de crise político-ideológica e fiscal, resultado da recessão, do desemprego, do aumento da dívida pública e queda da arrecadação resultando na crise previdenciária e da saúde. Nesse contexto emerge o movimento sanitário constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde. Posteriormente, incorporaram-se ao movimento outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares. (ALMEIDA et al. 1998).

As proposições desse movimento, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor. (Idem)

Ao analisar as propostas do movimento da Reforma Sanitárias, Luz (2000) afirma que houve uma retomada de uma ação anterior, pois os atores – profissionais da área de saúde e previdência – e o projeto – sanitário e desenvolvimentista – são essencialmente os mesmos. A novidade, em termos políticos, é que a nova

“descentralização” incorporou aos poucos o projeto dos serviços locais de saúde (SILOS).

A tática adotada por esse grupo foi a ocupação dos espaços institucionais e a formulação /implementação ativa de políticas de saúde frente a crise previdenciária do Estado. Esse grupo passa a operar política e tecnicamente no sentido de aprofundar a crítica ao modelo hegemônico, e desenvolver os programas de extensão da cobertura como alternativa ao modelo dominante, a fim de promover, através da ação em saúde, radicais transformações sociais, retomando uma relação entre política e democracia na saúde. (COHN & ELIAS, 2002).

O primeiro produto da ação desse grupo foi a constituição do Prév-saúde em 1980, cuja inspiração adveio das recomendações da Conferência em ALMA – ATA – e do II Plano Nacional de Desenvolvimento, no qual foi apresentadas a necessidade de uma política social mais incisiva. (CORDEIRO, 1991)

Nesse contexto de crise, o Estado recorre a algumas medidas, como a escuta de determinados segmentos sociais, o que resultou na criação em 1981 do Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) o Conselho era uma representação mista entre Estado-sociedade, com predominância dessa última. O objetivo do Conselho era sugerir/elaborar critérios para a racionalização dos recursos previdenciário destinados a assistência (Inamps). (CORDEIRO, 1991)

Dois ações do CONASP denotam o contorno do redirecionamento da assistência: a Introdução da AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e as AIS (Ações integradas de Saúde). As AIS tinham como objetivo articular internamente o setor público/privado; integrar as ações de prevenção e cura; regionalizar e hierarquizar os serviços públicos, estabelecer mecanismos de referência e contra-referência, utilizar, prioritariamente, a capacidade da rede pública e reconhecer a legitimidade da participação comunitária. (Idem).

1.4. O Sistema Único de Saúde – SUS

Mediante a necessidade de fortalecer as estratégias estabelecidas nas AIS e discutir os princípios e diretrizes para construção Sistema Único de Saúde (SUS) foi realizada a 8º Conferência Nacional de Saúde em março de 1986, cujo relatório final apontava a necessidade de ampliar o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde é um marco histórico da mobilização na área de saúde, no qual foi reafirmado o princípio de participação e do controle social, consagrou o princípio do direito à saúde como um direito de cidadania universal, garantido pelo Estado. As propostas aí forjadas são constitucionalizadas em 1988, com a conquista do direito a saúde com o controle social. (BRASIL, 2006).

As diretrizes emanadas dessa conferência serviram como orientação e base para criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) através do Decreto nº 94.657/87. O SUDS passa a promover a transferência de recursos materiais, humanos e financeiros para os estados e, através destes, para os municípios.

O SUDS, Segundo Noronha & Levicovtz, (1994), permitiu redefinir as funções e as atribuições das esferas gestoras do campo da saúde – União, Estados e Municípios, restringindo, ao nível federal, as funções de coordenação política, planejamento, supervisão, normalização e regulamentação do setor privado. Suas diretrizes eram: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, integralidade dos cuidados assistenciais, regionalização e integração dos serviços de saúde, descentralização das ações de saúde, implementação de distritos sanitários, desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

Mendes (1994) destaca que o SUDS representou uma etapa intermediária de organização visando à descentralização pretendida pela reforma sanitária, mediante a municipalização dos serviços de saúde.

O processo constituinte no ano de 1987 – 1988 foi o ponto culminante da luta pela reforma do sistema de saúde, isso decorre, segundo Brasil (2006), do fato de que todo o ideário da área da saúde pôde ser incluído na Constituição Federal que incorporou as resoluções da 8ª Conferência Nacional de Saúde e define, no art. 196 (Título VIII – da Ordem Social, Capítulo II – Da Seguridade Social, Seção II, Da Saúde) que “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua, promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1997, p.104)

Com a promulgação da Constituição da República em março de 1988 tornou-se instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja definição está expressa no art. 198º da Constituição Federal como: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado segundo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação comunitária”. (idem).

A regulamentação da SUS se deu a partir da promulgação da lei orgânica da saúde (lei 8080/90) que definiu o modelo operacional do SUS, propondo sua forma de organização e funcionamento. (BRASIL, 1990). O SUS, segundo a lei 8080, é um sistema responsável por desenvolver um conjunto de ações e serviços de saúde. Esse sistema é formado pelos três níveis de governo (União, Estados e Municípios), e pela iniciativa privada, contratada e conveniada, de caráter complementar.

A lei 8080 dispõe ainda, os princípios doutrinários do SUS: Universalidade, Equidade e Integralidade. Destes princípios doutrinários derivam os princípios organizativos: Regionalização e Hierarquização; Resolubilidade; Descentralização, Participação dos Cidadãos e Complementaridade do setor privado, esses princípios asseguram que os serviços de saúde devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente e dispostos numa área geográfica delimitada (BRASIL, 1996).

Viana & Dal Poz (2005) concordam que a reforma do sistema de saúde no Brasil teve seu ponto culminante em 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo os autores essa reforma pode ser considerada de tipo *big bang*, pois introduziu mudanças substantivas no modo de operação do sistema de saúde.

O novo modelo de atenção a saúde é definido por três características: a criação de um sistema nacional de saúde; a proposta de descentralização (o gestor do sistema será o executivo municipal); e a criação de novas formas de gestão, que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política, ou seja, os prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários (VIANA & DAL POZ, 2005).

Após a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, foram criadas várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde – as Normas Operacionais Básicas (NOBs) – como instrumentos de regulamentação do sistema.

Ao falar sobre os avanços conquistados através da constituição do SUS, Teixeira (1997) destaca que a concepção de saúde como direito inerente a pessoa humana, sepulta vinculação entre contribuições e benefícios - característica preponderante no setor saúde durante a maior parte do século XX.

1.5. Do visitador sanitário do SESP ao agente comunitário do PSF

Há um consenso na atualidade de que a experiência com agentes comunitários de saúde no Brasil é bem anterior à criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do (PSF); contudo, alguns autores divergem quanto a origem desse personagem. (Bornstein, 2007), por exemplo, afirma que o surgimento desse profissional está relacionado às iniciativas de organizações religiosas, principalmente,

católicas na formação e utilização de agentes comunitários de saúde como força de trabalho em saúde, com propósito de transformação das relações entre as classes populares e os profissionais de saúde. O contexto político dessas ações era a ditadura militar instalada no país e o envolvimento de setores da Igreja no apoio às lutas e demandas populares contra esse regime. (BORNSTEIN, 2007)

Por sua vez, Silva & Dalmaso (2002) estabelecem como marco histórico, para a incorporação de pessoal auxiliar na saúde, a criação da F.SESP no ano 1960. Naquele momento, esse profissional era denominado visitador sanitário.

Minayo et. al., (1990) e Silva (1997) argumentam que a idéia de agente de saúde não é uma idéia nova no Brasil ou no mundo, o que ocorre é a existência de diversas denominação para experiências existentes, que se desenvolvem como respostas às demandas da comunidade e família não providas pelo Estado. Os mecanismos de compensação decorrem da solidariedade das pessoas que tinham um saber apreendido no cotidiano, nas necessidades e no convívio com as pessoas mais velhas. Eram parteiras, erveiros, curandeiros, rezadores, missionários, irmãos e pastores de Igreja.

No entanto, os autores concordam em um aspecto: o Programa de Agente de Saúde do Ceará foi decisivo na construção do PACS, pois forneceu aportes técnicos importantes para a institucionalização da proposta comunitária a nível federal. O PAS no Ceará, que já fazia parte do Plano de Governo do Estado em 1987, foi precipitado pela ocorrência de forte seca e pela decisão de abertura de “frentes de trabalho” para população do Estado. (MINAYO et. al., 1990).

Segundo Relatório de Projeto de Avaliação da Secretária de Saúde do Ceará, desenvolvido com apoio do Unicef, em 1990, foram contratados 6113 agentes comunitários de saúde - 95% eram mulheres – distribuídos em 118 municípios do Ceará. Minayo et al. (1990) aponta que no Ceará aconteceu a primeira experiência de trabalho em ampla escala com agentes comunitários de saúde. As atividades desenvolvidas pelos ACS eram:

- Visitar regularmente as famílias da área (pelo menos uma vez ao mês) a fim de ensinar conhecimentos nutricionais, fornecer medicamentos, executar curativos, acompanhamento da curva de crescimento;
- Encaminhar para a Unidade de Saúde para diagnóstico e terapia, para controle preventivos como pré-natal, prevenção do câncer gineco-obstétrico e vacinação;
- Promover ou colaborar com as reuniões da comunidade, para discutir e enfrentar problemas de saúde. (MINAYO et al., 1990).

O Programa de Agentes Comunitários do Ceará rapidamente se desenvolveu chegando, em 1990, a funcionar em 84 municípios com um total de 2905 agentes que cobriam cerca de 290.000 mil famílias. A expansão do programa pode ser atribuída aos expressivos resultados, como sensível queda na mortalidade infantil por diarreia, redução de doenças, melhoria de indicadores como o de cobertura vacinal, exame de câncer cérvico-uterino e qualidade do trabalho. Esses indicadores foram importantes para a expansão e institucionalização do programa a nível nacional através da proposição pelo Ministério da Saúde do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde em 1991. (IDEM).

O sucesso obtido pelo programa no estado do Ceará estimulou o MS a propor, em 1991, o Programa Nacional de Agentes Comunitário de Saúde vinculado a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Escorel et al., (2002) destacam que, a princípio, o programa seria implantado na Região Nordeste, e, em seguida, na Região Norte, em razão da existência de altos índices de doenças decorrentes de carências, pobreza e miséria. Em 1992, foi firmado um convênio entre a FUNASA e as secretarias estaduais de saúde, com o repasse de recurso para o PNACS e o pagamento de um salário mínimo, na forma de bolsa, ao agente comunitário de saúde. Nesse momento, o programa passou a ser chamado de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A intenção do Programa era estender, ainda em 1992, sua atuação aos demais estados da região Norte e periferias das principais capitais do País (São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte), que ao vinham apresentando altas taxas de morbimortalidade, fato que não ocorreu, ficando o PACS restrito as regiões Nordeste, Norte.

Apesar de não conseguir ser estendido a todas as capitais, o PACS, em 1993, já estava funcionando em treze estados da Região Norte e Nordeste, com mais de 29 mil agentes comunitários de saúde, distribuídos em 761 municípios. A estratégia definida previa a ampliação, em 1994, para novos municípios da mesma região, bem como para o Centro-Oeste. (SOLLA, 1996).

Somente a partir de 1994, com o desenho da estratégia de Saúde da Família, é que os ACS passam a compor a equipe nuclear desta proposta e, portanto, começam a chegar aos grandes centros, regiões metropolitanas e capitais do Sul e Sudeste. (SOUSA, 2001).

O propósito do PACS segundo Viana & Dal Poz (2005) era contribuir para a municipalização e a implantação do Sistema Único de Saúde – hierarquizado,

regionalizado e com possibilidade de acesso universal, inclusive às populações rurais e das periferias urbanas, priorizando a população materno-infantil.

Nesse sentido, foram definidas as diretrizes que formam o corpo doutrinário do PACS, que são: integração das ações, descentralização gerencial, participação comunitária, radicalização do acesso/extensão e a regionalização das decisões. (SILVA, 2001)

Tendo em vista essas diretrizes, foi definido o objetivo principal do Programa, que era o de “melhorar a capacidade da população de cuidar de sua própria saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, além de proporcionar a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde local” (SILVA, 2001, p.53). Ou seja, traduzir para a equipe de saúde a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites; identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser otimizados pelas equipes; além de promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente. (NUNES et al., 2002).

Com vista a atingir esses objetivos, foi definido o perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde (BRASIL, 2004). As cinco competências que definem o perfil do Agente Comunitário de Saúde estão distribuídas em três âmbitos de atuação deste profissional.

No âmbito da mobilização social, integração entre a população e as equipes de saúde e do planejamento das ações, competências:

- desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adstrita à unidade básica de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades.
- realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adstrição da unidade básica de saúde.
- desenvolver ações de promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania no âmbito social e da saúde.

No âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e a doenças prevalentes competências:

- desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde visando a melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas públicas de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde.

- desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes, conforme definido no plano de ação da equipe de saúde e nos protocolos de saúde pública.

No âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário competência:

- desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário para a população, conforme plano de ação da equipe de saúde. (BRASIL, 2004, p. 19)

A principal função do ACS, de acordo com Nogueira et al. (2000), é a de mediador social, ou seja, um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado. O autor entende que essa função de “ponte” está incluída a facilitação do acesso aos direitos de cidadania de modo geral.

Nunes et al. (2002) explicam que um dos pontos mais tensos no exercício dessa função ponte é a necessidade de mediação de saberes diversos. Por conviver com a realidade do bairro onde mora e trabalha, e ser formado a partir de referenciais biomédicos, o ACS desenvolve o papel de interlocutor das contradições e dos diálogos entre saberes e práticas, podendo ser um facilitador ou um empecilho nessa mediação.

O ACS, segundo David (apud Borsntein, 2007), vivencia essa mediação dos conhecimentos de forma ambígua, pois ele está envolvido com o conhecimento advindo de fontes distintas; popular - adquirido por meio do convívio e científico - adquirido através da formação e treinamento em serviço. Essa ambigüidade pode ser entendida como negativa por ser contraditória e pode ser também vista como uma riqueza, se existir a busca de melhor adequação do serviço à comunidade, ou seja, quando esta característica peculiar aos ACS represente um potencial de entendimento da lógica popular, de seu conhecimento sobre saúde e da dinâmica social presente na comunidade.

A necessidade de aprofundar as ações e os resultados obtidos através do PACS, aliado a necessidade de reorganização da assistência em saúde – o que na prática significava fazer operar a lei orgânica do SUS 8080/90 – serviram de inspiração para a idealização no de 1993 do PSF, oficializado em 1994, mas efetivado como política de Estado a partir 1995.

A história do Programa de Saúde da Família (PSF) tem início quando o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. A partir daí começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura (por família).[...] Pode-se afirmar, então, que o PACS é um antecessor do PSF. O programa também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da demanda. Além disso, outro diferenciador são as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica. Sublinhe-se que todos esses elementos serão centrais para a construção do Programa de Saúde da Família, porque constituem a essência (da concepção) de sua intervenção. (VIANA e DAL POZ p. 230 2005).

Segundo Patarra apud Viana & Dal Poz (2005), outro aspecto que influenciou na conformação e no desenho do PSF foi a transição demográfica e epidemiológica assistida no Brasil no início dos anos 90. No âmbito demográfico, ocorreu declínio das taxas de fecundidade, diminuição de pessoas na faixa etária adulta e aumento da população da terceira idade, cujos custos para a saúde eram maiores. No âmbito epidemiológico o autor aponta que houve aumento da morbi-mortalidade por doenças crônico-degenerativas.

O autor alerta que no Brasil a situação ainda possui alguns agravantes para a saúde, como a manutenção de padrões relacionados a doenças infecto-contagiosas, elevam-se as chamadas crônico-degenerativas, além do crescimento das causas externas (homicídios, acidentes etc.). Tais mudanças alteraram contundentemente a demanda por serviços de saúde, e exigiram a adoção de novos tipos de ações, equipamentos e intervenções. (PATARRA apud VIANA & DAL POZ, 2005)

Segundo Bornstein (2007) o PSF é idealizado justamente para enfrentar essa realidade, na medida em que é apresentado como uma estratégia que visa a reorientação do modelo assistencial, substituindo o modelo voltado para a cura de doenças e “hospitalocêntrico”, por outro, cujas principais características são: o enfoque sobre a família a partir de seu ambiente físico e social, como unidade de ação; a adscrição de clientela através da definição de território de abrangência da equipe; estruturação de equipe multiprofissional; a ação preventiva em saúde e a atuação intersetorial com vistas à promoção da saúde.

No caso brasileiro, considera-se que as mudanças no modelo assistencial, operadas dentro do SUS, por conta de dois novos programas – Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) –, estão provocando alterações tanto nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, quanto na forma de organização dos

serviços. Dessa forma, o PSF constitui uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde, tendo em vista que o programa aponta para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, no processo de descentralização. (VIANA; DAL POZ, 2005, p.229).

De acordo com Nogueira (2000) a estratégia implementada por meio do PACS/PSF introduziu uma nova dinâmica nas unidades básicas de saúde, elegendo a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem na atenção à saúde. Os serviços passam a buscar estratégias para desenvolver uma atenção integral à saúde de indivíduos e grupos, intervir sobre fatores de risco aos quais a população está exposta, promover parcerias por meio de ações intersetoriais e estimular o controle social.

O ACS atua neste contexto como membro da equipe de saúde, mas suas funções transcendem o campo da saúde, uma vez que, para serem realizadas, requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população, situados no âmbito daquilo que se convencionou chamar de ação intersetorial (NOGUEIRA, 2000).

Chon (2006) destaca que a maior relevância do PSF está na mudança da lógica que rege o sistema de financiamento no SUS, pois os recursos, com o advento do PSF, passam a ser repassados aos estados e municípios baseado na cobertura da população e não segundo produção de procedimentos. Essa transição reflete a busca de uma coerência entre o modelo de saúde proposto e a forma de financiar o mesmo.

Portanto, a operação de reorganização do sistema de saúde no Brasil ocorreu através da expansão e qualificação da atenção básica, favorecendo a cobertura de populações historicamente marginalizadas. Nesse novo desenho, os serviços e os programas de Saúde da Família (PSF) e de agentes comunitários de saúde (ACS) passam a se constituir elementos essenciais para concretização dos princípios assistenciais e organizativos do SUS - universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão. (MS 2007).

1.5.1 A inserção do agente comunitário saúde no PSF – o estado da arte

Segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) – Ministério da Saúde, em dezembro de 2007, o número de equipes de saúde da família registrados no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) era de 27.326. Esse total de equipes responde pela cobertura de 46, 84 % da população de todo o território nacional. (MS, 2008).

Já em relação ao agente comunitário de saúde, o mesmo relatório aponta que em dezembro de 2007 havia registrado no SIAB um total de 215.454 ACS. Esse total de agentes responde por uma taxa de cobertura de 56,83% da população.

Uma possível explicação para a discrepância entre a taxa de cobertura do agente comunitário de saúde (56,83%) em relação a taxa de cobertura das equipes de saúde da família (46, 84%) pode ser o fato existirem agentes comunitários de saúde em duas situações distintas em relação à rede do SUS: a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família; e b) ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional. (MS, 2002).

A atividade do ACS, apesar de ser central no processo de reforma da saúde, e de ter obtido reconhecimento e respeito da população, demorou, aproximadamente, 11 anos para ser reconhecida, isso ocorreu através da criação da lei de profissão de agente comunitário de saúde - Lei 10 507 de julho de 2002. (CASTRO et a., 2000)

Na atualidade, a profissão de agente comunitário de saúde é regida pela Lei 11.350 de outubro de 2006. Essa lei em seu art. 3º dispõe sobre as atribuições do agente comunitário saúde, que são: o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal. (BRASIL, 2006)

Parágrafo único. São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:

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

Em seu art. 6º a lei 11.350 dispõe sobre os requisitos para exercício da atividade de agente, que são: residir na comunidade em que atua, ter concluído o curso inicial

com bom aproveitamento e ter segundo grau. A seleção do agente comunitário de saúde deve ocorrer através realização concurso público.

A criação da Lei que regulamenta a profissão de ACS não cessou as diversas polêmicas que atravessam essa ocupação, por exemplo, o debate acerca da definição do perfil profissional do ACS, quais suas competências, que saberes devem ser centrais na prática cotidiana desse profissional, quais diretrizes, conceitos e postulados devem ser considerados no processo de formação e treinamento, que tipo vínculo institucional seria a o mais adequado a esse profissional, como aproximar os diversos saberes intrínsecos as práticas do ACS, dentre outras questões.

A fim de fomentar novos aportes a esses debates e também levantar questionamentos, será desenvolvido no capítulo 2 uma investigação sobre atividade de trabalho do ACS sob a ótica da Clínica da Atividade. Esse estudo visa trazer novas luzes sobre quem é esse profissional, quais são seus instrumentos, quais dimensões ocupam sua atividade de trabalho (pré-ocupações) e, por fim, mas não menos importante, como ele se posiciona nessa zona de tensão, que é o espaço entre a comunidade – cultura, valores, moral – e a equipe ou serviço – ciência, ética, profissão.

Destaca-se, assim, que o objeto dessa pesquisa é a atividade de trabalho do agente comunitário de saúde no município de Juiz de Fora. Nesse sentido, a definição dos objetivos dessa pesquisa está ligada à necessidade de responder a uma questão presente no contato com o trabalho desse profissional, qual seja: **como se configura o real da atividade do agente comunitário de saúde?**

Tende em vista essa questão geradora foram definidos os objetivos gerais e específicos que nortearam o processo de investigação aqui desenvolvido. O objetivo geral dessa pesquisa é analisar o real da atividade de trabalho do Agente Comunitário de Saúde de uma Unidade Básica de Saúde do Programa de Saúde da Família (UBS / PSF) do município de Juiz de Fora - MG.

Já os objetivos específicos são respectivamente: apoiar os ACS no processo de análise e interpretação acerca das atividades prescritas. Conhecer os instrumentos desenvolvidos pelos agentes comunitários de saúde no exercício de suas atividades de trabalho, ou seja, no enfrentamento cotidiano do real. E, por último, aplicar o método da Clínica da Atividade como instrumento para o melhor conhecimento das atividades de trabalho dos ACS e suas repercussões à saúde desses indivíduos.

Tendo em vista estes objetivos, o capítulo a seguir tem como finalidade apresentar o corpo teórico que apóia o alcance desses objetivos através do aporte de instrumentos necessários a interpretação das informações obtidas em campo.

2. BASES TEÓRICAS E CONCEITUAIS: REVISÃO DA LITERATURA

Esse capítulo será dedicado ao esclarecimento das bases teóricas que sustentam as reflexões e considerações sobre a atividade de trabalho dos agentes comunitários de saúde no município de Juiz de Fora – MG. Ademais, serão apresentadas as categorias e conceitos – chaves que operam o processo de aproximação frente ao objeto de pesquisa.

2.1. Co-operação e vida no trabalho

É importante, primeiramente, situar que essa pesquisa está inserida no campo da Saúde do Trabalhador, uma vez que ela fomenta novos aportes acerca da relação entre trabalho (atividade) e processo saúde-doença do ACS.

Cabe, nesse sentido, explicitar quais princípios teórico-metodológicos conformam o campo da saúde do trabalhador, qual o percurso desse campo e como ele vem se articulando com a realidade. Com vista a introduzir essa exposição faz necessário apresentar qual o entendimento que se tem desse campo na atualidade

um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum. Essa perspectiva é resultante de todo um patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social latino-americana e influenciado significativamente pela experiência italiana. (MINAYO-GOMES; COSTA 1997, p. 25).

A incorporação pela Saúde Coletiva desse patrimônio proveniente da Medicina Social latino-americana que procedeu-se a partir da adoção de concepções como a determinação social da doença, a integração de diferentes disciplinas em torno da discussão da saúde, a compreensão da dinâmica entre sujeito e coletivo e, por fim, o desenvolvimento de práticas e gestões participativas.

Outro patrimônio relevante na estruturação da Saúde Coletiva são as concepções advindas da Reforma Sanitária Italiana, que trouxe em seu bojo os princípios do chamado Modelo Operário Italiano de luta pela saúde (MOI) (ODONNE, 1986; LAURELL e NORIEGA, 1989), que são: não delegar, não monetarizar os riscos e buscar a validação consensual em grupos homogêneos (MACHADO, 1997).

Com o advento da Saúde Coletiva, no final dos anos 60, a Saúde Pública começa a ser renovada, uma vez que toma corpo a compreensão de que o processo saúde-doença é determinado socialmente, e que formas de trabalhar e de viver geram potenciais de

benefícios e de riscos que se expressam na saúde e na sobrevivência, no adoecimento e na morte. (FACCHINE, 1994: p.40).

A compreensão da relação entre trabalho e doença se modifica frente a um questionamento geral da organização capitalista do trabalho que intensificou o progressivo surgimento de doenças e as manifestações crônicas do desgaste dos trabalhadores.

Surge, nesse contexto, o campo da Saúde do Trabalhador, que considera o trabalho como uma categoria social e não decorrente apenas do risco ambiental (saúde ocupacional), e o processo saúde-doença do trabalhador como expressão do processo de exploração capitalista. O ambiente de trabalho é resultado do modo de organização do processo de produção e do processo de trabalho. (LAURELL & NORIEGA, 1989).

De acordo com Santorum (2006), esse movimento se fortaleceu no final dos anos 70 e início dos anos 80, em pleno processo de transição democrática, representado pelos Movimentos da Reforma Sanitária brasileira e do Novo Sindicalismo que através da instituição de novas práticas sindicais em saúde, buscava a superação do assistencialismo e melhores condições de trabalho.

No que tange a constituição do corpo epistemológico do campo da saúde do trabalhador, Minayo-Gomez & Thedin-Costa, (1997) destacam que o campo não pode ser apreendido a partir de uma perspectiva disciplinar, mas a partir de metas e eixos principais, como: a luta pela saúde produzida nas transformações dos processos, na eliminação dos riscos e superação das condições precárias de trabalho. Outro eixo está na valorização das demandas e dos conhecimentos advindos da experiência dos trabalhadores, o que faz com que sua participação na construção do saber seja considerada fecunda e indispensável. Por último, destaca-se, segundo Dias & Hoefel (2005), o eixo referente à busca da garantia de atenção integral à saúde do trabalhador. Esses eixos repousam sob a premissa comum de junção do conhecimento técnico ao saber/ experiência dos trabalhadores na procura e adoção de medidas frente aos agravos de saúde constatados.

A Medicina Social Latino-Americana, segundo Lacaz (2007), ao compreender as relações de trabalho e saúde-doença de maneira diversa, ou seja, a partir da análise da determinação social do processo saúde-doença, privilegiou o trabalho e passou a apreendê-lo através da categoria explicativa - *processo de trabalho* - que se inscreve nas relações sociais de produção estabelecidas entre capital e trabalho, possibilitando, dessa maneira, a análise da dimensão histórica e social do trabalho e da saúde.

Nesse sentido, a categoria processo de trabalho é, ao mesmo tempo, um processo técnico, social e econômico; os instrumentos de trabalho são resultados de determinadas relações de classe e do desenvolvimento científico-tecnológico alcançado. Portanto, em cada contexto histórico há uma maneira específica de trabalhar e, conseqüentemente, um padrão de desgaste e de morbi-mortalidade. (LAUREL & NORIEGA, 1989).

Lacaz (2007) assevera que a apropriação do conceito “processo de trabalho” como instrumento de análise possibilitou reformular as concepções ainda hegemônicas que, ao estabelecerem articulações simplificadas entre causa e efeito numa perspectiva uni ou multicausal, desconsideram a dimensão social e histórica do trabalho e da saúde/doença. Tais concepções, mesmo quando respeitam as variáveis sócio-econômicas, o fazem de maneira reducionista, na medida em que o social é um elemento a mais dentre os fatores de risco.

Muitos autores concordam em afirmar que a Saúde do Trabalhador é um campo interdisciplinar e multiprofissional (TAMBELLINI,1994; DIAS 1994, MINAYO-GOMEZ & THEDIN-COSTA, 1997; PORTO & ALMEIDA, 2002; LACAZ, 1997.). Esses autores alertam que a análise dos processos de trabalho é complexa por natureza, sendo assim, compele a Saúde do Trabalhador fazer colaborar diversos campos do saber, mas sem que se perca a autonomia e a profundidade de cada área envolvida.

Minayo-Gomes & Thedin-Costa, (1997) destacam que nenhuma disciplina é capaz de contemplar a abrangência da relação entre trabalho e processo saúde-doença em suas múltiplas imbricações e dimensões. Porto & Almeida (2002) corroboram com essa leitura ao afirmarem que o fato da saúde do trabalhador ser uma área intersetorial contribui com esse perfil interdisciplinar, uma vez que envolve setores de vigilância, tratamento e recuperação, os efeitos ambientais e clínicos, características organizacionais e tecnológicos do processo de trabalho.

A análise dos processos de trabalho tem exigido que os diversos campos de saber colaborem entre si, essa necessidade torna-se ainda mais imperativa na medida em que se aprofundam as mudanças pelas quais o mundo do trabalho vêm passando na contemporaneidade. Essas mudanças vêm exigindo que o trabalhador, a fim de produzir, mobilize de outra forma suas capacidades físicas e mentais.

Decorre desse processo, segundo Assunção (2003) a alteração da saúde do trabalhador no contexto da reestruturação produtiva que deriva de um ambiente social, político e econômico marcado pelas crises dos anos 1960 e 1970. As empresas começam a se reestruturar não somente pelo acirramento da concorrência, mas também

por conflitos sociais relacionados às formas tradicionais de organização do trabalho e da produção.

Antunes (2001) explica que, a fim de combater essa crise social e aumentar a produção, as organizações passaram a adotar novas diretrizes que se tornaram eixos norteadores das relações produtivas e de trabalho, como a horizontalização da hierarquia organizacional e a flexibilização da produção e das relações de trabalho.

O autor também analisa que, nos países capitalistas, ocorreu uma diminuição da classe operária tradicional e uma ampliação do assalariamento do setor serviços, expansão do trabalho feminino, parcial, precário e subcontratado. Segundo o autor “é um múltiplo e contraditório processo de heterogenização, fragmentação e complexificação da classe trabalhadora” (ANTUNES, 1995, p. 42).

As referências às mudanças ocorridas no processo produtivo, ainda que sintéticas, permitem advogar a favor da necessidade de buscar novas abordagens, ferramentas e instrumentos analíticos para o campo da saúde do trabalhador, a fim de capacitá-lo na sua tarefa de apreensão da relação trabalho saúde-doença que se apresenta cada vez mais fluida, dinâmica e tênue.

Face a complexidade dessa relação, a busca por novos “*approaches*” adquire um caráter axiomático. Segundo Minayo-Gomez & Thedin-Costa (1997) essa prática teórica no campo da saúde do trabalhador justifica por tratar de uma área de estudo/intervenção que desafia a capacidade explicativa simples, exigindo uma teorização dialética e complexa, particularmente quando se ultrapassam os muros das unidades/locais de trabalho.

Os autores alertam, ainda, que a aplicação do instrumental analítico do campo da saúde do trabalhador está dirigido ao trabalho industrial, logo, requer adaptações para a compreensão de outros setores econômicos, como o de serviços do qual faz o ACS.

O setor saúde, especificadamente a atividade de trabalho do ACS, se apresenta, nesse sentido, como um desafio ao campo da saúde do trabalhador, na medida em que, a partir do processo de trabalho, pode ser observado vários elementos análogos às relações estabelecidas no trabalho industrial, mas o componente de alta significância, definidor de suas atividades, é a relação que se estabelece entre os trabalhadores e os clientes/ usuários/consumidores.

Este aspecto é central na aproximação em relação processo de trabalho do agente comunitário de saúde, uma vez que o pressuposto adotado nessa pesquisa é de que a atividade desse profissional não é produto apenas da organização ao qual está

vinculado, ou seja, a unidade básica de saúde (UBS). Deriva em grande parte do espaço comunitário e social no qual exerce sua atividade.

Cabe, nesse sentido, exercitar um processo reflexivo que permita lançar novas luzes sobre as implicações decorrentes do exercício de uma atividade profissional no seio da cultura e dos valores dos consumidores/clientes para os quais presta seu serviço. Esse exercício será desenvolvido ao longo desse trabalho.

Ao comentar sobre a constituição do campo da saúde do trabalhador Brito (2005, p.889), avalia que o este campo pode ser compreendido de várias formas, uma vez que existem no seu interior várias linhas de pensamento e ação. Nesse sentido, “a incorporação de idéias não hegemônicas devem ser garantidas como estratégia de crescimento, renovação e consolidação do campo e como um fator que favorece a inclusão de mais parceiros”.

Ou seja, há uma necessidade de ampliação do escopo analítico do campo da saúde do trabalhador, que deve considerar o trabalho não apenas vinculado a uma organização e/ou produto ou serviço, mas também ao meio, aos clientes e usuários. Tais elementos possuem potenciais de influência sobre o trabalho e sobre o trabalhador que ainda não foram devidamente analisados.

Justamente nessa lacuna epistemológica que se insere essa pesquisa na medida em toma a atividade de trabalho do agente comunitário saúde como objeto principal, o faz por se tratar de um trabalho ocupado por dimensões diversas, o social está no organizacional e vice-versa. Cabe nesse sentido, mobilizar novos instrumentos que permitam uma maior aproximação dessa atividade prenhe de múltiplos sentidos.

Portanto, o texto a seguir pretende trazer ao debate da relação trabalho saúde/doença um novo contraste que permita a ampliação da envergadura e da perspectiva analítica do campo da saúde do trabalho.

A Clínica da Atividade se apresenta com acentuado potencial para essa tarefa, na medida em que ela fomenta instrumentos capazes de embasar reflexões acerca das atividades trabalho do agente comunitário de saúde e seus derivados, ou seja, os sentidos contidos nessa atividade, os potenciais de desenvolvimento e de adoecimento presentes, assim como novas perceptivas teórica e metodológicas, que além de vislumbrar a compreensão, à relacionam com a necessidade de transformação do trabalho por aquele que o operam.

2.2. Uma clínica para o trabalhador

A Clínica da Atividade é uma corrente francesa da psicologia do trabalho cujo fundador e principal autor é Yves Clot. Essa corrente surgiu como uma linha da Psicologia do Trabalho, na década de 90 na França. A Clínica da Atividade está filiada deliberadamente a filiada a escola russa de psicologia fundada por Vygotsky. Esta filiação pressupõe assumir uma postura histórico-psicológica em que o desenvolvimento de um sujeito não pode ser conhecido de antemão. Ou seja, “o seu modelo não é embriológico porque o desenvolvimento só é unidirecional e predeterminado fora das situações reais. O real encarrega-se de transformar o desenvolvimento esperado em história não alcançada”. (CLOT, 2006, p.13)

A opção pelo nome Clínica da Atividade trás em si elementos significativos à compreensão dessa proposta, são conceitos-chaves que expressam o percurso de conformação dessa corrente da Psicologia do Trabalho francesa.

Seguindo uma ordem lógica de apresentação, o primeiro termo a ser analisado é o de clínica, a utilização deste conceito remete a influências no campo metodológico e epistemológico do pensamento e da obra do médico e psicólogo Ivar Oddone e colaboradores. (1981).

Oddone desenvolveu um trabalho junto aos operários da Fiat submetidos à condições de trabalho deletérias que, em um contexto de forte sindicalização, passaram a denunciar as nocividades do trabalho e as repercussões desse processo na saúde dos trabalhadores. Esse movimento ficou conhecido como Modelo Operário Italiano de luta pela saúde. (MOI – ODDONE et al.; 1986).

Antes da constituição desse modelo, as denúncias dos operários, apesar de serem fundamentadas na realidade, eram submetidas ao crivo da racionalidade científica, que socializava as soluções e rejeitava as que não fossem validas. A transição no processo de luta pela saúde passou a se dar na medida em que o saber operário tornou-se fonte para as reflexões médicas acerca do ambiente de trabalho, e vice-versa.

Na medida em que os operários tomavam consciência de que eles próprios, na primeira pessoa, podiam dizer se um certo tipo de ambiente de trabalho andava bem ou não , diminuíam (ou, **seguramente mudavam de valor**) as perguntas e as solicitações feitas pelos médicos. (ODDONE et al, 1986, p.75, minha ênfase).

O princípio básico desse modelo é o de que os protagonistas do trabalho é que devem identificar e avaliar os fatores risco e os efeitos nocivos destes em situação de trabalho. Essa atribuição não deveria ser delegada ao técnico-perito. Nesse sentido, os

princípios que compõem o MOI são: grupo de fatores de risco, não delegar, validação consensual, não monetarização dos riscos e a participação. (ODDONE et al., 1986)

Chamado pelos operários a responder sobre questões relativas à saúde nas fábricas Oddone viu-se compelido a compreender essa realidade que lhe parecia distante. Assim, ele buscou desenvolver um método que permitisse reconstruir as circunstâncias de produção e a organização do trabalho, até a condição na qual ele pudesse ver o que via o trabalhador em situação produtiva. Ou seja, desenvolver uma linguagem que fosse permeável, como técnico de saúde, e eles, como sujeitos que lhe pediam que gerasse a solução do problema da nocividade do trabalho. (ODDONE et al., 1981,)

Oddone iniciou a experimentação de alguns métodos que deveriam viabilizar essa comunicação entre o saber operário e técnico, o que culminou no desenvolvimento do método denominado “método das instruções a um sócia”. Esse método permite reproduzir o complexo processo que leva os representantes dos coletivos a traduzir planos de comportamentos reais, as imagens da fábrica e de homens ligados a sua experiência pessoal e a sua visão de mundo. Esse método consiste em pedir a cada sujeito para dar instruções a um ego-auxiliar, para um sócia. O pedido era feito da seguinte forma

Se existisse uma outra pessoa fisicamente idêntica a você, o que você lhe diria em relação a como se comportar na fábrica, a respeito de sua tarefa, de seus companheiros de trabalho, da hierarquia e da organização sindical (ou de outras organizações de trabalhadores), de modo que ninguém percebesse que se trata de uma outra pessoa e sim de você? (ODDONE et al., 1981, p. 57).

Oddone tinha claro que com esse método não era possível apreender o comportamento real e absoluto sobre o indivíduo, mas sim a representação que esse sujeito tem acerca de seu próprio comportamento. Oddone percebeu, principalmente, que ao utilizar esse método os trabalhadores eram levados a pensar acerca do seu trabalho e a maneira como cada um deles o realizava.

Nesse processo aspectos inacessíveis do comportamento e pensamento dos operários passaram a ser traduzidos em planos de comportamento reais, que expressam as imagens da fábrica e de homens ligados a sua experiência pessoal e a sua visão de mundo. Por sua vez, os operários perceberam que haviam desenvolvido, com o acúmulo de sua experiência de trabalho, mecanismos para proteger a sua saúde. (VASCONCELOS & LACOMBLEZ, 2005)

Desse processo Oddone apreendeu considerações que passaram a nortear seu pensamento e sua ação junto ao coletivo de trabalhadores, destaca-se a centralidade da

necessidade de apropriação da experiência dos trabalhadores na construção de solução para enfrentamento dos riscos a saúde. Para consecução dessa tarefa, o pesquisador e o homem-trabalhador deveriam compor um sistema do qual ambos pudessem se beneficiar e se transformar. “A análise do trabalho já não é apenas a fonte da ação, mas um recurso para sustentar uma experiência coletiva de modificação do trabalho por aqueles que o fazem” (CLOT, apud VASCONCELOS & LACOMBLEZ, 2005, p.41).

Essa forma de investigação culminou na criação do conceito de Comunidade Científica Alargada, que possibilitou a compreensão acerca da importância do encontro do saber dos trabalhadores – enraizados na experiência - com os saber dos pesquisadores – conhecimento científico - a fim de desenvolverem novos saberes que habilitassem a compreensão e a intervenção no ambiente de trabalho.

A comunidade científica alargada é, então no plano do conhecimento, uma possibilidade de reunificação dos saberes separados e de modificação dos paradigmas científicos, e no plano científico, uma arma na luta contra uma sociedade de peritos e pelo desaparecimento na plano social e organizacional entre os que concebem e os que executam. (CORNU, P. 208-209, 2001).

Osório (2002) avalia que Oddone focalizou, a partir de então, a pesquisa acerca dos recursos mobilizados pelos trabalhadores para o enfrentamento das situações deletérias de trabalho, recursos que nem os próprios trabalhadores suspeitavam possuir. Oddone buscou meios de assessorar os coletivos de trabalho em sua tentativa de manter e ampliar seu raio de ação sobre o trabalho.

Para tanto, ele passou a transformar as experiências informais – o aqui e agora – em formais a fim de serem transmitidas, o que tornaria possível também a produção de matérias que subsidiariam o desenvolvimento de uma psicologia que ultrapassaria a perspectiva analítica, em direção a uma visão de homem global.

Clot assume a tradição inaugurada com o MOI e o pensamento e obra de I. Oddone, pois ao adotar o conceito de Clínica ele expressa, exatamente, a idéia de que essa é uma disciplina comprometida em apoiar os coletivos de trabalho em sua tarefa de transformação das condições deletérias de trabalho e na recuperação da saúde. Essa pesquisa assume seu caráter “clínico” na medida em que visa também apoiar o coletivo de ACS no desenvolvimento de suas profissões e, conseqüentemente, de si próprios.

Outra referência importante que contribuiu com a adoção do conceito de clínica por Clot refere-se aos trabalhos de Louis Le Guillant, pioneiro no campo da Psicopatologia do Trabalho. Segundo, Clot (2006a), ao estudar o “nervosismo” das telefonistas, Le Guillant percebeu que se tratava de uma doença necessária para a realização daquele trabalho, logo, o que deveria ser tratado não eram as telefonistas,

mas sim o trabalho taylorizado. Nasce dessa reflexão uma nova clínica, fundada na situação concreta passível de ser mudada. (CLOT, 2006a).

Nesse sentido, objetivo dessa disciplina é compreender para transformar. Essa transformação não deve se dar através da ação de um técnico sobre o trabalho ou trabalhador. O “especialista” deve assessorar os coletivos de trabalho a fim de manter e ampliar sua capacidade de ação frente situações adversas de trabalho, mediante um “processo de desenvolvimento de seus ofícios, em que os próprios trabalhadores possam ser os protagonistas”. (OSÓRIO, 2002, p. 15).

O termo clínica expressa, portanto, a idéia de que essa é uma disciplina comprometida não apenas como o conhecer e descrever, é clínica no sentido de ser um dispositivo de ação e do conhecimento para a ação e para a transformação, daí a ligação de Clot com Oddone. (CLOT, 2006b).

Assim, o princípio da Clínica da Atividade, segundo Clot (2007) é compreender para transformar, contudo, ele assevera que é impossível tratar da atividade sem ter que tratar da subjetividade, nesse sentido ele propõe a inversão da relação compreender para transformar para transformar para compreender. Essa inversão remete à influência do trabalho de Oddone, que percebeu que a demanda espontânea dos trabalhadores é freqüentemente (frente à relação de força) a de tentar tirar o melhor partido da situação de fraqueza em termos salariais, ou seja, a monetarizar os riscos.

Logo, a demanda nunca está pronta, ela deve ser transformada através do diálogo com os trabalhadores a fim de restaurar nestes a capacidade de agir na situação e, assim, tornar possível a apropriação coletiva das condições de trabalho.

Nesse sentido, Clot (2006b) expressa que o termo clínico referenda o lado da experiência vivida, do sentido do trabalho e do não sentido do trabalho; clínico no sentido da recuperação e restauração da capacidade diminuída, do poder dos sujeitos sobre as situações a fim de desenvolverem sua profissão.

A compreensão da subjetividade envolvida no ofício cotidiano é um aspecto central nessa corrente, para tanto Clot estabelece o conceito de atividade como perspectiva teórica para aproximação frente essa dimensão, decorre dessa reflexão o nome Clínica da Atividade.

Para o devido tratamento do conceito de atividade é necessário, primeiramente, situar uma outra influência decisiva na conformação da Clínica da Atividade - a Ergonomia de tradição francófona. Tradicionalmente, essa é uma disciplina que busca a adaptação do trabalho às pessoas, é praticada na atualidade a partir de diversas

abordagens, sendo uma delas a análise das atividades em situações reais de trabalho, cujo principal autor é Alain Wisner.

Segundo Telles & Alvarez (2004), dois conceitos são centrais nessa abordagem: o de *trabalho prescrito* (tarefa) que congrega dois outros conceitos: condições de trabalho (ferramentas, ambiente físico, matéria-prima) e as prescrições (normas ordens, procedimentos resultados a serem obtidos). E *trabalho real* (atividade), que corresponde ao trabalho que realmente é realizado pelos operários, distante, portanto, daquele expresso pelo conjunto de prescrições. Ou seja, o trabalho prescrito está para trabalho real, assim como *o que deve ser* feito está para *o que se faz*.

A explicação para essa distância encontra-se, nos conceitos de variabilidade que representa o conjunto de fatores que no ato do trabalho podem influenciá-lo de modo sair do curso previsto. Essas variabilidades podem ser de ordem técnica (panes) e humana (fadiga, idade, experiência). (TELLES & ALVAREZ, 2004)

Segundo os autores um terceiro termo se introduziu na relação homem-tarefa como intermediário, um termo que a ergonomia passa a utilizar para pensar seu objeto: a atividade de trabalho. O termo atividade de trabalho designa na ergonomia

a realização do trabalho prescrito, considerando-se as restrições e as vantagens dispostas pelas variabilidades [...] é uma maneira pela qual as pessoas se engajam na gestão dos objetivos do trabalho, num lugar e num tempo determinados, servindo-se dos meios disponíveis ou inventando outros meios. Para essa gestão, isto é, para fazer frente às variabilidades que se apresentam, e também produzir sentido no trabalho, a pessoa se engaja por inteiro, a cada momento com seu corpo biológico, sua inteligência, seu psiquismo, e com os respectivos conhecimentos tomados no decorrer de sua história e nas relações com os outros. É uma noção que deve ser associada a dinâmica própria da vida. (TELLES; ALVAREZ, 2004, P. 71-72).

A compreensão da distância entre trabalho prescrito e trabalho real é assumida pela abordagem ergológica, configurando-se na ergologia um pressuposto inaugural e uma preocupação central.

O termo trabalho prescrito presente na corrente ergonômica passa a ser designado pela ergologia como normas antecedentes. Ambos remetem ao que está escrito, exigido e apresentado ao trabalhador antes do trabalho ser realizado. Porém, segundo Schwartz (2004), em ergologia esse conceito passa a comportar elementos que pertencem a atividade de trabalho e que não eram considerados nos conceito de trabalho prescrito. Assim, os elementos que conformam as normas antecedentes são: as aquisições de inteligências do trabalhador, a experiência coletiva, as construções históricas, ou seja, o patrimônio conceitual e científico e cultural, o saber-fazer, a linguagem e por fim as normas e valores.

Nesse sentido, “é fundamental considerar o debate de normas que está presente em toda atividade de trabalho – que é uma tentativa de encontrar um equilíbrio entre as normas de cada um, do coletivo, de uma organização e do universo político no qual se está inserido”. (SCHWARTZ apud BRITO, 2004, p. 104).

Schwartz (2004) ressalta que mesmo os processos altamente padronizados comportam micro histórias (variabilidade do componente), exigências múltiplas que convidam o do sujeito a múltiplas arbitragens. Desse fato, decorre a idéia de que todo o trabalho implica uma dramática², a atividade industriosa é sempre um destino a viver.

A ergonomia ao estabelecer os conceitos de trabalho real e prescrito promoveu um grande avanço no campo da análise da atividade. Clot (2006) concorda, porém, que a conquista desse mérito não cessa a obrigação de reconhecer na ergonomia um limite: o de não incorporar, devidamente, à análise da atividade, a dimensão da subjetividade. É necessário, nesse sentido, segundo Clot apud Santourum (2006), avançar a partir desses ensinamentos da ergonomia a fim de trazer novas luzes ao trajeto percorrido pelos sujeitos entre o prescrito e o realizado, bem como a mobilização subjetiva que acompanha os passos dessa trajetória.

A fim de desenvolver o conceito psicológico de atividade. Clot (2006) propõe, então, que se acrescente às tradicionais dimensões do trabalho prescrito e do trabalho real, o *real da atividade*, cuja influência do pensamento de Vygotsky é crucial, pois segundo este autor “o homem está a cada minuto pleno de possibilidades não realizadas” ou “em termos mais imediatos, o comportamento nunca é mais do que o 'sistema de reações triunfantes’”. (VYGOTSKY apud CLOT, 2006, p.115).

Desse postulado decorre a noção de real de atividade que expressa não somente aquilo que é feito no trabalho, mas também “aquilo que não se faz, aquilo que não se pode fazer, aquilo que se busca fazer sem conseguir – os fracassos – aquilo que se teria querido ou podido fazer, aquilo que se pensa ou sonha poder fazer”. O real da atividade comporta também aquilo que o sujeito faz para não ter que fazer aquilo que se tem que fazer, o que se faz sem querer fazer e, por último, aquilo que se tem que refazer. (CLOT, 2006, p. 116).

A atividade realizada é, segundo Clot & Fernandes (2007), a que triunfou entre outras com as quais competia. Os conflitos entre todas as atividades possíveis é o que,

² É a situação em que o indivíduo tem de fazer escolhas, ou seja, arbitrar entre valores diferentes, e, às vezes, contraditórios. Uma dramática é o lugar de uma verdadeira micro-história, essencialmente inaparente, na qual cada um se vê na obrigação de se escolher, ao escolher orientar sua atividade de tal ou tal modo. Portanto, afirmar que a atividade de trabalho não é senão uma *dramática* do uso de si significa ir de encontro à idéia de que o trabalho é, para a maioria dos trabalhadores, uma atividade simples de "execução", que não envolve realmente sua pessoa. (SCHWARTZ, 1998, p. 140)

finalmente, determina o desenvolvimento da atividade vencedora. Logo, eles concluem que a atividade realizada é apenas uma parte do real da atividade.

Essa definição de real da atividade possibilita à Clínica da Atividade desdobrar a perspectiva de análise presente na ergonomia de tradição francesa. O objetivo passa a ser a compreensão, não do que deve ser feito ou do que é feito, mas do trajeto percorrido pelo sujeito entre esses dois pólos, ou seja, as vivências, motivações, conflitos, paixões e sentidos contidos no real de cada um, no real da atividade.

O estabelecimento de contrastes contribui com a identificação dos territórios e de seus limites, nessa perspectiva, Clot (2007) demarca que na Psicologia Ergonômica – René Amalberti – a atividade e tarefa são sinônimas, ou seja, operações manuais e intelectuais realmente feitas para atingir a um objetivo prescrito e os que os sujeitos impõem por si mesmo face o contexto, a intensidade, a intenção do operador protegido frente a outras intenções e posições.

A Clínica da Atividade, por sua vez, propõe olhar o trabalho como uma atividade dirigida, ou seja, a atividade de trabalho não é produto apenas do objeto ao qual ela está endereçada. A atividade de trabalho é também dirigida ao outro (organização, dirigentes,...); dirigida ao próprio trabalhador com seu estado físico-psicológico, às suas demais atividades; é, ainda, dirigida ao objeto do trabalho. Todas essas dimensões compõem, assim, um conjunto de **preocupações** que atravessam e influenciam no curso da atividade. (CLOT, 2006).

Nesse sentido, o autor destaca que a atividade é polifônica, várias atividades falam na mesma atividade. Logo, para que uma ação seja executada outras foram abandonadas, outras intenções presentes foram menos fortes. Ele concorda também que a atividade é a libertação de um conflito, no qual a atividade é multi agredida; decorre desse confronto a constatação de que o objeto de trabalho nunca se coloca para o sujeito de forma neutra.

Essa ausência de neutralidade do objeto pode ser apreendida no sentido de que a atividade do sujeito está atravessa pela atividade dos outros que a planejam, organizam e normatizam o curso da ação antes de seu desenvolvimento, o que afeta o próprio objeto, podendo tornar a consecução da atividade impossível, impedida.

Clot (2007) destaca que o sujeito a fim de recuperar sua atividade deve se confrontar na atividade do outro, pois trabalhar é buscar reconceber a tarefa para colocá-la a serviço de sua própria atividade, é usar de criatividade para torná-la um ‘instrumento’ para esta atividade, se esforçar para comandá-la como um órgão vivo de sua individualidade. (CLOT & LITIM, apud OSÓRIO, 2002).

A saúde do trabalhador estaria em jogo nesse processo, uma vez que ela está relacionada, justamente, à capacidade do sujeito em se apropriar do objeto que é mais intencional dos outros. O contrário seria a passividade imposta ao sujeito, que, ao submeter-se a situação reguladora, teria seu desenvolvimento impedido.

Cabe nesse momento apresentar uma referência central que informa a Clínica da Atividade, principalmente, acerca do conceito de saúde. Essa referência é o pensamento e a obra de Georges Canguilhem. Este autor contesta e subverte a idéia de saúde como conceito científico, biomédico. Para Canguilhem (1990) a saúde não é um objeto passível de padronização, não pode ser capturada ou medida.

A subversão operada por Canguilhem está no fato de ele buscar compreender os conceitos de saúde e normalidade a partir do estudo das anomalias, das variações e infidelidades. Caponi (2003) expressa que essa é a maior riqueza na análise realizada por Canguilhem, pois contesta a perspectiva biomédica de saúde como restabelecimento da normalidade perdida, sendo que essa normalidade é definida cientificamente.

Segundo Canguilhem (1990), o mundo é pleno de variações, acidentes, daí sua natureza histórica. Logo, ser saudável corresponde à possibilidade de frente as variações e acidentes do dia-dia poder criar novos caminhos para suplantar essas variações, criar novas maneiras de estar no mundo, novas normalidades. A saúde, nessa perspectiva pode ser pensada como a possibilidade de “ficar doente e poder recuperar-se, como um guia regulador das possibilidades de ação”. (CANGUILHEM, 1990, p. 146)

Canguilhem escreve que é necessário reconhecer no organismo 'a existência de um sistema de réplicas de autodefesa' que preserva sua saúde e autoriza a 'reversão da proteção em ataque'. Em outras palavras, a doença é a expressão da vida [...]. A patologia é uma exploração de diferentes ordens fisiológicas possíveis. Paradoxalmente, portanto, a saúde do sujeito se prova passando pelo desvio da patologia. (CLOT, 2001, p. 44).

Ainda comentando a contribuição de Canguilhem acerca do conceito de saúde, Clot (2001) aponta que a capacidade de um sujeito ser afetado está diretamente vinculada à expressão de saúde, pois, a indiferença do ser vivo às suas condições de vida, à qualidade de suas trocas com o meio que é profundamente anormal. Assim, a definição de saúde expressa por Canguilhem - assumida pela Clínica da Atividade - está vinculada à idéia de possibilidade ou capacidade de, frente às variações do meio, o sujeito poder desenvolver novas normas, novas formas viver a vida, que permita ultrapassar as limitações que este meio adverso lhe impinge.

A reflexão de Canguilhem alerta também, segundo Clot (2001), para obstáculos com os quais a Clínica das Atividades se depara freqüentemente: pelo excesso de suas

reações de defesa, o organismo pode se comportar de modo a cooperar com seu agressor. Logo, para manter uma constância vital, o doente pode se instalar em um meio empobrecido. Para Canguilhem, o doente é doente porque só pode admitir uma única norma.

Assim, a preservação da normalidade, de um estado de equilíbrio, não permite alcançar a saúde enquanto tal, pois 'a normalidade é a admissão de uma norma, a adaptação a um meio e às suas exigências, enquanto sentir-se com boa saúde', insiste Canguilhem, é 'sentir-se mais do que normal', 'capaz de seguir novas normas de vida', instigador de normas, sujeito vivo de uma normatividade". (CLOT, 2001 p.45).

Como visto, a submissão ou adaptação do sujeito às normas, ferramentas e planos de execução preestabelecidos, pode repercutir diretamente na saúde e no desenvolvimento dos sujeitos. No entanto, a Clínica da Atividade defende que em situações de trabalho há outras histórias possíveis; a atividade impossível não caminha, necessariamente, ao drama, morte, mas também poder levar a curiosidade, pesquisa, ou seja, ser fonte para o desenvolvimento. É fonte de desenvolvimento não endógeno (Piaget, monológica – embrionária), pois, na perspectiva de Vygotsky, desenvolvimentos pode se dar nos conflitos da atividade real, na apreensão dos objetos reais. (CLOT, 2007)

Nesse sentido, os sujeitos transformam, modificam e inserem elementos pessoais, de sua cultura, personalidade e de suas experiências para manter – ainda que em grau reduzido - o leme de suas atividades. Assim, transformam a atividade aparentemente passiva e sujeita em atividade inventiva e criativa. (CLOT, 2001)

Esse movimento de apropriação da atividade pelo sujeito é uma referência à perspectiva histórico-cultural que informa a Clínica da Atividade, que, a fim de formalizar esse movimento incorporou, o conceito de catacreses³, cuja influência relevante é Bakhtin - Estética da criação verbal. Este conceito expressa a idéia na qual uma ferramenta técnica pode ser desenvolvida, reinventada e transformada pelo sujeito que atribui a ela novas funções, diferente daquelas para as quais foi concebida.. Por meio da catacrese uma ferramenta técnica se torna um instrumento psicológico que permite ao sujeito transformar a atividade impossível em atividade possível.

Frente uma atividade impossível ou impedida o espírito se perde, vai embora. A atividade psíquica é deslocada para outra atividade, o que gera risco, angústia e erros, uma vez que a atividade realizada é afetada pela atividade impedida. Segundo Clot

³ Conceito proveniente da lingüística que significa mudança do sentido literal da palavra, é uma palavra que se usa diferente do sentido literal. A catacrese designa o processo de criação no campo da linguagem (Clot, 2007).

(2007) na realização da atividade dramática tudo o que não se pode fazer é o que dá sentido aquilo que foi realizado, pois o trabalhador realiza um objetivo emergido dos conflitos vitais da atividade que querem escapar.

Nesse deslocamento da mente novos conflitos psíquicos passam a fazer parte da atividade (família, aposentadoria) o que leva o trabalhador a dispersar-se. Nesse sentido, a catacrese é uma forma de responder a esses conflitos uma vez que possibilita "fixar o espírito". Percebe-se, então que os conflitos contidos na atividade não são resultam, necessariamente, em sofrimento ou morbidade, eles podem ser fonte para proteção e desenvolvimento. (CLOT, 2001)

Nesse sentido, cabe explicar que o mecanismo das catacreses advém, segundo Clot (2007) da noção de migração funcional desenvolvida por Vygotsky. Essa idéia expressa a noção de que uma palavra é utilizada pelo sujeito em um contexto diferente do original, implicando nessa ação um processo de criação e desenvolvimento do sujeito.

Portanto, frente a uma atividade que reprime o desenvolvimento ou que impede a consecução do objetivo, o sujeito transforma, desenvolve ou modifica a ferramenta, atribuindo a ela novas funções e utilizando-a de uma maneira diversa daquela preestabelecida. Essa ação possibilita ao sujeito apropriar-se da atividade que era externa a ele, não tinha sentido. Chama-se catacrese esta atribuição de funções novas aos instrumentos.

Clot (2007) destaca que, em processo de análise de trabalho, a busca e o reconhecimento das catacreses é um caminho necessário para se chegar até o real da atividade, ou seja, conhecer os conflitos invisíveis possibilita o acesso ao continente escondido da atividade. Sendo a psicologia do trabalho uma ferramenta para a ação e análise do trabalho, ela deve correr atrás das catacreses, a fim de se informar acerca dos caminhos desenvolvidos pelo sujeito na sua resolução dos conflitos contidos no real da atividade. A catacrese é, portanto, um instrumento de análise da atividade.

Esse movimento sinaliza, então, que a Clínica da Atividade defende uma narrativa diferente para os sujeitos submetidos às restrições e constrangimentos no trabalho, a saúde deixa de ser, nessa corrente, razão da luta contra o sofrimento, e passa a estar vinculada à recuperação do poder de agir subtraído dos trabalhadores. Clot (2006) destaca que a recuperação do poder de agir possibilita ao sujeito dispor de suas ações e transformar o vivido em recurso de vivência.

Essa apresentação teórica tornar-se-á mais clara e compreensível na medida em que for revisitada para subsidiar as reflexões acerca, nesse caso, da atividade de trabalho

dos agentes comunitários de saúde. Por enquanto, resta avançar no processo de apresentação teórica, uma vez que esse é um caminho necessário e profícuo, pois fomenta aportes decisivos para uma prudente aproximação da complexa relação homem-atividade.

2.2.1 Memórias de vida no trabalho

O percurso teórico desenvolvido até agora teve por fim reunir elementos que contribuíssem com a tarefa de delinear a especificidade do olhar da Clínica da Atividade sobre os sujeitos envolvidos na atividade de trabalho. A fim de oferecer uma resposta mais completa às questões até agora apresentadas, duas noções centrais são introduzidas em Clínica da Atividade: a noção de gênero profissional do coletivo de trabalho e estilo da atividade.

O texto a seguir trata, justamente, do desenvolvimento e explicitação desses dois conceitos nessa corrente. Primeiramente, cabe atentar para o conceito de gênero profissional que tem suas raízes nos estudos sobre influência do coletivo trabalho na configuração da atividade de trabalho dos trabalhadores.

Na perspectiva da Clínica da Atividade, o gênero profissional pode ser compreendido como um componente do corpo social e simbólico que se interpõem entre as pessoas no trabalho. Tendo como referência o pensamento de Bakhtin (concepção dialógica de linguagem⁴), Clot (2006) ressalta que a atividade realizada em um determinado gênero tem uma parte explícita e uma outra parte que é subentendida. A parte implícita corresponde às regras não escritas e mutáveis que inscrevem as habilidades consideradas na história de um coletivo, estrutura as diversas espécies de trocas entre os sujeitos e destes com o objeto de trabalho.

O autor fala também de uma organização do trabalho real dos próprios trabalhadores, que põe sua ação em ordem, com uma formalização coletiva da ação individual. Maggi apud Clot (2006) estabelece uma distinção importante entre predeterminação (prescrição) e preordenação. Esta implica, ao contrário daquela,

⁴ Tal concepção funda-se na idéia de a linguagem é, antes de mais nada, uma atividade. Trata-se de uma atividade em que os sujeitos realizam trocas verbais em que o si mesmo e o(s) outro(s) tecem, na rede dialógica que constroem, sob a forma plurilíngüe dos discursos, os sentidos para se comunicarem e para construírem suas formas de ser igual ou diferente do(s) outro(s). Participando das trocas verbais, os sujeitos se estruturam, quando ditos e escritos, recebidos e dados, configuram seu mundo interior de representações ideológicas. [...] A interação verbal é o modo de existência da realidade lingüística, e o enunciado tem a primazia como unidade concreta e dialógica por ser o suporte em que se materializa a relação entre sujeito, língua e sociedade. O enunciado é sempre parte de uma interação verbal, o que torna adequado compreendê-lo e abordá-lo em sua natureza dialógica. A questão da subjetividade, ou melhor, da intersubjetividade é central para a teoria do enunciado dialógico. (FRANÇA, 2004, p. 125-126).

escolher as regras antes da ação, para tentar dar-lhe uma ordem, isso admite que essas regras, assim como o desenvolvimento da ação, sejam modificáveis no próprio curso da atividade.

Santourun (2006) aponta a também para a influência da obra de Oddone sobre coletivos de trabalho, cujo avanço residiu no fato de ver no coletivo justamente essa capacidade simbólica que permite à atividade individual encontrar seus recursos em “uma história coletiva”. Assim, o conceito de gênero está ligado diretamente à noção de coletivo de trabalho.

Gênero não é mais que um sistema aberto de regras impessoais não escritas que definem, num meio dado, o uso dos objetos e o intercâmbio entre as pessoas; uma forma de rascunho social que esboça as relações dos homens entre si para agir sobre o mundo. Pode-se defini-lo como um sistema flexível de variantes normativas e de descrições que comportam vários cenários em um jogo de indeterminações que nos diz de que modo agem aqueles com quem trabalhamos, como agir ou deixar de agir em situações precisas; como bem realizar as transações entre colegas de trabalho requeridas pela vida em comum organizada em torno de objetivos de ação. Trata-se das regras de vida e de ofício destinadas a conseguir fazer o que há a fazer, maneiras de fazer na companhia dos outros, de sentir e de dizer, gestos possíveis e impossíveis dirigidos tanto aos outros como ao objeto. (CLOT, 2006, p. 50)

Nessa perspectiva o coletivo de trabalho é essencial, pois ele irá testar a recriação ou a transgressão da prescrição oficial. O gênero realiza uma espécie de triagem ou seleção das recriações feitas pelos trabalhadores no curso da atividade, essa experiência inovadora é, então, passada pela peneira, onde se descarta o que é impossível e guarda o que é possível, essa recriação possível é remetida e cristalizada no gênero, que será, posteriormente, circulado de uma atividade a outra. CLOT (2007)

O autor destaca que nesse processo a profissão fala, guarda na memória esse gesto como possível. O gesto de transgressão que é validado pelo coletivo, torna-se gesto profissional, obrigação profissional, percepção endógena (aqui se faz assim), fonte coletiva de ação prescrita (gênero profissional).

Ou seja, o gênero vincula os sujeitos que participam de uma atividade, como coatores que conhecem, compreendem e avaliam essa situação da mesma maneira. Trata-se, na visão de Clot (2006), de um sistema aberto de regras impessoais não escritas que definem, num meio dado, o uso dos objetos e o intercâmbio entre as pessoas; uma forma de rascunho social que esboça as relações dos homens entre si para agir sobre o mundo.

Logo, o gênero profissional está sustentado na experiência coletiva de reflexão sobre a atividade, na digestão coletiva da experiência, no fazer circular o vivido a fim de torná-lo recurso de vivência. Envolve um processo de comparação e apropriação dos

instrumentos utilizados pelos outros. O gênero mantém essa memorial social do trabalho, que se fixa, previamente à ação, conformando também as maneiras de se comportar, fazer, dizer ou sentir, estabilizadas ao menos por um tempo nesse meio.

O gênero pode ser considerado como um saber-fazer na história de um coletivo, uma pré-atividade, são convenções advindas do coletivo social e que a ele retornam no momento da atividade num processo de constante atualização. O “Gênero tem um caráter de premeditado social em movimento, que não depende da prescrição oficial, mas a completa”. (CLOT, 2006, p. 49).

O autor, a partir da perspectiva da psicológica desenvolvimental, explica que o gênero funciona como um corpo simbólico que instrumentaliza o trabalhador no enfrentamento do real, não é apenas uma restrição (aqui se faz assim), mas, também, um traço de união e um conjunto de recursos graças aos quais a ação individual é testada e avaliada, constituindo um conjunto de forças para o desenvolvimento do sujeito. Clot (2007) assevera que o trabalhador deve poder utilizar o gênero para fazer viver a profissão, fazer viver a prescrição endógena. O autor fala de duas funções essenciais do gênero:

- Função psicológica: o gênero é uma ferramenta coletiva disponível para o indivíduo no desenvolvimento de sua atividade profissional, que conserva e desenvolve o poder de agir dos sujeitos.
- Função social: o gênero deve possibilitar imprimir, mediante consideração do saber genérico dos coletivos, vitalidade às tarefas, e, assim, possibilitar o desenvolvimento da organização mediante autorização de um trabalho original, eficiente e eficaz. O gênero não é só limite, mas também meio.

A vitalidade do gênero faz pulsar a atividade, contudo, é necessário reconhecer que o gênero não a explica, pelo contrário, ele encontra seus limites que necessitam ser ampliados, correndo o risco de tornar-se degenerado. Segundo Clot (2007) O gênero perde sua função psicológica na medida em se torna limite para ação, havendo uma naturalização de um modo de agir, o coletivo deixa de ser meio para tornar-se uma obrigação. O gênero se torna degenerado ou necrosado, pois impede as recriações e transgressões do prescrito, impede que o sujeito crie laços com sua atividade e com os seus pares.

Nesse sentido, o gênero hermético impede o desenvolvimento, uma vez que impossibilita o surgimento de novas normas. Para servir como instrumento o gênero deve apresentar-se em constante construção, ele deve ser inacabado por natureza.

O debate a seguir será dedicado justamente à exposição de um conceito central em Clínica da Atividade. Trata-se do *estilo da atividade* que, segundo Clot (2006), possibilita a Clínica da Atividade avançar em termos de análise de trabalho, uma vez que fomenta aportes que permitem que o reconhecimento decisivo do gênero não caia no sociologismo absoluto. O reconhecimento do estilo presente na atividade possibilitou a Clínica da Atividade incorporar a subjetividade no domínio do real.

O processo de estilização é o impacto da ação do sujeito sobre o gênero, é o impacto do sujeito sobre o que foi dado. Estilo é a luta para que a voz seja escutada, é a forma como o sujeito testa o gênero e o desenvolve remetendo-o ao coletivo de trabalho. Tentativa de mudança e enriquecimento do gênero, estilização é o processo de desenvolvimento, estilo tem como objeto a liberdade, a responsabilidade de criação, é estilização, é poder cortar, não ser proprietário, mas inquilino, elo da cadeia. CLOT (2007)

O estilo participa da renovação dos pressupostos genéricos presentes na atividade, o qual nunca pode se dar por acabado, o gênero vive mais ou menos intensamente dos restos, das contribuições estilísticas que o reavaliam constantemente e lhe dão a sua dinâmica [...]. A plasticidade do gênero depende dos estilos.[...] O estilo retira ou liberta o profissional do gênero, não negando este último, não contra ele, mas graças a ele, usando seus recursos, suas variantes, em outros termos, por meio do desenvolvimento, impelindo-o a renovar-se. O conhecimento dos gêneros profissionais mostra-se, portanto indispensável à psicologia do trabalho se esta deseja ter uma oportunidade de compreender os estilos. (CLOT, 2006, 40-41).

Osório (2002) expõe que na Clínica da Atividade a atividade de trabalho é dirigida e situada, sempre singular, sendo a recriação de situações que a pré-figuram. Essas situações, que pré-figuram a ação, fazem parte de uma memória, que se apresenta de duas formas: a primeira é a memória objetiva e impessoal, que se refere aos antecedentes sociais que fornecem modelos de agir, vestir e desenvolver a atividade, essa memória é que forma o gênero profissional.

A segunda forma de memória é a “subjetiva e pessoal que designa os ‘invariantes’ operatórios e relacionais que organizam ou pré-organizam a ação”. (CLOT & SOUBIRAN, apud OSÓRIO, p. 14). Tanto os conhecimentos teórico-técnicos quanto os gestos possíveis estão contidos nessa memória, que formam um conjunto “pronto para o uso”. Mas essa prefiguração pessoal, instrumento para a ação é a personalização do cruzamento dos diferentes grupos de inserção a que cada trabalhador pertence, que fazem um determinado uso da língua e do gesto, como individuação e estilização de técnicas corporais em circulação num ofício. Para Clot apud Osório (2002) é essa memória pessoal que faz do trabalhador um sujeito e não apenas um ator social.

Portanto, trabalhar é sempre de alguma maneira buscar reconceber a tarefa, estilizá-la a fim de torná-la instrumento de sua própria atividade que é compartilhada com os outros, trabalhar é se esforçar para comandar a tarefa como um órgão vivo de sua individualidade. (CLOT & LITIM, apud OSÓRIO, 2002).

2.2.2 Função psicológica do trabalho

Ao explicar acerca da cultura do novo capitalismo, Sennet (2006) destaca que transformações no mundo capitalista têm engendrado novas formas de relações no trabalho, que passam a ser marcadas pela competição, diminuição da confiança e da lealdade entre trabalhadores. Esse fato repercute, segundo o autor, no esvaziamento do trabalho enquanto local privilegiado para construção de narrativas de vidas. Essa avaliação coaduna com a perspectiva sociológica que compreende essas transformações na atualidade como uma tendência a individualização do trabalho, cujo interesse “capital” seria a desarticulação do coletivo e um maior domínio sobre o trabalhador.

Clot (2006b) assevera que não partilha dessa compreensão, pois o real do trabalho tem imposto aos trabalhadores a necessidade de se agregarem em torno de um coletivo de trabalho cada vez mais coeso. Assim, “para fazerem face ao real os trabalhadores têm que fazê-lo juntos”. Clot (2001a) analisa que o real em situação de trabalho, repleto de armadilhas, tem sido cada vez menos objeto de preocupação da gestão. Logo, o alcance dos êxitos decorre da eficácia, demonstrada por aqueles que trabalham “se virando”.

A prescrição da subjetividade, sinônimo de engajamento de si e de disponibilidade para a empresa ou para o serviço, se faz mais frequentemente hoje, abandonando as preocupações pungentes da organização da atividade aos assalariados da “linha de ponta” diretamente envolvidos com um real do qual eles não podem se subtrair. Segundo o autor, trabalhar é ter que enfrentar uma condição - assumir responsabilidade sem ter responsabilidade na definição do trabalho, amplamente submetido a objetivos fictícios.

A constatação dessa condição contraditória – assumir responsabilidade sem ter responsabilidade - permitirá avançar na aproximação da atividade de trabalho ACS, pois segundo, Clot (2001a) essa dinâmica é particularmente verdadeira em áreas de serviço (atendimento ao público) incluindo o setor de saúde.

Segundo autor não é o trabalho que caminha para uma individualização, mas é a organização que possui uma gestão individualizante, ambígua, pois a iniciativa e a criatividade são ao mesmo tempo convocadas e repudiadas.

Nesse sentido, ocorre uma amputação daquilo que o trabalhador mobiliza na consecução de sua atividade, toda uma série de pensamentos, deliberações, julgamentos, arbitragens e criações são abandonadas. A missão da Clínica da Atividade é, nesse sentido, reencontrar o coletivo demandado pelo real, é desenvolver a interpretação dos trabalhadores sobre o real, redescobrir ou de reencontrar o recurso interno do meio profissional. CLOT (2006b).

A atividade de trabalho tem uma função psicológica esvaziada na medida em que o ofício se perde, se confunde com a simples execução de procedimentos, não importando se são úteis ou não. Conclui-se dessa exposição que a função psicológica do trabalho está relacionada a possibilidade de o coletivo profissional elaborar os objetivos e os recursos para a ação, os gestos e ferramentas necessárias para o cumprimento do trabalho. A atividade de trabalho torna-se, então, um recurso para o desenvolvimento do trabalhador.

O capítulo a seguir será dedicado ao esclarecimento da metodologia que norteou o planejamento e a execução da pesquisa de campo desenvolvida. Serão apresentadas as etapas da pesquisa e os instrumentos utilizados no processo de coleta de dados.

3. MÉTODO PARA O DESENVOLVIMENTO

Nesse capítulo será apresentado o corpo metodológico que permitiu tornar práticas as questões formuladas na exposição teórica anterior, questões estas que, mediante utilização do método, puderam ser analisadas e contrastadas a partir dos dados provenientes da realidade na qual está inserido o ACS.

O curso do capítulo possibilitará clarificar o desenho dessa pesquisa, ou seja, o contexto de investigação, os procedimentos e etapas da pesquisa, os instrumentos para coleta de dados, assim como as técnicas para análise das informações obtidas em campo.

A abordagem adotada nessa pesquisa é qualitativa e participativa, pois visa investigar mais intensamente a percepção dos trabalhadores. A opção foi feita em função da necessidade de se construir e reconstruir os conteúdos cognitivos, propiciar a reorganização do trabalho e a formação de novos modos de fazer, reconhecendo os conflitos característicos relacionados à atividade de trabalho dos agentes comunitários de saúde que atua no PFS.

Vale ressaltar que essa pesquisa não tem a interesse de alcançar uma objetividade que possibilite a apreensão da realidade em si, ordenada, e que pode ser conhecida e medida pela identificação da relação de causa e efeito que a regulam. A realidade dessa pesquisa é complexa e inacabada, está em constante processo de transformação, impossibilitando uma última palavra, uma conclusão.

Nesse sentido, a generalização, no sentido de reprodução desses resultados em outros contextos, não é um fim. O objetivo principal é aproximação dessa realidade analisada a fim de contribuir com estudos posteriores, na vertente da reflexão e da construção de novas perspectivas de conhecimento e problematização.

3.1. Área de Estudo

Este estudo foi realizado no município de Juiz de Fora, localizado na região da Zona da Mata Mineira, sudeste do Estado de Minas Gerais, a população total estimada do município é de: 513.619 (PMJF, 2007).

O município de Juiz de Fora é considerado pólo regional no campo da saúde e está habilitado para Gestão Plena do Sistema. O PSF foi introduzido no município no ano de 1995, primeiramente, em áreas da cidade escolhidas pelo critério de miserabilidade, mapeadas pelo Mapa da Fome do IPEA, que indicava a existência de 17.000 famílias abaixo da linha de indigência em Juiz de Fora. (SALDANHA, 2003)

Dados do Sistema de Informações da Atenção Básica mostram que em 17 anos de atuação do programa de Saúde da Família no município o índice de cobertura da população passou de 60.950 habitantes (14,17%) em 1995 para 273.003 habitantes (53,53%) em março de 2008. (Brasil, 2008).

Estão registrados no SIAB, em março de 2008, setenta e nove equipes de PSF (79), que atuam nas áreas urbanas e rurais do município. Fazem parte dessas equipes de saúde da família um total de quatrocentos e setenta e oito (478) ACS, que respondem pela cobertura de 275.298 habitantes - 53,98% da população.

O campo dessa pesquisa corresponde, especificadamente, a atividade de trabalho do ACS vinculado ao PSF do Bairro Bandeirantes. Esse bairro está localizado na região leste pertencente a Região Sanitária 5 do município. A população do bairro está estimada em 11.073 habitantes.

O perfil sócio-econômico da população é de classe média baixa. O bairro possui uma boa infra-estrutura composta por comércio, empresas de pequeno e médio porte, escolas, igrejas, creche. Além disso, estão presentes no bairro movimentos pastorais, sociedade pró-melhoramentos e um conselho local de saúde.

A UBS do bairro Bandeirantes foi inaugurada 17/06/2000 dentro dos padrões estabelecidos para funcionamento do Programa de Saúde da Família. Desde sua inauguração até a atualidade, o PSF/bandeirantes conta com três equipes, compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

3.1.1. Os Sujeitos da Pesquisa

A entrada dos agentes comunitários de saúde no PSF/Bandeirantes ocorreu através de uma seleção realizada em janeiro de 2000, cujos principais critérios para aprovação eram: residir no bairro a pelo menos 3 anos, ter boa relação na comunidade e possuir primeiro grau completo.

Trezentos ACS foram aprovados e contratados nessa triagem, esses profissionais foram distribuídos em PSF recém inaugurados, sendo que dezenove foram incorporadas ao PSF/Bandeirantes, esse número foi estabelecido devido a necessidade suprir as três equipes que iriam atuar naquele território.

A primeira ação desenvolvida no programa de saúde da família que contou com a participação dos ACS foi a territorialização do bairro, essa ação tinha o propósito de definir a área de abrangência do programa. Nesse processo ficou definido também que a UBS/Bandeirantes deveria prestar atendimento também às áreas de influência, que

compreendem: Bom Clima, Quintas Avenida, Rua Paracatu. O passo seguinte foi a realização do cadastramento de todos os usuários pertencentes ao território.

A partir dessas ações ficou estabelecido que o território deveria ser dividido em três áreas, sendo que para cada área haveria uma equipe do PSF responsável. Assim, o território do PSF/Bandeirantes passou a ser composto pelas seguintes áreas: Área 50 PSF Bandeirantes, Área 51 PSF Tapera, Área 52 PSF Serra Pelada. (ver anexo).

No início do funcionamento da UBS o atendimento era feito de segunda-feira à sexta-feira, das 7:00 às 11:00 e 13:00 às 17:00. A partir de junho de 2005, foi implantado o horário de 18:00 às 22:00. Porém, o agente comunitário de saúde continua a exercer suas ações de 7:00 às 17:00.

No ano de 2006 os agentes comunitários de saúde do município passaram a receber o adicional de insalubridade em grau médio, ou seja, correspondente a 20% do salário-mínimo vigente. Juiz de Fora foi a primeira cidade a conceder esse benefício no país. Vale destacar também que os vínculos empregatícios dos ACS no município se enquadram no regime celetista, pela Associação Municipal de Apoio Comunitário (AMAC).

3.2. Pressupostos Metodológicos

È importante destacar, primeiramente, que a perspectiva para aproximação e análise do objeto é dialética. Nessa perspectiva ACS é concebido como um sujeito social concreto, a aproximação de sua atividade dar-se-á a partir de um enfoque histórico, no qual o real se apresenta de forma dinâmica, provisória e em transformação.

De acordo com Demo apud Minayo (1996) a metodologia sustentada numa visão dialética é a mais fecunda para analisar os fenômenos históricos, pois a contradição predomina sobre o consenso, a mudança, a transição, o vir-a-ser prepondera sobre a estabilidade. Logo, a partir dessa perspectiva é possível aproximar-se das tensões dialéticas presentes nas ações, dos sentidos das ações e das transformações de sentido.

Isto posto, é correto conceber que a lógica dialética é a mais profícua em pesquisas no campo da saúde uma vez que, de acordo com Minayo (1996), a realidade desse campo apela de forma tão existencial e imediata que somente o método dialético consegue apreender.

Assim, tendo em vista a questão geradora do estudo: **“como se configura o real da atividade de trabalho do agente comunitário de saúde”?** Optou-se nessa pesquisa pela abordagem qualitativa. Tal método foi escolhido por possibilitar a

investigação do fenômeno em seu contexto natural, sem a manipulação de variáveis ou tratamento experimental, considerando as interações e influência dos mesmos entre si.

A principal característica da abordagem qualitativa se refere à tradição “compreensiva” ou interpretativa; ou seja, as pesquisas que se embasam neste método partem do pressuposto de que as pessoas agem em função de suas crenças, percepções, sentimentos e valores, e que seu comportamento tem um sentido próprio, um significado que não se pode conhecer de modo imediato, precisando ser desvelado. (ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZNAJDER, 2000).

Para Minayo (1996) toda investigação social deveria contemplar um aspecto básico de seu objeto: o aspecto qualitativo, que caminha para o universo repleto de significações, motivações, aspirações, atitudes, crenças e valores, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. “Isso implica considerar o sujeito de estudo: gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social”. (MINAYO, 1996, p. 22)

3.3. Etapas do Trabalho em Campo

A primeira aproximação com o campo aconteceu no dia 9 de julho de 2007, nessa ocasião foi agendada uma reunião com a enfermeira-chefe responsável pela UBS para o dia seguinte. O propósito dessa reunião foi o de apresentar a pesquisa, seus objetivos e, ademais, dar curso ao processo de autorização já iniciado.

Nessa reunião ficou acertado o primeiro encontro com os agentes comunitários de saúde. Esse encontro também foi dedicado ao esclarecimento dos propósitos da pesquisa e das dúvidas que os profissionais tiveram acerca do papel de cada um na pesquisa, do tempo, das implicações da pesquisa em seus trabalhos e das possibilidades de retorno dos conhecimentos produzidos.

Foi possível observar nesse primeiro contato a expressão, por parte dos ACS, de sentimentos antagônicos: uma satisfação em ter sua atividade de trabalho focalizado como alvo central na lógica do PFS, em concomitância com uma preocupação em terem seu desempenho avaliado. Outro aspecto relevante foi o fato de apresentarem demandas que deveriam ser trabalhadas.

Os primeiros contatos foram marcados, então, por um movimento de aproximação de ambas as partes, nesse processo foi possível apreender um pouco mais sobre os sujeitos da pesquisas, suas histórias pessoais e de trabalho, as relações que os trabalhadores estabeleciam com sua atividade de trabalho e com os demais profissionais.

Essa forma de entrar e sentir a realidade permitiu também introduzir os sujeitos no processo de co-análise de suas atividades. Esses primeiros contatos serviram também para transformar os trabalhadores em observadores de sua própria atividade.

A observação e a aproximação da realidade de trabalho é uma ação prévia e constituinte da primeira etapa da metodologia em Clínica da Atividade que é a constituição dos grupos de análise. A segunda fase desse método é a realização da autoconfrontação simples e cruzada, a última etapa desse método corresponde à restituição do processo ao coletivo profissional.

A primeira etapa tem por fim instrumentalizar a apreciação do pesquisador em relação à realidade de trabalho. Nesse processo de conhecimento foi possível constatar, na maioria dos ACS, a aceitação quase natural da falta de condições materiais para o trabalho, como ausência de equipamento de proteção, como filtro solar, sapatos, a dificuldades no trato com o usuário e com os outros membros da equipe. Contudo, as queixas eram expressas em termos de melhoria das condições salariais.

Como bem aponta Fernandez & Clot (2007) o objetivo principal da metodologia em Clínica da Atividade é ajudar o desenvolvimento da experiência profissional do coletivo de trabalho, logo, interessa à Clínica da Atividade não somente conhecer e descrever o funcionamento do trabalho, mas, também transformá-lo. Segundo os autores para entender uma situação é preciso previamente transformá-la, sempre que a intenção for ampliar o poder de ação dos coletivos.

Nesse sentido, foi iniciado um processo denominado por Oddone (1986) como “sociabilização do conhecimento”. Essa ação teve por fim disparar a reflexão dos trabalhadores acerca de sua atividade, e das implicações desta na saúde e no desenvolvimento dos sujeitos.

Neves et al (2006) destacam que esse dispositivo de confrontação e cooperação entre saberes é denominado *Comunidade Ampliada de Pesquisa* (CAP). A opção por esse nome decorre dos princípios da própria ação, cujo propósito central é desenvolver a capacidade de compreender-transformar as relações entre o trabalho e a saúde/doença no serviço, baseado no diálogo-confrontação entre o conhecimento científico e a experiência dos/das trabalhadores/as acerca das questões em foco.

A fim de corroborar com a construção desse espaço de encontro entre o saber do trabalhador e do pesquisador Schwartz (2000b) propôs o *Dispositivo Dinâmico de Três Pólos*. Neste dispositivo de três pólos proposto por Schwartz, o primeiro pólo diz respeito aos materiais teórico-conceituais gerados por diversas disciplinas e campos de conhecimento a respeito do trabalho. O segundo pólo diz respeito aos conhecimentos e

valores gerados pela experiência dos trabalhadores em sua atividade. Assim, os protagonistas da atividade em foco *trazem a cena* os atores e materiais do primeiro pólo (materiais teóricos-conceituais) para auxiliá-los no compreender transformar suas situações de trabalho e trazem posteriormente estes mesmos atores e materiais, colocando-os em confronto com seus saberes e experiência.

Schwartz (2000) ressalta a necessidade de um trabalho conjunto entre protagonistas da atividade em foco e pesquisadores profissionais, assinalando as dificuldades encontradas nesta construção – muitas delas relacionadas à dificuldade de traduzir a experiência da prática em palavras. O terceiro pólo do dispositivo é, então, pensado como condição de possibilidade e fecundidade do encontro entre os saberes. Este é o pólo das exigências éticas e epistemológicas, que se baseia na idéia de que “vemos o outro como alguém com quem vamos aprender coisas sobre o que ele faz, como alguém de quem não pressupomos saber o que ele faz e porque faz, quais são seus valores e como eles têm sido apresentados.

Assim, o terceiro pólo “impõe, de uma parte certa humildade dos pesquisadores para retornar à atividade e, de outra parte, uma aceitação da disciplina do conceito e de sua aprendizagem pelos protagonistas das atividades”. Enfim, entre os três pólos deve-se considerar que há uma relação dialética não hierarquizada.

Nessa perspectiva de humildade foram realizadas várias aproximações da atividade do ACS que se estendeu à comunidade em que o ACS atua.. Foram realizadas várias visitas nas quais possível acompanhar e apreender um pouco da realidade que perpassa o dia-dia desse profissional. O objetivo nessa fase

não é chegar a conclusões definitivas, mas manter aberta a discussão entre os trabalhadores de forma que eles não considerem que tenham esgotado todas as possibilidades de questionar a atividade [...]. O objetivo nessa etapa é subverter o dispositivo de observação de forma tal que os trabalhadores sejam os observadores de sua atividade e não os observados. (FERNANDEZ; CLOT, 2007, P. 16).

O desfecho dessa etapa, que durou cerca de três meses, foi estabelecido a partir do interesse mostrado pelo coletivo em iniciar o registro e análise de suas ações.

Antes de ir a campo fazer a filmagem foi necessário definir o grupo de análise. O principal critério para essa seleção é de que os sujeitos da pesquisa deveriam ser voluntários, alguns não quiseram participar devido a insegurança de serem filmados. De um grupo de dezoito agentes comunitários, seis aceitaram participar da continuidade da pesquisa, esse número é defendido como limite máximo em clínica da atividade.

Após o estabelecimento do grupo de análise, foi iniciada a definição das tomadas que deveriam ser filmadas e posteriormente analisadas. As tomadas que mais representavam o trabalho segundo os agentes eram:

- Visita domiciliar para controle dos cinco programas
- Organização e atualização de cadastro e prontuário
- Acolhimento dos usuários no posto
- Definição da agenda junto à médica e enfermeira

Clot (2006) destaca que a decisão de escolher as situações que irão constituir objeto de análise já em si um primeiro trabalho com o coletivo de profissionais representativo da situação.

A etapa de registro em vídeo durou cerca de três meses, durante todo o período foi dada uma atenção especial ao processo de filmagem, aspectos como plano, som, iluminação e, principalmente, posicionamento do pesquisador foram organizados de maneira a captar a atividade de trabalho em seu contexto mais amplo e com baixo nível de interferência na realidade pesquisada.

A filmagem mostra apenas a parte “emersa”, visível da atividade, ou seja, uma dentre as várias dimensões da atividade. É preciso aceder à análise dos sentidos, das representações mentais da atividade, das estratégias postas em prática, é preciso aceder aos trabalhadores, que nos explicitam os motivos e as opções que os guiam.

Segundo Clot (2007) o real da atividade não pode ser acessado diretamente, não pode ser tocado. Então, para estudar o trabalho sob o ponto de vista da atividade é necessário utilizar uma estratégia metodológica indireta, conhecida na Clínica da Atividade como autoconfrontação simples e cruzada. Nessa estratégia a verbalização indireta do trabalhador sobre a sua atividade pode ser ter vários destinatários como para o próprio sujeito, para o companheiro ou para o pesquisador o constituindo um caminho alternativo ao real da atividade.

Esses mecanismos de produção da atividade não são diretamente observáveis. Só temos acesso a nós instaurando um inventário das marcas que deixam nos sujeito e em seu meio técnico e social quando ele faz deles “seu meio para si”. Ao considerar essas marcas uma porta de acesso aos conflitos da atividade, servimo-nos dessas retóricas da ação que são as catacreses instrumentais ou as criações de linguagem que fixam no interior dos sujeitos a atividades destes. A linguagem e a ferramenta conservam a marca das ações sobre o mundo e as marcas dos intercâmbios entre os homens. (CLOT, 2006, p.132)

Nesse sentido, após a consecução das filmagens, os trabalhadores foram convidados a participar da entrevista de auto-confrontação simples e cruzada, que correspondem à segunda etapa do método em Clínica da Atividade.

O espaço da UBS não pôde ser utilizado nessa etapa por não oferecer privacidade, uma vez que a qualquer momento um técnico ou usuário poderia entrar na sala dos ACS. Um dos agentes conseguiu junto à secretária da igreja local um espaço no qual os agentes teriam todas as condições para responder a entrevista e está poderia ser filmada com a qualidade de som e luz necessária.

Clot (2006) aponta a influência do pensamento de Vygotsky na conformação da entrevista de auto-confrontação, o pensamento se desenvolve na confrontação, a controvérsia é fonte de pensamento. Segundo o psicólogo russo o pensamento nasce duas vezes: a primeira quando se discute coletivamente e renasce na atividade individual.

A entrevista de auto-confrontação provoca o sujeito a pensar sobre sua atividade, e resignificá-la. “A descoberta prática é de que o diálogo profissional é uma fonte do pensamento individual, assim, o coletivo é uma fonte do pensamento individual. Coletivo entendido como confrontação e intercâmbio”. (CLOT, 2006, p.106)

A autoconfrontação está presente no dia-a-dia os trabalhadores, no momento em que discutem acerca de aspecto relacionados à realidade de trabalho, sobre as dificuldades em enfrentar e atender as demandas advindas da realidade. Segundo o autor, esse método visa fazer desenvolver reflexão e a interpretação não do pesquisador, mas dos trabalhadores envolvidos em situação de trabalho. Os trabalhadores saem da posição de objeto de observação para sujeito que observam e interpretam.

Antes de iniciar a entrevista da auto-confrontação simples e cruzada foi dado o seguinte aviso aos sujeitos da pesquisa: sempre que perceber nas imagens algo estranho ou surpreendente, você deve pedir que pare a projeção, você deve comentar aquilo que lhe surpreende. Esses comentários foram expressos na prática, tanto pela provocação do pesquisador quanto por iniciativa do entrevistado.

Na autoconfrontação simples o ACS era entrevistado sem a presença de seu companheiro, sua atividade de trabalho filmada era apresentada e debatida. Já na autoconfrontação cruzada foram reunidos dois trabalhadores, cada trabalhador assistia a filmagem da atividade de trabalho do companheiro e ambos comentavam a especificidade daquilo que percebiam entre uma e outra atividade.

Na auto-confrontação simples e cruzada a entrevista junto aos trabalhadores também foram gravadas e vídeo e posteriormente foram transcritas. O propósito

principal na entrevistas de autoconfrontação cruzada e salientar as contradições entre as posições dos trabalhadores e manter aberta o debate entre ambos.

O filme obtido durante a consecução das entrevistas foi utilizado na última etapa da pesquisa que corresponde a extensão do trabalho de análise ao coletivo profissional. Nessa etapa foi organizada uma reunião com os seis sujeitos participantes da pesquisa, estes profissionais assistiram a gravação das seqüências mais significativas das controvérsias surgidas durante as entrevistas de autoconfrontação simples e cruzada.

Clot (2006) aponta que o objetivo nesta fase é fazer com que os desacordos surgidos na fase anterior adquiram novas significações. O esforço durante a essa etapa é para manter vivas as discussões acerca do trabalho como meio de viver o gênero profissional.

Nesse sentido, a terceira e última etapa permitiu perceber que a construção do gênero está em pleno vigor na medida em que o debate foi extremamente vigoroso, porém, como deveria ser, poucas foram as conclusões que desfrutaram de unanimidade. O gênero do ACS está dando os primeiros passos, esse debate será iniciado no próximo capítulo que trata justamente da análise dos dados obtidos durante esse trabalho de campo.

As análises das verbalizações apresentadas pelos sujeitos acerca de suas atividade de trabalho serão alicerçadas na concepção dialógica de linguagem proposta por Bakhtin. A linguagem nessa concepção é uma atividade em que os sujeitos realizam trocas verbais em que o si mesmo e os outros tecem sentidos para se comunicarem e para se construírem. Participando das trocas verbais o sujeito se estrutura, quando ditos e escritos, recebidos e dados, configuram seu mundo interior de representações dialógicas.

Nessa concepção o enunciado passa a ter a primazia de ser o objeto de estudo, pois ele materializa as relações entre o sujeito, língua e sociedade. A existência do enunciado é sempre parte de uma interação verbal, o que torna adequado compreendê-lo em sua natureza dialógica.

Clot (2006) destaca o caráter dialógico do enunciado ao falar que o sujeito em situação de autoconfrontação busca no pesquisador e no par companheiro de trabalho, uma maneira de agir sobre eles. Ele não o procura em si mesmo, mas nos outros. Ele vivencia, decifra e desenvolve suas emoções por meio das emoções dos outros.

Segundo o autor, a atividade de comentário ou de verbalização dos dados registrados, varia conforme se dirige ao par ou ao pesquisador, da acesso diferente ao real da atividade do sujeito. Ela é em cada caso re-direcionada a um dado destinatário,

pois a palavra do sujeito não se volta somente ao objeto - vídeo de sua atividade – mas também para a atividade daquela que a registra. A autoconfrontação também tem o caráter de uma atividade dirigida. A verbalização em análise do trabalho é um instrumento de ação interpsicológico e social. (CLOT, 2006, p. 135)

Portanto, a verbalização só se torna fonte de compreensão da atividade se é tomada movimento e em direção, se estiver ligada a história dos sujeitos em desenvolvimento e construção.

3.3.1 Síntese das etapas do método em Clínica da Atividade

- Constituição do grupo de análise
- Observações das situações de trabalho dos meios profissionais
- Escolha dos pares ou grupo para participarem do trabalho de co-análise
- Determinação das seqüências de atividades a serem filmadas
Autoconfrontação simples - trabalhador/ pesquisador/imagens
- Registro em vídeo das seqüências de atividades dos que fazem parte do grupo de análise
- Comentários do trabalhador confrontado às imagens de sua própria atividade
Autoconfrontação cruzada - dois trabalhadores/ pesquisador/ imagens
- Apresentação a cada um dos atores sociais das seqüências selecionadas de trabalho que sejam o mais semelhante possível.
- Comentários de cada um dos atores sociais sobre a atividade filmada do colega
Extensão do trabalho de análise ao coletivo profissional
- Apresentação da montagem dos filmes ao coletivo de trabalho
- Comentários do coletivo sobre as etapas anteriores

3.4. Aspectos Éticos da Pesquisa

Este estudo contou com a participação de seres humanos que contribuíram com a pesquisa através da concessão de depoimentos sobre o assunto-tema desse projeto e com a participação em filmagens para a aplicação do método da Clínica da Atividade. Para tanto, este trabalho seguiu as recomendações da Resolução n°196/96 e dos documentos endossados em seu preâmbulo referente às diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo CEP / ENSP (Parecer 90/2007).

Deste modo, todos os procedimentos de pesquisa que envolviam a participação de seres humanos somente foram executados mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Os sujeitos foram plenamente esclarecidos quanto à liberdade em aceitarem ou não participar da pesquisa. Estando, assim, também resguardadas a voluntariedade e a plena capacidade dos indivíduos em participarem da pesquisa. Ademais, toda a abordagem junto aos sujeitos foi realizada mediante utilização de uma linguagem compreensível, abolindo qualquer forma de pressão que viesse influenciar a autodeterminação dos participantes.

Foram assegurados aos sujeitos da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa. Assim, como o controle dos riscos à saúde física, psicológica e social.

Por último, cabe lembrar que a pesquisa proposta foi executada tendo como parâmetro a ética da ciência, que determina como valor primordial o sigilo completo de informações.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse capítulo serão apresentadas as análises qualitativas das informações obtidas durante o processo de investigação em campo. O objetivo desta seção é o depurar sentidos e, assim, desenvolver aportes capazes de subsidiar a aproximação e a compreensão do ao real da atividade dos agentes comunitários de saúde.

As análises das interações verbais apresentadas no curso desse capítulo derivam das discussões e reflexões entre sujeitos, imbuídos na tarefa de produção de significados sobre a atividade profissional a qual se dedicam. Nesse sentido, o propósito desse capítulo é o de ultrapassar a análise do que deve ser feito ou do que é efetivamente feito pelo ACS, para ir ao encontro das vivências internas desses profissionais no trânsito entre esses dois pólos.

A perspectiva epistemológica adotada nessas análises é a de uma “comunidade dialógica de pesquisa”, composta por sujeitos dialógicos – sujeitos da pesquisa e o próprio pesquisador – que expressam, durante as interações verbais, enunciados com múltiplos objetos e destinatários, que materializam as relações entre os sujeitos, língua e sociedade. (FRANÇA, 2004)

O tratamento do material colhido durante o trabalho de campo foi realizado de acordo com os pressupostos metodológicos da Clínica da Atividade, nesse sentido foram tomados alguns cuidados como: o registro em um caderno próprio dos fatos relevantes no momento de sua ocorrência, a fim de não perder qualquer elemento relevante à compreensão do significado dos fatos.

Ademais, procurou seguir uma estruturação coerente tendo em vista o tema e os objetivos proposto no início deste trabalho. Todas as informações referentes aos focos e conceitos foram consideradas, ou seja, a transcrição não se restringiu apenas as falas expressas pelos sujeitos da pesquisa, mas, também, ao contexto no qual essa foi expressa, a entonação presente nas mesmas, a direção e o alvo, o comportamento relacionado à fala, o silêncio também constituiu elemento de transcrição.

Na confrontação com o material transcrito e, tendo como pressuposto os marcos teóricos estabelecidos no capítulo 3, ficou definido que esse capítulo seria estratificado em três pilares centrais, cuja finalidade é possibilitar uma prudente aproximação em relação ao real da atividade do ACS. Essa estratificação atende a uma demanda didática, expositiva, pois em situações reais de trabalho esses elementos encontram-se fundidos.

O primeiro pilar trata, justamente, de apresentar as interações verbais, que no seio do confronto e encontros, produziram aportes para uma aproximação do real da

atividade a partir da análise das várias intenções que pré-ocupam o exercício da profissão de ACS. A definição desse primeiro eixo é coerente à perspectiva da Clínica da Atividade que considera que “a atividade do sujeito não se volta unicamente para o objeto da tarefa, [...]. É o trabalho assumido pelo sujeito no âmbito do trabalho dos outros”. (CLOT, 2006, p. 65).

O segundo eixo de discussão tem por fim analisar os instrumentos psicológicos desenvolvidos pelos ACS no confronto com as demandas da realidade. Nesse sentido, apresentação dos enunciados emergidos na rede dialógica constituída, tem por fim esclarecer quais os caminhos e recursos foram engendrados pelo sujeito em sua atividade a fim desenvolver seu trabalho e sua profissão e, conseqüentemente, a si mesmo.

Por último, será analisado a conformação do gênero profissional dos agentes comunitários, suas possibilidades utilização, desenvolvimento e atualização pelo coletivo. Assim, como verificar o estilo da atividade dos atores objeto dessa investigação.

4.1 Perfil dos Sujeitos da Pesquisa

Antes de iniciar a reflexão acerca dos elementos emergidos durante todo o processo de co-análise do trabalho, é importante apresentar alguns dados com relação ao perfil dos sujeitos que participaram da pesquisa em todas as etapas, como, idade, sexo, escolaridade, tempo moradia no território e de serviço no cargo de agente comunitário de saúde.

A média de idade encontrada entre os seis sujeitos participantes da pesquisa foi de 37 anos. É importante destacar que todas as agentes comunitárias são do sexo feminino. Contudo, na unidade básica de saúde onde o estudo foi desenvolvido existem dois ACS do sexo masculino.

Já em relação ao nível de escolaridade, os sujeitos apresentaram em média 11 anos e meio de estudo, todos os sujeitos da pesquisa possuem ensino médio, sendo que um dos agentes possui curso técnico na área da saúde. Uma agente comunitária participante da pesquisa está freqüentando o curso superior de pedagogia, outra, que pertence ao conjunto das agentes da UBS, mas que não participou do estudo, está freqüentando o curso superior de serviço social.

Na atualidade é pré-requisito, expresso na Lei 11.350, que o candidato ao cargo de agente comunitário de saúde tenha concluído o segundo grau. No entanto, no Programa de Saúde da Família focalizado existem profissionais que estavam, no

período da pesquisa, cursando o segundo grau, isso decorre do fato de esses profissionais terem entrado para o serviço antes da promulgação da referida lei.

Todos os sujeitos da pesquisa residem no território onde trabalham a mais de 15 anos. A média do tempo de serviço dos sujeitos participantes da pesquisa no cargo de agente comunitário de saúde é em torno de 6 anos. Cinco profissionais que participaram da pesquisa estão no serviço desde sua inauguração no ano de 2000. Apenas uma das agentes entrou no serviço após o primeiro ano de funcionamento. No entanto, essa não é uma realidade generalizável ao conjunto dos ACS, pois existem profissionais que atuam na UBS a menos de dois anos.

4.2. O Saber-fazer e a Inserção do ACS no Serviço

O tempo de inserção e contato com a realidade social e organizacional permitiu ao agente comunitário de saúde sedimentar um saber acerca da cultura, dos valores e da realidade social da comunidade; como também de seu objeto do trabalho, da organização e da realidade sanitária do seu território. Esse saber histórico é considerado tanto pela gestão quanto pelo próprio agente um elemento diferenciador de sua profissão, pois instrumentaliza o ACS na realização de trabalho de maneira mais eficiente, face às necessidades de saúde da população por ele assistida.

Cabe nesse momento abrir um parêntese para evocar alguns enunciados que denotam a importância desse saber-fazer, dessa competência tecida no confronto, no contexto de trabalho desses profissionais e os impasses advindos da incipiência desse saber histórico nos outros profissionais que compõem a equipe de saúde da família.

M. Quando eu mudo de assunto assim, igual quando eu sai ali, na verdade eu queria arrancar da paciente alguma coisa. Eu não consegui arrancar nada ali. E agora a situação ta grave, se sabe né? Ta com braço imobilizado o pessoal da fisioterapia chegou com a suspeita, tipo com a denúncia que ela tinha sido agredida, a família informa que o ortopedista falou que ela não deve fazer fisioterapia porque ela ta com artrose generalizada. Pedindo para ir lá sondar, quando eu cheguei lá a situação era completamente diferente, eu vi todos os exames que foram feitos, e não teve nada de agressão física, olha que situação que eles colocam o agente comunitário de saúde.

C. Essa é a vantagem de você ter um trabalho como o de saúde da família. Você quando alguma coisa acontece, você tem como embasamento tudo aquilo que aconteceu antes, se aquilo tem fundamento ou não, você sabe se aquilo poderia realmente acontecer ou não, se tem uma referência muito maior que uma pessoa, enfim, não conhecem a família, não sabe o que acontece lá. M. ta lá a sete anos, ela sabe muito bem o que acontece o que não acontece, sabe como estão as coisas, como é que funciona as coisas. Se sabe muito bem quando fulano fala que ta morando em tal lugar, se fala assim: perai fulano não morava lá antes, morava lá, com quem , o que, de

quem, ta fazendo o que lá, enfim. Se tem até como buscar outras informações. Ser ACS você tem uma facilidade de saber de coisas que outros profissionais não saberiam.

M. Isso estressa a gente ne!

C. E você fica chateado quando alguém fala uma coisa que não tem fundamento.

M. Principalmente, assim vindo de outras pessoas que tão inseridas no PSF, mas que não fazem questão de ta lá dentro.

Ao realizar esse enunciado na situação de pesquisa, a agente comunitária encontra um lugar para falar ao outro sobre seu trabalho. Ela indica como as atividades que ela exerce, no contexto em que as exerce, são afetadas pela atividade dos outros profissionais: “*olha que situação que eles colocam o agente comunitário de saúde*”, afetando não só a sua atividade, mas a de todos agentes comunitários de saúde.

Nesses enunciados as agentes de saúde ressaltam a especificidade de seu saber, que se constituiu, principalmente, pela experiência de convívio junto à comunidade, o que a difere dos outros profissionais de saúde que compõem o PSF. Schwartz (1998) fala de uma competência industriosa que é uma combinatória problemática de ingredientes heterogêneos, que em qualquer campo é uma modalidade eficiente de negociações complexas que envolvem debates.

Na situação trazida pelo enunciado, é possível perceber que para o técnico que pediu que o agente fosse verificar a situação de agressão, o ingrediente do domínio dos conceitos prevalece na constituição de sua competência industriosa, já para o agente comunitário de saúde a competência industrioso está muito mais relacionada a dimensão "experimental" pois a norma: comunicar ao serviço situações de família submetidas a violência, constitui um protocolo, que na situação enunciada foi, como expressa Schwartz “infiltrada pelo histórico”.

Segundo o autor, isso requer uma forma de competência ajustada ao tratamento dessa infiltração, tratamento por definição jamais padronizado e que, por isso mesmo, reforça a contingência da situação. Ser competente, num sentido muito diferente do primeiro ingrediente, equivale a ter-se "imbuído", num grau mais ou menos forte, dessa historicidade que a dimensão conceitual.

M. a gente tem um contato maior, as vezes a pessoa ta triste cabisbaixo, a pessoa fala: fulano ta assim ta assado, mas você que tem o contato já sabe o que ta acontecendo.

A competência do histórico tem a ver com a capacidade de tomar decisões, para arbitrar, levando essas "conjunturas" em conta. A competência do histórico é composta

por pontos de referência, conhecimentos mais ou menos intuitivos da vizinhança industriosa, antecipações do comportamento e das arbitragens dos próximos. Essa competência só se forma através da própria operatividade. Não há nenhuma formação clássica que consegue, do dia para a noite, preparar para isso.

Os cuidados médicos ilustram de modo bastante paradigmático esse ingrediente da competência, na medida em que a equipe de profissionais de saúde deve ao mesmo tempo dominar a nosologia, a técnica e as terapêuticas - e isso nos remete ao ingrediente 1 - conceitos - bem como ficar frente a frente com doentes singulares cujos aspectos clínicos e cujas capacidades em suportar o tratamento, o ambiente social, humano - condição de prosseguimento mais ou menos feliz do tratamento - deverão ser apreciadas em virtude de uma experiência diversamente individual, diversamente coletivizada. Em uma tal equipe, as auxiliares de enfermagem podem dar mostra de competências maiores do ponto de vista do ingrediente 2 - competência histórica - em virtude das limitações de sua formação médica. As enfermeiras, por sua vez, estão tipicamente no ponto de articulação nesse vaivém entre saber médico e relação individualizada com o paciente: para elas, este é ao mesmo tempo um tipo nosológico e uma pessoa. (SCHWARTZ, 2007, p. 110)

Essa dinâmica da equipe de saúde pode servir de referência para pensar também as relações entre a equipe do PSF e o usuário do serviço, na medida em que o saber agente comunitário de saúde é constituído primeiramente na confrontação com o social e com o humano e secundariamente na incorporação dos conceitos.

Alias, durante a pesquisa de campo, os agentes também estavam em processo de formação técnica, em diversas oportunidades esses profissionais manifestavam sua insatisfação com o curso, pois este fomentava um saber infértil frente as demandas da realidade. Os conceitos, ainda no desenvolvimento do curso técnico, já se apresentavam obsoletos aos agentes comunitários.

4.3 A atividade pré-ocupada do agente comunitário de saúde

O apontamento anterior denota que a profissão de agente comunitário de saúde está envolvida, na atualidade, em diversas polêmicas e impasses que se comunicam criando uma rede de implicações que repercutem na definição de quem é o ACS? o que faz e como faz?

Esses questionamentos remetem aos impasses de natureza institucional - o saber-fazer, as competências específicas do ACS -, organizacional - dificuldade em reconhecer os limites, os êxitos, as melhores formas desenvolver e recompensar o ACS -, social - significado, representação e reconhecimento desse profissional na comunidade, na família e perante aos amigos -.

Todos esses elementos sinalizam a complexidade que envolve o estudo desse personagem. O pesquisador nesse arranjo é compelido a fazer escolhas, arbitrar, definir o tipo, a intensidade e o foco da luz utilizada para iluminar o objeto, porém, despido de qualquer pretensão de torná-lo compreendido, mas apenas apontar seus linhas e contornos.

Soma-se a isso a impossibilidade de tempo e recursos que impedem que a pesquisa tenha um escopo maior, capaz de abarcar todos esses elementos. Logo, o texto a seguir não pretende sintetizar essa realizada, mas apontar alguns aspectos de relevantes da dinâmica dessa atividade. Esse quadro não impossibilitou que o material coletado seja pleno de densidade, na verdade, a pesquisa de campo realizada compele a realização de futuras revisões e estudos.

O foco desse primeiro eixo é, mediante recuperação dos enunciados expressos pelos sujeitos, fazer dessa investigação um instrumento que possibilite uma maior aproximação daquilo que Bakhtin expressou como natureza polifônica da atividade, ou seja, compreender as diversas atividades que falam na atividade do ACS. (CLOT, 2007).

Nessa perspectiva, a atividade não é produto apenas do objeto ao qual está endereçada. A atividade de trabalho é também dirigida aos outros (chefes, supervisores, outros trabalhadores...); dirigida também ao próprio trabalhador com seu estado físico-psicológico, é, ainda, dirigida ao objeto do trabalho.

Desdobra-se nesse sentido a necessidade de apontar elementos que permitam uma aproximação do real da atividade dos ACS a partir compreensão das **preocupações** que atravessam e dão fisionomia a sua ação desse profissional.

4.3.1 Ao encontro dos outros na atividade

O reencontro do sujeito com sua atividade a partir do processo de auto-confrontação simples e cruzada permitiu clarificar elementos significativos para a apreensão do trabalho como atividade dirigida. O primeiro pólo ao qual a atividade é dirigida aos outros. Clot (2006) argumenta que a atividade é dirigida aos outros depois de ter sido destinatária das atividades destes e antes de o ser de novo.

Nesse sentido, a atividade de trabalho do ACS se volta para a atividade dos outros que incidem sobre esse objeto, nesse caso, especificadamente, os outros correspondem aos profissionais da equipe do PSF, que compartilham do mesmo objeto do ACS e lhe informa os objetivos e os meios para intervir sobre esse objeto.

Durante a etapa da pesquisa de campo uma ação realizada pelas agentes era fazer o acompanhamento das famílias (mãe e filho) cadastrados no Bolsa Família. A primeira etapa dessa atividade era avisar às mães cadastradas sobre a necessidade de levarem suas crianças até o posto para que pudessem ser pesadas e medidas. A realização dessa atividade foi marcada por algumas controvérsias diziam respeito a algumas dúvidas de usuários acerca das regras programa: “por que o filho ainda não foi contemplado? Por que o filho que foi contemplado não foi chamado para ser pesado?”

Foi possível apreender que a organização do trabalho apenas prescrevia a ação sem fomentar qualquer condição técnica para que o agente pudesse dar conta do trabalho de maneira eficiente. Ao confronta-se com a rerepresentação dessa controvérsia agente expressou: como se deu a sua relação junto à organização do trabalho.

M.: Grosseiramente falando, em muitas situações a gente não tem direito de posição e nem resposta, a gente tem que executar o que ta solicitando, eles não querem saber assim; mas eles vão executar isso, mas quais dificuldades eles podem ter a gente, tem que fazer e pronto, faz e pronto, acabo.

É possível perceber nessa situação enunciativa toda a estrutura social, de relação de poder e hierarquia presente na organização tal como ela é vivida subjetivamente pelo agente comunitário de saúde. Para o sujeito o aspecto imperativo da prescrição denota a unilateralidade com que a gestão trata o trabalho do ACS. Esses profissionais vivenciaram durante a consecução dessa atividade várias dificuldades e impasses que não foram considerados pela organização que concebeu a ação.

Nesse momento a outra agente ratificou o caráter prescritivo ação, e a ausência de reflexão por parte da organização das ações executadas pelos ACS.

C.: se você for analisar tem muita pessoas que recebem bolsa família que não devia receber, só que não compete a você ACS saber se deve ou não receber, você deve cumprir o que eles mandam. Até porque você não pode se posicionar nesse caso, sei que fulano recebe o bolsa família sei que não precisa do benefício, que deveria ser retirado dele, e ele deveria ser multado, como você se sabe que outras pessoas precisam e que foi cortado. Não tem como você agir, e se você agir ainda piora a situação, imagina: “Há não eu perdi o meu bolsa família porque meu agente de saúde me denunciou”.

O real em situação de trabalho tem sido cada vez mais negligenciado pela gestão de acordo com Clot (2001a). Esse fato é, segundo o autor, particularmente, verdadeiro na área de serviço, como o setor saúde, onde os sujeitos que se encontram na ponta do serviço são levados a assumir responsabilidade sem ter responsabilidade na definição de seus objetivos e da forma como atingi-los. A organização “priva os sujeitos dos meios

para exercer sua responsabilidade que eles assumem apesar de tudo”. (CLOT, 2001a, p. 51).

Uma outra passagem na qual é possível perceber a atividade dos agentes comunitários dos agentes como uma luta de libertação frente a intenção da organização, refere-se uma visita para controle de hipertensão, nessa visita a agente explica que não realizou sua atividade devido, justamente, a uma prescrição por parte da organização do trabalho.

V.: esse aí, ele faltou o grupo de hipertenso, ele faltou ao grupo porque ele é alcoólatra, é uma dificuldade para ele ir no grupo, aí eu marquei e ele foi, aí o Dr. que pediu que ele fosse, o dia que ele foi né, aí o Dr. pediu para eu não marcar mais o grupo para ele, porque ele chegou ao grupo com cheiro de álcool.[...]

É possível apreender desse enunciado uma dramática na qual duas intenções estão presentes na ação do sujeito. A primeira intenção presente refere-se ao posicionamento da organização formal do trabalho acerca do que deve ser feito em relação ao sujeito hipertenso que consome álcool antes das reuniões do grupo. A luta é travada com a intenção da agente que acredita que o usuário deveria ser convidado mesmo bebendo, pois é um hipertenso.

O fato é que o usuário hipertenso e alcoólatra deixou de ser convidado, pois dentre as várias intenções presentes na atividade prevaleceu a da organização do trabalho. O sujeito teve sua atividade diminuída, ele apenas reproduziu algo determinado externamente a ele.

Nesse enunciado foi possível apreender o trabalho como um *uso de si*, não só por si mesmo, mas também uso de si pelos outros que determinam quais, quando e como se deve operar um determinado objeto. Schwartz (2004) ao falar das dificuldades envolvidas nas dramáticas gestórias, explica que o sujeito, nesse caso a agente comunitária de saúde, realiza várias avaliações, como de verificar se o objetivo do serviço do serviço é pertinente a si mesmo.

O agente tem como valor intrínseco a restauração da saúde dos sujeitos, esse valor está articulado a sua experiência em situações de trabalho, nesse sentido, ele procura definir critérios que permitem a ele julgar se está ou não afastando desse valor, nesse exemplo, restaurar a saúde.

A.: É o que a gente acha errado né, não marcar um grupo porque eu bebo.

Nesse enunciado, a segunda agente toma como seu, compartilha o valor de recuperar da outra agente – é o que a gente acha errado –. Essa interação verbal

possibilita resgatar no enunciado a existência de vários sujeitos, possibilita ver o enunciado como um processo vivo, dialógico, de escolha e de assimilação das palavras da outra pessoa, um processo de comunhão.

Clot (2007) destaca que ausência de neutralidade do objeto pode ser apreendida no sentido de que a atividade do sujeito está atravessa pela atividade dos outros que a planejam, organizam e normatizam o curso da ação antes de seu desenvolvimento, o que afeta o próprio objeto, podendo tornar a consecução da atividade impedida.

Nesse caso, a ação de controle da hipertensão e promoção da saúde, está investida pela atividade da organização formal que concebeu quem pode ou não participar da atividade do grupo de hipertensão. Isso repercutiu no próprio objeto, e tornou a atividade impedida.

A principal atribuição do agente comunitário de saúde segundo Nogueira et al. (2000) é a função de “ponte” de ligação entre a comunidade e o serviço, o que inclui a facilitação do acesso dos usuários aos direitos de cidadania de modo geral. Pressupõe, nesse sentido, que a organização contribua com essa atribuição, que ela fomente condições para que a atividade do ACS atinja seu objetivo. Porém, a realidade apreendida em campo diverge daquilo que está preconizado pela gestão.

Um paciente atendido pelo PSF estava em processo de tratamento de um câncer na mão, esse paciente havia parado de fumar devido a uma recomendação médica, contudo, após a cirurgia para retirada do tumor o usuário voltou a fumar, mas o fato não pôde ser comunicado ao serviço.

A.: Eu tenho uma dificuldade muito grande de chegar perto do Dr. lembra que eu te expliquei eu não consigo muito as vezes sabe, igual eu te falei, ele perguntou na hora, logo que eu cheguei perto dele(Dr.) eu sem saber disse que ele (usuário) parou de fumar e ele tinha voltado, até por isso acho que eles (família usuário) não falaram pra mim.

A.: fiquei sabendo depois que ele voltou a fumar. Eu falei com ele (usuário) que é por isso que está tendo tanto problema ali.

A atividade da ACS foi atingida nesse exemplo pela organização do serviço, cuja norma central é a de que usuário, principalmente, aqueles afetados por doenças como câncer, cardiopatias não podem fumar. A implicação dessa norma sobre a atividade foi dupla, pois a família teve receio de comunicar ao ACS que o usuário havia voltado a fumar. O agente comunitário, por sua vez, mesmo sem saber da realidade, comunicou que ao serviço que usuário havia parado de fumar.

A configuração da organização formal de trabalho, representada pelo número de profissionais disponíveis na UBS, a qualidade dos serviços prestados pelos técnicos também interfere na conformação do objeto do agente comunitário.

Uma questão prevalente nas verbalizações dos agentes refere-se a incapacidade do serviço em desenvolver ou pelo manter a relação de confiança que agente comunitário, a duras penas, estabelece com a comunidade.

M.: um outro dia o um técnico falou que PSF significa: problema seu foda-se.

Cada vez mais é o agente que vem recebendo o usuário da comunidade dentro do posto, pois estes criam com os ACS uma relação de proximidade e confiança que não é reproduzida pelos técnicos da unidade.

M.: Muitos usuários reclamam que nunca mais irão voltar ao posto porque um técnico não lhe deu atenção ou não tinha a menor noção de seu caso.

Esse tipo de situação vem fazendo com que o ACS incorpore a sua atividade atribuições específicas dos técnicos de enfermagem que atuam do posto de saúde, pois muitos usuários chegam ao posto e procuram o ACS a fim de que este dinamize seu atendimento. A atividade de trabalho é afetada, pois cada vez mais ela se vincula ao posto em detrimento do espaço social.

P.: eu vi que o usuário queria ser atendido e não havia profissional no balcão para atender, então fui ao lá e carimbei a receita e dei o remédio.

Clot (2006) destaca que nessa situação as preocupações que fazem parte do trabalhador perderam o sentido e ele passou a se ocupar de outra pré-ocupação, qual seja atender o usuário do balcão, verificar e receita e entregar remédio. Essa atividade desemboca, no entanto, em uma pré-ocupação nova e imprevista, dos riscos ao usuário e a si mesmo de executar uma função para a qual não foi treinada. Clot destaca que essa ampliação das preocupações repercute nas ocupações.

Em algumas circunstâncias, mesmo estando o agente comunitário no espaço social, ele tem sua atividade invadida pela atividade, ou pela falta da atividade da organização, que deveria executar e não o faz e ainda responsabiliza o sujeito pelo erro.

V.: No espelho⁵ não tem nada anotado e eu peguei pra anotar.

C.: O espelho teria que estar anotado, aí a gente faz um trabalho que é deles lá ta vendo (Técnico de Enfermagem do posto).

⁵ Espelho é o termo utilizado pelos profissionais da UBS para se referirem à cópia do cartão de vacina arquivado no posto de saúde. Uma cópia fica em poder da família e outra fica com o agente comunitário de saúde.

V.: Não era pra gente ta olhando espelho, não é obrigação da gente. Ela teve lá no posto só que as vezes a gente vai lá e da uma olhada e não ta anotado, se a enfermeira vai da uma olhada e não está anotado, ela vai vir em cima da gente, “ por que o cartão do fulano não está anotado”?

C.: Só que lá não, a gente que anota!

V.: Que a gente anda com espelho também..

W.: Mas porque que ela cobra de vocês.

C.: (Gesto de sei lá)

V.: Ela entrega todos os espelhos de dentro (arquivados no posto) da vacina, pra gente ver,

C.: Aí a gente vai a traz conferir pelo nosso e passar o que ta faltando

W.: Essa é uma outra atribuição que não era de vocês, seria do técnico de enfermagem?

V.: É o auxiliar que tem que fazer isso

C.: Só que ele o auxiliar é que tinha que estar fazendo isso. Não é a gente que vacina uai!!! (expressão de indignação).

Um primeiro elemento que deve ser destacado nessa interação verbal é a presença de uma insatisfação do coletivo quanto ao fato de o agente comunitário estar executando uma tarefa que não é de sua responsabilidade, mas sim do técnico de enfermagem.

A incorporação e a execução de atribuições que não são da alçada do agente comunitário pode estar ligada à sua posição inferior no quadro hierárquico do serviço, o que dificulta que ele se posicione frente a esse processo de aumento da carga e da responsabilidade no trabalho.

As relações entre os profissionais que constituem a equipe de PSF são avaliadas de maneira negativa pelos agentes comunitários, que além de assumirem responsabilidades que são alheias a sua profissão, ao seu mundo, eles são impedidos e repreendidos pela organização quando buscam libertar-se dos estorvos para o seu crescimento e sua valorização profissional.

Nesse sentido, a insatisfação em ter que realizar a anotação no espelho deve ser considerada como uma sinalização da atmosfera de tensão, de luta que conforma o real da atividade. O conflito emerge onde a atividade do outro intervém no objeto da atividade do agente comunitário - *No espelho não tem nada anotado e eu peguei pra anotar -*

ele busca recuperar sua atividade perdida. *O espelho teria que estar anotado, aí a gente faz um trabalho que é deles lá ta vendo.*

Schwartz (2000) explica que a produtividade depende diretamente da qualidade das relações de cooperação existentes na equipe. Contudo, essas relações não podem ser escritas ou prescritas por ninguém, elas dependem de um entendimento que se instaura ou não no seio dela. Um elemento não técnico tem uma pertinência sobre um técnico.

Segundo o autor, as relações na equipe e com outras equipes são fatores determinantes no bom curso da atividade porque o processo exige “relações contínuas entre os homens na equipe”. Mas essa troca seria impossível sem o espírito de camaradagem que apela para a noção de trabalhador coletivo. Portanto, toda a equipe tem um duplo caráter: necessidade técnica, condição de produtividade, de um lugar de alquimia sempre aleatória de histórias e vidas singulares que buscam se exprimir positivamente nos atos coletivos. (SCHWARTZ, 2000, p 38)

É uma determinação da organização que o agente comunitário de saúde deve ser o responsável pela criação do laço de confiança, do afeto e acolhimento da comunidade, os técnicos, por sua vez, seriam responsáveis exclusivos pela operacionalização dos procedimentos “científicos”. Essa polarização resulta na idéia de que o ACS em situações de campo não deve desempenhar nenhuma função dita técnica.

M.: eu acho que na minha área não tem nenhum hipertenso, pois toda a visita que eu faço a pressão arterial está 12 por 8. A alimentação deles sempre está balanceada e nunca usam sal.

No entanto, é obrigação constituinte do protocolo de controle de hipertensão que ACS deve perguntar acerca da pressão arterial do usuário, porém o profissional não tem como certificar essa informação, seu controle fica restrito a percepção do usuário. O dado transcrito ao protocolo, expresso como verdade absoluta, não foi submetido a qualquer controle.

Não há pretensão em defender que o ACS deva ser instruído a aferir pressão arterial, porém é uma incoerência prescrever que o ACS tem de perguntar sobre a pressão se a organização não tem interesse em fomentar a ferramenta para a consecução da atividade de maneira controlada.

CLOT (2001a) afirma que em situações nas quais as atividades dos sujeitos são submetidos a objetivos fictícios, a disponibilidade psicológica investida no serviço, no caso do agente comunitário de saúde, como a atenção, cuidado, carinho com o usuário, é derrotado pela organização a ponto de fazer mal com ela mesma.

N.: agora os agentes vão ter que fazer controle de saúde bucal, o posto vai dar escova e pasta, mas como realizar esse trabalho junto

aos adultos. O posto não tem dentista, como a gente pode estabelecer referência.

Os agentes manifestaram grande insatisfação quanto a essa nova atribuição, pois é mais um formulário que eles terão de preencher, com perguntas como: você tem escova? Você frequenta dentista. Eles não conseguem entender o propósito dessa nova atribuição visto que não há profissional odontólogo disponível na equipe de PSF.

Uma passagem interessante que reflete também a organização do trabalho ocupando a ação do agente refere-se ao controle da dengue. Está sendo determinado que ACS deva ser responsável pelo controle da dengue, além de educar a população sobre formas de prevenção da doença, deve emitir relatório sobre as residências visitadas e pedir vistoria em casos suspeitos. A ACS expressa um enunciado endereçado à companheira presente na análise.

A.: nas nossas visitas eu não falei da dengue, notou eu não falei nenhuma vez, porque na segunda feira você manda um relatório, a gente não pode repetir a informação no relatório que a gente manda na segunda feira. [...] naquele mês eu já tinha feito orientação ali, então eu não fiz orientação ali porque eu não podia repetir de novo pra mandar um relatório com dados de uma mesma residência.

Essa companheira responde:

V.: Eu faço orientação da dengue, mas eu não faço relatório, não mando, a gente manda pro pessoal da endemia para eles fazerem a notificação pra eles fazerem a vistoria do local e eles não vêem, nem informam o que está acontecendo. Eu não ganho pra isso, eu faço a orientação porque eu acho que o boca a boca é o meu trabalho, mas eu mandar a notificação pra eles eu não tenho obrigação.

Ao ser questionada se a organização não cobra que ela envie o relatório, esta responde:

V.: O que ela vai fazer, eu acho que ela não fazer nada não, ela não me organiza.

A trabalhadora salienta nesse enunciado que mesmo num ambiente de prescrições incisivas, o sujeito conserva mínimos espaços para caminhar em sua atividade, de manter o controle sobre si mesmo.

A organização que concorda com a antecipação prospectiva pressupõe que os encontros do trabalho não criam o imprevisível, não retrabalham saberes, valores, não fabricam a história. Significa transformar homens e mulheres em executante, em marionetes, cuja vida seria apenas o cruzamento do pensamento e dos valores dos outros. (SCHWARTZ, 2002, p.116)

A prescrição desse trabalho é comum a todos os ACS, porém uma das agentes percebe que a prescrição de enviar relatório não está repercutindo, em contrapartida, numa ação de intervenção por parte do outro órgão responsável, além disso, ela avalia que essa atividade não faz parte de sua atribuição.

Interessa, nesse sentido, apontar os fatores que fazem com que sujeitos ocupantes de um mesmo cargo, dentro de uma mesma subárea, possuam percepções distintas acerca do que ou não de sua alçada, do que deve ou não ser feito. Segundo Schwartz, (2002) o sujeito se vê na obrigação de orientar sua atividade, com vista a alcançar um equilíbrio entre as normas de cada um, do coletivo, de uma reorganização. Pois, a impossibilidade de padronização perfeita exige que os seres pensantes procedam à arbitragens e as escolhas; diante dessas brechas de normas do meio circulante, os protagonistas devem construir para si mesmos normas para supri-las, para agir e administrar a situação e, a partir daí, produzir por pouco que seja, bem estar.

4.3.2 O objeto na atividade

Uma segunda direção da atividade do agente comunitário de saúde corresponde, justamente, a objeto ao qual a atividade está endereçada. O objeto dessa profissão corresponde, sinteticamente, a prevenção de doenças e promoção da saúde dos usuários em um dado território.

CLOT, (2006, p.95) explica que a definição do objeto está vinculada a constituição histórica das prescrições que conformam sua atividade. Nesse sentido, a prescrição não é o contrario do trabalho; ela é o resultado de outras atividades, o resultado “esfriado” das atividades de gestão e concepção. As prescrições incorporam o histórico das iniciativas desses operadores. O objeto de trabalho, por sua vez, só é acessível pela mediação dessas formas a priori da experiência, espécie de pré-trabalho usado para todo trabalho futuro.

eu quando to indo na casa fazer visita eu vejo como ta a situação da família, se tem alguém com algum problema e saúde, esse é nosso trabalho, ver se vacina ta em dia, como ta a gestação da mãe, a gente busca oferece um conforto.

No primeiro capítulo dessa dissertação foi possível apreender a historicidade da constituição do objeto do agente comunitário de saúde, naquela oportunidade foi possível compreender que a atuação dos ACS estava estreitamente vinculada às propostas da medicina comunitária: buscar a integração entre as equipes de saúde e a população adstrita à unidade básica de saúde e desenvolver ações de promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania no âmbito social e da saúde.

Em uma das três áreas que compõem o território a demanda pelos serviços do ACS é bem menor do que nas outras duas áreas do PSF/Bandeirantes. Essa diferença influencia, contundentemente, na definição do objeto e nos caminhos utilizados pelo profissional para atingi-lo.

Nas áreas mais carentes do território os agentes têm ao mesmo tempo um maior reconhecimento e uma maior cobrança por parte dos usuários.

eu me cobro isso então o tempo todo eu procuro se eu tiver de mau humor ou cansada eu não deixo que o usuário perceba isso, pois eu sou cobrada por eles, eu to sendo cobrada em casa, meu marido e meu filho falam eu chego em casa eu to simplesmente com um bico deste tamanho, não quero falar com ninguém eu não to, e eu não sou assim eu so sempre brincalhona e tudo então eu não sou assim, minha qualidade de vida pessoal caiu muito porque eu não sei deixar, eu me importo o tempo todo com aquela comunidade não perceba isso.

C.: .A minha micro área tem uma demanda de atendimento maior que a da C.

M.: Você acha que isso, consegue desenvolver outras atividades como artesanato caminhada aí é em função de sua micro área não te cobrar tanto?

C.: uma facilidade né!

A configuração da atividade de divulgação de campanhas realizadas pelas agentes como de tuberculose e controle de dengue também varia conforme a população objeto da ação, por exemplo, em áreas nas quais a população residia em prédio foi realizado um acordo com os síndicos que possibilitou aos agentes fixarem na portaria principal avisos das campanhas realizadas na UBS. A resposta dessa área às campanhas era menor, pois uma parte da população tinha acesso a rede privada de assistência a saúde.

Em outra área na qual prevalecia a construção de casas simples e era possível encontrar os moradores com mais facilidade, a entrega de panfletos era realizada de mão em mão. Esse fato permitia ao agente também se interagir com os usuários no sentido ampliar a conscientização destes acerca da importância de comparecer a unidade de saúde.

Ainda com relação a divulgação de campanhas, nesse caso, de vacinação contra a rubéola, foi possível constatar que dois agentes realizavam esse trabalho com intensidades diferentes

V.: A Cida fez com a filha da Dona Inês porque a Moça tinha idade para tomar, nas outras casas só tinham idosos as pessoas não tinham idade.

A.: No Rosini eu tinha que fazer porque já tinham tomado, que seriam as duas filhas delas, uma casou a pouco tempo, e a menina, a Lorena. Já tinham tomado já sabia que tinham tomado.

V.: Sua área tem muito idoso, mais idoso que a minha, eu tive que divulgar pra todo mundo. É por causa da da idade

C – Os outros não tinha como, a Dona Geralda...

A configuração da população objeto de ação dos ACS influenciou na determinação da intensidade e na direção da atividade de divulgação da campanha de Rubéola. Na área de A. havia alta prevalência de idosos que não estavam mais na faixa etária indicada para tomar a vacina, por sua vez, a demanda dessa população era outra, como controle de diabetes e hipertensão, marcação de consultas etc... Já na área de B. a prevalência de pessoas mais jovens motivou uma ação mais intensa de divulgação da campanha de prevenção da Rubéola.

4.3.3 A atividade como uso de si por si

A atividade de trabalho desenvolvida pelos ACS está dirigida não somente aos outros, nem somente ao objeto, mas também ao próprio sujeito que a executa, portador de uma condição histórica e psicológica única.

Clot (2006, p. 102) explica que o sujeito que opera é o terceiro pólo da tríade viva da atividade dirigida, ele não pode ser considerado de modo algum um sistema subjugado cujos parâmetros possam ser regradados de fora, mas nem por isso é senhor de suas intenções. Durante a auto-confrontação cruzada dois pares, em específico, debaterem acerca das especificidades individuais de cada um e a repercussão dessas diferenças no desenho da atividade.

Indagadas acerca da forma como estabelecem o contato com os usuários uma agente destacou se remetendo a sua companheira:

V.: eu sou mais rápida, eu acho que eu sou mais, é meu jeito mesmo eu sou meio afobada. É meu jeito mesmo desde que eu comecei a trabalhar. Ela abraça: “a como vai o senhor” eu não, eu sou um pouco mais distante com relação, eu não sou.

A companheira ao qual o enunciado anterior foi direcionado responde:

N.:É, eu já acho mais fácil meu serviço assim, porque eu conversando desse jeito eu vou envolvendo a pessoa, na hora que ela ver ela já está me contando aquilo que eu preciso, sem haver aquele choque.

Questionada acerca dos fatores que a motiva trabalhar dessa forma V. responde:

V.: Esse meu jeito de ser? Eu acho que pra mim é bom é mais ágil, as vezes eu agilizo meu serviço, dependendo da necessidade e das coisas que eu tenho que desenvolver.

O enunciado expresso por V. provoca em N. uma reação logo na seqüência:

N.: Eu sempre tive esse jeitinho mãe de estar conversando, de estar abraçando, é um jeito meu e eu não consigo fazer de outro jeito, meu serviço seria um desastre de outro jeito.

M.: Não me agrada não, não me agrada me incomoda, primeiro porque eu to sempre muito suada, me incomoda, cria uma proximidade, que eu já me sinto próxima demais, e já me entrego muito mentalmente, então parece que eu crio uma barreira pra não me entregar fisicamente, não é que eu não coloque a mão não, ali se viu quando o paciente é acamado idoso eu pego na mão eu seguro eu faço um carinho, mas esse cumprimento de abraça quando eu chego no domicílio, eu já percebo isso nela, é automática, o usuário dela vê já vem de braços abertos, e eu não sou assim. Pergunto oi tudo bom, oi...fala mais baixo que eu deu pra perceber, eu falo todo mundo escuta, mas essa proximidade física de abraçar eu não criei esse vínculo não ela criou.

Importante descartar que ambas reforçam que esse modo de desempenhar sua atividade é uma forma necessária para o alcance da eficácia na situação de trabalho. Schwartz (2004) fala que cada pessoa está comprometida com toda espécie de negociação, porque sua própria história a conduz a considerar a operacionalização dos valores de eficácia e eficiência, de acordo com as modalidades singulares de sua dramática de seu uso de si.

Nesse discurso enunciado por N. está expresso o caráter experimental de sua atividade, no qual a solução encontrada para o uso de si, ao contrário de outras soluções, é o que a permite ser eficaz em sua atividade.

A necessidade de fazer um trabalho que tenha êxito e que esteja em equilíbrio com as outras intenções é ressaltada pela agente comunitária quando destaca que não há uma forma absoluta de trabalhar. O trabalho é construído na relação com os outros.

V.: Meu jeito de trabalhar hoje está aí, eu não sei se eu conseguiria mudar, parece que é uma coisa quase automático, acostumei desse jeito. No momento, eu não estou sentindo necessidade, mas eu poderia estar pensando que se eu mudar e eu achar que vai ser melhor de repente eu poderia ver, fazer uma experiência.

Schwartz (2000) ressalta que quando se diz trabalho como uso de si, isto quer dizer que ele é um lugar de um problema, de um espaço de possibilidades a serem negociadas. Não há execução, mas uso é o indivíduo no seu ser que é convocado, uso é a forma indiscutível de manifestação de um sujeito – “se eu mudar e eu achar que vai ser melhor de repente eu poderia ver, fazer uma experiência”.

Em um trecho a seguir é possível constatar a dramática contida na atividade.

Uma agente explica:

C.: então você tem certo ponto para falar sobre qualquer coisa, pronto para te ouvi, se falou, se também da um tempo para a pessoa falar, ela falou, até passar esse tempo a sua mente já começa a pensar em outra coisa, a sua mente já te carrega para outro lugar, se já fica pensando “se eu não parar de falar agora já não consigo chegar até a outra casa não vai dar tempo de fazer isso. se já sai da li, naquele momento se não presta tanta atenção. Até certo ponto se dá toda e completa atenção à pessoa, até certo tempo se tá li corpo presente, mas a cabeça já foi para lá em outro lugar.

Sua companheira concorda com a avaliação feita a seu respeito pela companheira e completa logo em seguida:

M.: É o que eu fiz ali, se vai ver!

Esse trecho corresponde, então, a uma análise feita por uma ACS acerca das dramáticas contidas na atividade desenvolvida por sua companheira na situação da auto-confrontação cruzada. Com propriedade e riqueza essa agente comunitária analisa o processo de debate de normas de sua companheira. Esta tem como valor pessoal escutar o usuário, dar-lhe atenção a sua demanda, contudo, a prolongação dessa escuta já provoca na agente um desequilíbrio em relação às normas organizacionais – que também dirigem sua atividade - o que poderá resultar na perda da eficiência de sua atividade.

Na medida em que a norma pessoal torna-se um empecilho à consecução da norma organizacional, a atividade de trabalho do ACS é invadida pela necessidade de atender à prescrição (cobertura) determinada pela organização.

Clot (2007) destaca que frente uma atividade impossível ou impedida o espírito se perde, vai embora. A atividade psíquica é deslocada para outra atividade, o que gera risco, angústia e erros, uma vez que a atividade realizada é afetada pela atividade impedida.

De acordo com o enunciado anterior o espírito também se perde não somente quando a atividade é impedida, mas também quando a eficiência se torna ameaçada. O espírito se perdeu também nessa situação, a pessoa deixou de escutar a usuária e passou apenas a ouvi-la. Nessa situação, o sujeito reavalia sua posição, sua norma pessoal a fim de adequá-la à nova circunstância e, assim, recuperar a possibilidade de tornar sua atividade eficiente. Essa reflexão remete ao caráter histórico da atividade, o seu vir-a-ser.

Outro aspecto interessante tem a ver com a opção de uma ACS participante da pesquisa em ir para a comunidade acompanhada de outra agente. Ao contrário da outra agente participante da dupla de auto-confrontação cruzada, esta agente expressa sua opção em ir a campo sozinha.

M.: Sabe porque que eu não me importo, mesmo andando acompanhada eu consigo fazer meu trabalho, se eu não tô com elas, elas não conseguem é impressionante. Eu faço porque elas olham para mim e ficam esperando eu falar.

C.: Eu não tenho paciência de andar atrás das meninas e ficar esperando. Igual ali se saindo chega uma pessoa e te chama ai se fica naquela, vai ou atende fica entre um e outra. Acho que se acaba perdendo tempo. Então não sei, eu sempre gostei de trabalhar separada, eu gosto muito dessa coisa de equipe trabalhar em equipe, mas eu gosto de fazer meu trabalho eu, ali aquele contato só meu.

A.: quando eu entrei, andava quatro, mas não eram as meninas não, não tinham entrado nem a M. nem a V., eram eu e mais duas, depois de duas passou pra quatro. Aí o que aconteceu, no final já tava dando problema,

A.: Tava dando problema porque não andava o serviço, cada hora uma ajudava na micro da outra, conclusão quando chegava na minha micro eu ficava com o serviço incompleto, eu chegava na minha já não dava tempo mais, tinha que fechar o relatório.

Cada uma das agentes tem uma forma específica de trabalhar, de vincular seu trabalho aos pares. A primeira agente justifica que trabalha dessa maneira, pois senti que as outras companheiras necessitam de seu apoio para realizar a atividade de trabalho. A segunda e a terceira agente destacam que preferem trabalhar sozinhas, pois apreenderam com a experiência que estar acompanhada representa um empecilho a eficiência.

M.: As vezes eu fico pensando que eu tenho que dar conta de minha parte de manha para não atrasar ela, isso está completamente fora do que é proposta pra gente fazer, mas seu eu deixar de fazer o rendimento cai porque as outras duas micros cai o rendimento, o que prejudica toda a equipe. Eu estou muito mais cansadas do que elas eu to muito mais estressadas do que ela.

No discurso da agente está presente a constatação de que as profissionais mais novas aprenderam a trabalhar na prática na comunidade, esse aprendizado aconteceu graças ao interesse de M. em orientar essas agentes a realizarem o trabalho no dia-dia e a darem conta dos imprevistos do real.

Ademais, a agente afirma que começou a trabalhar acompanhada também devido ao fato de sua área ser violenta e oferecer risco a segurança das agentes. Logo, ao

realizar sua atividade em dupla a ACS consegue se proteger e auxiliar no desenvolvimento de uma agente menos experiente.

Por último, cabe destaca que ao organizar os trabalhos em dupla as agentes, além de manterem a eficiência, conseguem criar um espaço no qual elas podem ajudar uma a outra na resolução de algum problema que perpassa suas vidas pessoais.

M.: A primeira coisa que a gente faz não é falar do trabalho da micro área, agente fala de algum problema pessoal, há eu to chateada com isso a eu não to me sentindo bem, aconteceu isso na minha casa, ai assim, as vezes a pessoa não ta bem, ta derrubada emocionalmente, psicologicamente ela ta abatida, mas quando ela chega lá porque o outro ouviu o que ela falou e o que eu falei com ela a gente já ta bem porque já desabafou porque o trajeto é cumprido mesmo, quando a gente chega lá em cima a gente já tem um atendimento melhor pra oferecer pra comunidade.

Portanto, a modificação de uma norma - cada agente ser responsável por cobrir uma área específica do território - foi modificada a fim de tornar o trabalho eficiente, seguro, capaz de ser fonte de desenvolvimento profissional e da saúde dos agentes comunitários.

4.4. Instrumentos para vida no trabalho

O texto a seguir será dedica a apresentação do segundo pilar no processo de análise do real da atividade, esse pilar refere-se ao processo de criação instrumental desenvolvidos pelos agentes comunitários, com vista a libertar-se dos pressupostos operacionais, técnicos e sociais que impedem a ação.

As principais ferramentas de trabalho do agente comunitário de saúde são as planilhas de acompanhamento dos cinco programas principais do PSF: saúde da mulher, saúde da criança, hipertensão, diabetes e tuberculose. Essas planilhas eram entregues aos ACS como folhas soltas e todas da mesma cor. O resultado era que agente ia a campo carregando um peso enorme e no momento da entrevista ocorria uma grande confusão entre as planilhas. O resultado era que entrevistas eram demoradas e confusas.

C.: como as planilhas eram todas iguais eu resolvi tirar xérox de cada planilha em uma cor de papel diferente, depois mandei encadernar essas planilhas em um único caderno. Então ao invés de sair de casa com um monte de material desorganizado e pesado, eu saio apenas com um caderno que tem todas as planilhas bem definidas.

Clot (2007) destaca que o sujeito transforma, desenvolve ou modifica a ferramenta, atribuindo a ela novas funções e utilizando-a de uma maneira diversa daquela preestabelecida. Essa ação possibilita ao sujeito apropriar-se da atividade que era externa a ele, não tinha sentido.

A.: o meu ta colorido agora, inclusive está até lá no posto. Ele era branco, mas aí as meninas fizeram pra mim. Era tudo branco e solto, a gente resolveu colorir e encadernar pra ficar mais fácil!

*V – A gente colocava na pasta, mas era muito papel solto e a gente acabou perdendo, aí a gente começou a encadernar, **fica mais bonitinho** e tem mais controle né, é um gasto que é da gente, mas é uma facilidade.*

Os outros profissionais passaram também a adotar essa forma de organização das planilhas, tornando-se assim uma norma desenvolvida e partilhada pelo coletivo profissional. V. de um passo adiante, ao invés de preencher as planilhas durante as visitas ela vai conversando informalmente com os usuários e anotando os dados importantes em um caderno particular. Somente após terminar a visita é que ela transcreve a entrevista para a planilha.

É importante também chamar a atenção para a presença no enunciado do seguinte trecho: *a gente começou a encadernar, fica mais bonitinho*. Clot (2007) salienta que esse movimento é operado pelo sujeito a fim de instrumentalizar a atividade, uma vez que ferramentas disponíveis – alvo de trabalhos anteriores – impediam ou dificultam a consecução da atividade. A saúde e o desenvolvimento do profissional está relacionado a sua capacidade de transformar o objeto que é mais intenções dos outros.

V.: Não eu to anotando no caderno particular, eu anoto tudo e não preciso da planilha, não precisa usar não, pois já decorei eu já sei de có.

Outra criação instrumental presente na atividade desenvolvida pelo agente comunitário refere-se a confecção de bilhetinhos que tem por fim avisar que os profissionais estiveram na residência em um momento que não havia ninguém para atender.

Esse instrumento foi desenvolvido a fim de suplantar a necessidade de comunicação com os usuários que trabalhavam fora e que dificilmente poderiam ser encontrados durante o período de trabalho do ACS. O PSF/Bandeirantes é o único que atua com esse sistema dentre todas as equipes do município de Juiz de fora.

N.: Você não tem esse tempo disponível, quando você tem 156 famílias pra visitar, pra você estar voltando, quando você não achar as pessoa. A maioria você não acha, você vai ficar a disposição da pessoa voltando até a hora que ela possa te atende?A melhor forma é deixar o bilhete avisando ao usuário o motiva da visita, se ele tiver interesse ele vai ao posto. Quando eu vou nessa escadaria também eu já vou com o bilhetinho na mão.

Cabe chamar a atenção para uma outra situação na qual houve a incorporação de uma função que não fazia parte do conjunto de tarefas dos agentes comunitários - a entrega de exames e marcação de consultadas. Essa ferramenta de comunicação entre serviço e usuário era utilizada, primeiramente, por um técnico dentro UBS que, em situações de sobrecarga, pedia auxílio aos ACS para que estes entregassem a consulta ou exame diretamente na residência dos usuários.

Uma das principais queixas dos agentes comunitários refere-se justamente à dificuldade de adentrar nas residências dos usuários para realizar suas atividades. Desde que passaram, ainda que esporadicamente, a entregar os exames e consultas houve um aumento de interesse da comunidade em saber se eles portavam a marcação da consultada - função executada pela telefonista da UBS.

Percebendo o interesse, um agente comunitário passou a entregar as marcações de consulta rotineiramente, ao anunciar para o usuário que tinha uma consulta ou resultado de exame para ser entregue as pessoas eram mais receptivas com o profissional.

Desde então os profissionais passaram a entregar as consultas e exames marcados nas residências dos usuários a fim de “abrir as portas” para a consecução de suas demais atividades.

N.: Não precisaria, eu estava fazendo um favor, eu levo todas as meninas da cinquenta levam, pra ser assim um vínculo maior sabe. a pessoa...esqueci a palavra...

V.: Ta te recebendo a gente, é uma abertura maior...

N.:Ta te recebendo, é uma abertura maior, pra gente entendeu, através daquele exame você faz todo o seu serviço, nós somos muito úteis, mais a comunidade não vê essa utilidade nossa sem estar marcando um exame em estar levando, entendeu, é essa a utilidade pra eles ainda

Então, a função de entregas de consulta que era uma atribuição exclusiva da telefonista da UBS, passou a fazer parte das atribuições dos agentes. Portanto, houve uma incorporação de uma atividade devido à possibilidade desta se tornar um instrumento para a consecução das outras atividades.

4.5. Gênero e Estilo na atividade do ACS

Com o passar do tempo e o acúmulo da experiência de trabalho esses profissionais sentiram que o contato com o usuário estava ficando rotineiro e pouco eficaz, nesse momento os profissionais decidiram realizar algumas atividades não previstas como teatros, passeios culturais, bailes temáticos.

A realização dessas atividades tiveram grande repercussão junto aos usuários do serviço, muitos manifestaram o interesse em participar novamente de atividades como essas.

No entanto, o que se verificou é que essas atividades, apesar de terem, aparentarem, um caráter instrumental, na realidade foram objetos de conflitos entre as equipes que compõem o serviço.

A.: É porque tem lá os teatros, músicas entendeu só que tem uma área lá que elas falam que as músicas fossem delas, o teatro fosse delas, não foi, foi uma coisa de todo mundo.

Os instrumentos desenvolvidos pelos profissionais ao invés de servirem para o fortalecimento e renovação da atividade de trabalho e da profissão dos ACS, ou seja, do coletivo, eram apreendidos como uma conquista, um mérito alcançado por uma equipe face a atuação das outras. Ou seja, as novas formas de trabalhar, de realizar atividade não serviam como instrumentação do coletivo e renovação do gênero, mas como vantagem competitiva entre os profissionais.

Um ponto decisivo na teoria dos estilos, os sujeitos agindo nas intercessões, devem num retorno dialético indispensável, devem fazer do gêneros não só meios mas também objetos de sua ação, não somente usar os gêneros disponíveis, mas ocupar-se de dispô-los. É esse processo de metamorfose dos gêneros , promovido ao estatuto de objetos num inventário imperceptível no curso da ação, que convoca a criações estilísticas e mantém os gêneros vivos.(CLOT, 2006, p.196)

Esse tipo de situação bota em perigo o gênero profissional, pois os instrumentos desenvolvidos não vincularam os sujeitos que participaram da atividade, pelo contrário, vários conflitos surgiram nesse processo. Um fato que ilustra essa assertiva é que após a realização dessas atividades, apesar dos excelentes resultados obtidos, o coletivo de agentes comunitários não se organizou para realizá-las novamente.

A.: é como o teatro fosse só deles, tudo que a gente faz a gente abre, nós do posto a gente vai fazer isso.

É possível apreender desse enunciado o interesse e a compreensão da parte da agente da necessidade de compartilhar com o coletivo os recursos desenvolvidos pelos sujeitos. Durante o processo de trabalho de campo, foi possível perceber que o gênero profissional dos agentes comunitários de saúde encontra-se bastante esgarçado e em lento processo de afirmação. Apesar desse estado da arte alguns elementos ainda fazem viver o gênero profissional.

O gênero profissional dos agentes comunitários, situados no contexto dessa pesquisa, vivência um estado de rigidez, nas palavras de Clot é um gênero degenerado.

Nas interações verbais a seguir é possível constatar a dinâmica que representa bem o estado da arte do gênero profissional das agentes comunitárias de saúde.

C – Agora no curso a gente fez uma música lá, elas não viram aquela música lá viram? (perguntando a Vanda)

V – Não!

C – Mas uma outra que você tava fazendo pra quem outro dia lá? (perguntado pra V.) Se fez uma música pra quem? Deveria ter união, não um dono de uma música um dono de um teatro entendeu, é participação de todo mundo.

Segundo Clot (2007) O processo de estilização é o impacto da ação do sujeito sobre o gênero, sobre o que foi dado, é a forma como o sujeito testa o gênero e o desenvolve remetendo-o ao coletivo de trabalho. Tentativa de mudança e enriquecimento do gênero, estilização é o processo de desenvolvimento, estilo tem como objeto a liberdade, a responsabilidade de criação.

4.5.1 Real da atividade em questão

Nessa oportunidade, em específico será tratado do real da atividade. Um primeiro elemento que chama a atenção remete às condições materiais que fazem parte do conjunto de prescrições fomentadas pela organização do trabalho para a consecução da atividade de agente comunitário de saúde.

Durante o processo de observação e nas entrevistas de auto-confrontação simples e cruzada, esse tema foi bastante prevalente. No momento de entrada em campo os ACS estavam envolvidos em uma atividade de atualização do cadastro de todos os cadastros dos usuários da UBS. Cada agente comunitário de saúde deveria, então, atualizar endereço, área e outros dados cadastrais dos usuários de sua respectiva área. No entanto, o que foi presenciado é que não houve qualquer fomentação de materiais básicos, como lápis, canetas e envelopes para a devida consecução dessa atividade.

Nesse momento, tornaram-se claras duas posições distintas no coletivo: um grupo de profissionais mesmo sem as condições materiais fazia o trabalho se adaptando a falta de materiais, um outro grupo de profissionais que não estavam conseguindo realizar essa atividade devido a ausência de materiais “adequados”.

V.: eu não compro, eu acho um desaforo ter que comprar envelope, caneta, outro dia eu pedi ao meu pai para ver se no trabalho dele tinha envelope, ele me perguntou se eles não estavam me dando. Meu trabalho tá todo atrasado porque eu não tenho onde colocar a ficha nova.

Esse enunciado remete para um campo de conflito presente no coletivo, de um lado o grupo que realiza a atividade comprando com seus próprios recursos os materiais

necessários a consecução da atividade. Do outro, os profissionais que se negam a comprar os materiais.

Clot (2007) explica que muitas vezes o sujeito se submete a responsabilidade de “pagar para trabalhar” devido as repercussões positivas em sua saúde do resgate de seu poder de agir, antes impedido pela ausência material. Segundo o autor, essa dinâmica tem a ver com o significado que cada um incorpora sua atividade, que o leva a transformar ou a submeter-se às restrições.

Ainda referente a questão da ausência de materiais como envelope, cadernos, foi possível perceber durante a pesquisa que no iniciou essa fragmentação entre grupos era clara, com o decorrer do tempo e com a necessidade de realização da atividade, os profissionais desenvolveram forma de reciclar os materiais antigos – envelopes eram reaproveitados, carimbos foram feitos de forma artesanal a fim de classificar os prontuários. Essa operação permitiu que toda a equipe de ACS conseguisse, a duras penas, dar conta da atividade.

Uma outra ação central na atividade de trabalho dos agentes comunitários refere-se ao controle de grupos de hipertensos. Além das visitas rotineiras, esses profissionais realizam mensalmente uma reunião de grupo com todos os hipertensos. Nessa atividade os ACS tinham uma ação bastante participativa, podiam realizar palestras sobre alimentação, pesavam os usuários e auxiliavam os outros técnicos.

No entanto, essa ação foi interrompida pelos técnicos da saúde com a justificativa de melhorar a organização e a execução da atividade de grupo

N.: Aqui eu estou falando do grupo de hipertensão que não tem. [...] Eu estou tendo que inventar uma desculpa... a gente tá planejando, organizando melhor. Na realidade não tem nem previsão de volta, a gente fica sem saber o que fazer porque o usuário pergunta... Eu não posso falar o que está acontecendo. É uma situação chata, mais fazer o que?

Percebe que o sujeito frente uma atividade impedida desenvolve outra para não ter que fazer aquilo que ele deve fazer. Que é justamente levar o usuário hipertenso á reunião do grupo. Clot (2006) explica que o real da atividade não é somente aquilo que é feito, mas também aquilo que o sujeito deseja fazer sem poder, seus sonhos, é a ação que o sujeito faz para refazer.

Uma outra profissional, ao perceber durante o processo de auto-confrontação cruzada, que sua companheira trata do assunto das reuniões de hipertensão afirma:

V.: Não sei mais o que falar, que eles os usuários cobram da gente o tempo todo, a gente precisa – se dirigindo a outra agente - retomar os grupos.

A realidade da atividade de trabalho dos agentes sinaliza um processo de fragmentação do coletivo de trabalho. O fato de haverem três equipes fixas, cada qual responsável pela sua área, dificulta a constituição e o desenvolvimento do gênero na medida em que, os recursos são partilhados entre os sujeitos de uma mesma área e não entre áreas distintas.

Na realidade, as três equipes que fazem parte do serviço compartilham uma única realidade, um único território, cabe nesse sentido, mobilizar os agentes comunitários na tarefa de refletirem sobre suas ações e sobre sua profissão, a fim de fazer colaborar, criar laços que permitam desenvolver a profissão de agente comunitário de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível apreender algumas questões relevantes durante o percurso de análise do trabalho do agente comunitário. A primeira delas remete a uma contradição: a distância entre aquilo que é idealizado – agente de saúde como elemento nuclear no processo de reorientação dos serviços de saúde, detentor de uma liderança capaz melhorar as condições de vida e saúde na comunidade – e a expressão dessa idealização no plano da realidade – profissionais que carecem de condições materiais, técnicas e éticas que possibilitem o trabalho em PSF.

Somam-se a isso as dificuldades “inerentes” a própria profissão, verificadas em campo, como o fato de os profissionais estarem submetido às condições climáticas durante grande parte da jornada de trabalho. A necessidade de percorrer um trajeto longo e íngreme a fim de cobrir sua área de abrangência.

A complexidade em desenvolver seu trabalho no contexto social, repleto de valores e preconceitos dificultando sua atividade; o compartilhamento de espaço com veículos e pessoas de caráter duvidoso. Todos esses elementos falam de uma vulnerabilidade que vem sendo encarada pelos gestores como algo natural a profissão, daí o pagamento de periculosidade.

O reflexo dessa injunção que perpassa o dia-a-dia desse profissional é a formação de um discurso repleto de queixas de desgaste físico e mental; que, somado a falta de significado de sua atividade junto a equipe e a comunidade, formam um quadro intrincado e de difícil solução.

Esse estado da arte compele aos gestores - definidores das políticas - e aos pesquisadores - produtores de saber - a se organizarem também numa rede dialógica, onde possam constituir elementos de concordância sobre como reverter esse quadro.

Essa pesquisa buscou contribuir com essa empreitada, porém por um caminho diverso do anterior. Ela trouxe os sujeitos pesquisados para o centro da discussão sobre os obstáculos que se interpõem a incorporação da saúde no trabalho.

A participação na pesquisa, segundo os próprios sujeitos, contribuiu para uma ampliação da percepção acerca daquilo que fazem, dos dilemas e impedimentos ao agir. Muitos relataram que, ao se confrontar consigo mesmo em situação de trabalho, novas janelas foram abertas, novas formas de estar e ser no trabalho puderam ser construídas.

O coletivo profissional mostrou-se pleno de potencialidade, o debate final, junto ao grupo, possibilitou transparecer sementes de cooperação e compartilhamento de

experiência, e acima de tudo, a consciência de que para fazer frente aos desafios do real é vital que haja um fortalecimento contínuo de sua profissão.

Uma modificação concreta no dia-a-dia dos ACS a partir dessa pesquisa deve ser destacada, essa modificação diz respeito uma nova conformação, um novo arranjo dos encontros dos trabalhadores com sua atividade. Antes e durante o período de realização da pesquisa, os trabalhadores não tinham um espaço um tempo dedicado a discussão acerca de seu trabalho, ou seja, não havia reunião da equipe de ACS. Logo, esse fator se interpunha à possibilidade de os profissionais efetivarem trocas de experiências e saberes. Isso, como visto, praticamente impossibilita a construção do gênero e do coletivo dessa profissão.

O momento em que os profissionais se encontravam era, principalmente, no início do expediente, porém esse encontro não era dedicado à discussão acerca do trabalho, outros assuntos eram muito mais presentes, como a compra e venda de produtos entre os profissionais, os comentários sobre aspectos familiares e pessoais, conteúdos culturais em geral como televisão, passeios, diversão. Ademais outros profissionais e elementos da comunidade a todo momento interrompiam a conversa com uma demanda qualquer.

Nesse contexto, não havia a compreensão de que o outro poderia ser um aporte fundamental no modo de realizar o trabalho, no encontro de novas formas de superar os obstáculos ou no desenvolvimento de uma forma mais salutar de desenvolver a relação ACS – comunidade e ACS – serviço e não menos importante do ACS com seu eu.

A partir da consecução dessa pesquisa, um novo modo de perceber o outro foi constituído, os trabalhadores conseguiram junto ao serviço um espaço e um tempo para realizar uma reunião semanal somente entre os ACS, na qual pudessem debater aspectos do trabalho – dificuldades, conquistas, fatos ocorridos e novas idéias.

Uma nova leitura acerca de si mesmo e do outro está emergindo, se antes os ACS se reconheciam apenas como sujeitos que faziam o mesmo trabalho, hoje os ACS estão em busca das idiossincrasias, das particularidades e das vivências de cada um no curso diário de trabalho. Ou seja, a reunião semanal de cinquenta minutos que hoje se realiza vem permitindo que os ACS troquem experiências do e no trabalho.

Além disso, a partir das reuniões semanais dos agentes comunitários, os outros membros da equipe começaram a perceber a especificidade, o valor desse profissional e o esforço no desenvolvimento dessa profissão. Muitas idéias surgidas no curso das reuniões estão refletindo não só no trabalho do ACS, mas na organização do serviço

como um todo, melhorando a relação do PSF com a comunidade e trazendo maior equilíbrio na relação entre os vários profissionais que fazem parte da equipe do PSF.

Enfim, o interesse dessa pesquisa sobre a atividade de trabalho ACS despertou nos atores desse trabalho uma maior consciência sobre a importância de suas ações sobre a produção da saúde na comunidade, assim como a importância do trabalho na produção da saúde/doença nos ACS. Ademais, os outros membros da equipe passaram a olhar o ACS como um elemento cuja ação é mais complexa e potente do que supunham, refletindo numa relação de trabalho mais equilibrada e coesa.

Como abordado durante o estudo teórico o ACS é preconizado pelo serviço e pela gestão como um elemento nuclear dentro do Programa de Saúde da Família, capaz de criar vínculo com a comunidade, acionar as forças sociais, atuar promovendo a saúde e prevenindo a doença.

Contudo, a idealização desse personagem esbarra na concretude de sua limitação que deve ser reconhecida, uma vez que a estabelecimento do saber-fazer remete a definição dos limites, das fronteiras - ainda bastante incipiente. Repercute desse quadro a crescente pressão nesse profissional para incorporar ações cada vez mais amplas, o que gera desgaste, frustração por não dar conta de tudo, fadiga e esvaziamento do trabalho.

Esse trabalho buscou chamar atenção para esse fato presente na realidade pesquisada, mais acima, visou chamar a atenção para essência desse quadro, que é a reativação do ACS - cidadão-sujeito – portador de direitos e responsabilidade, mas também de desejos, afetos, saberes e história.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, E. S. de; Castro, C. G. J. Vieira, C. A. L. Distritos sanitários: concepção e organização. Disponível em: http://bases.bireme.br/bvs/sp/P/pdf/saudcid/vol1_00.pdf. Acesso em: 11. nov. 2007.

Antunes, R. Reestruturação produtiva e mudanças no mundo do trabalho numa ordem neoliberal. In: Dourado, L.F.; Paro, V.H. (Orgs.). Políticas públicas e educação básica. São Paulo: Xamã, 2001, p. 13-27.

Antunes, R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez/Edunicamp, 1995.

Assunção, A. A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4): 1005-1018 2003. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v8n4/a22v8n4.pdf. Acesso em: 15 nov. 2007

BASTOS, N.C. B. SESP/F.SESP 1942 – Evolução Histórica – 1991. 2. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1996.

Borsntein, V. J. O agente comunitário de saúde na mediação de saberes. 2007, 231 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

Brasil, Lei 11350. Acesso em 20/11/2007, disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm.

Brasil. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS – doutrinas e princípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

Brasil, Ministério da Saúde. Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família. Brasília: Departamento da Atenção Básica, 2008.

_____. Ministério da Saúde A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília, 2006.

_____. Constituição (1988). A Constituição da República Federativa do Brasil. 16° Edição; São Paulo: Saraiva, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

_____. Ministério da Saúde. Algumas questões básicas sobre o SUS e a gestão municipal de saúde. Brasília: 1996

_____. Ministério da Saúde. Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/referencial_Curricular_ACS.pdf> Acesso em: 12 out. 2007

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e Saúde da Família. Disponível: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em 12 de dez. de 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde e comunidade. O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000. 119 p.

Brito, J. Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero *Ciência & Saúde Coletiva* 10 (4): 879-890, 2005.

Brito, J. Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: Figueiredo, M.; Athayde, M.; Brito, J. & Alvarez, D. (Orgs.) *Labirintos do Trabalho. Interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

Campos, G. W. S. de. *A saúde pública em defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991

Canguilhem, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1990.

Caponi, S. A Saúde como Abertura ao Risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.

Carvalho, A. I. de et al., Modelos de atenção à saúde (II): aspectos operacionais e inovações. In: *Gestão de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília: UNB. 1998.

Castro, J. L., Vilar, R. L. A., Fernandes, V. P. Precarização do trabalho do agente comunitário de saúde: um desafio para a gestão do SUS. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil, OPAS – MS*. Brasília, 2004.

Clot, Y *A Função Psicológica do Trabalho*. Petrópolis: Editora Vozes, 2006.

Clot, Y. Prefácio à edição brasileira. In: LIMA, M. E. A. (Org.). Escritos de Louis Le Guillant. Da Ergoterapia à psicopatologia do trabalho. Petrópolis: Editora Vozes, 2006 a.

Clot, Y. Entrevista: Yves Clot. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, São Paulo, vol. 9, n. 2, p. 99-10, 2006 b. Disponível em: <http://pepsic.bvspsi.org.br/pdf/cpst/v9n2/v9n2a08.pdf>. Acesso em: 22 set. 2007

_____. Clínica da Atividade: uma abordagem para a compreensão e transformação das situações de trabalho. *Notas do Curso* ministrado pelo prof^o. Yves Clot, promovido pelo Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG, realizado de 24 a 27 de setembro de 2007.

_____. Psychopathologie du travail et clinique de l'activité. *Revue Éducation Permanent*, 146 (1), 35-46. 2001.

_____. Clínica do trabalho, clínica do real. *Le journal des psychologues*, p. 48-51, n^o 185 – mars. 2001 a.

Cohn, A. Políticas de Saúde: o caso Brasil. In: Campos, G. W. S. de et al. (Orgs.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2006.

Cohn, A.; Elias, P. E. M. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(Suplemento): 173-180 2002.

Cordeiro, H. Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.

Costa, N. R. Lutas urbanas e controle sanitário: origem das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: editora Vozes, 1986

Cornu, R. Educação saber e produção. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

Dias, E. C.; Hoefel, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva* 10 (4): 817-828, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a07v10n4.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2007.

Scorel, S. et al. Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: (síntese dos principais resultados). Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - Ministério da Saúde; 2002.

Facchini, L. A. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: Buschinelli, J. T. P.; Rocha, L. E.; Rigotto, R. M. (Orgs.) Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 33-35.

FRANÇA, M. No princípio dialógico da linguagem, o reencontro do Homo loquens com o ser humano industrializado. In: Figueiredo, M.; Athayde, M.; Brito, J. & Alvarez, D. (Orgs.) Labirintos do Trabalho. Interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

Fernández, G.; Clot, Y. Entrevistas en auto-confrontación: un método en clínica de la actividad. *Laboreal*, 2, (1), 15-19, 2007. Disponível em: <<http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU5471122987296762231>>. Acesso em 18 ago. 2007.

Gomes, C. M.; Minayo, M. C. S. de. Enfoque ecossistêmico de saúde: uma estratégia transdisciplinar. *Interfacehs*, v.1, n.1, art 1, ago 2006.

Lacaz, F. A. C O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(4): 757-766, abril, 2007.

Laurell, A. C.; Noriega, M. Processo de Produção e Saúde. São Paulo, Hucitec, 1989.

Luz, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática – anos 80. *Physis* 1(1): 77-96. 1991.

Luz, M. T., Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática – anos 80. In: Santana, J. P. (Org.) Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do sistema único de saúde (SUS), Brasília: OPAS. 1997.

Luz, M. T. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2):293-312, 2000.

Machado, J. M. H., Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 13 (supl. 2): 33-45, 1997.

Mendes, E. V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec. 2º edição, 1999

Mendes, E.V. (Org). Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

Minayo-Gomes, C.; Thedim-Costa, S. M. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cadernos de Saúde Pública Rio de Janeiro, v. 13 (supl. 2): 21-32, 1997.

Minayo, M. C. S.; D'elia, J. C.; Svitone, E. Programa agentes de saúde do Ceará. Fortaleza: Unicef: 1990.

Neves, M. et al. Comunidade ampliada de pesquisa: trabalhadores/as de escolas públicas compartilham saberes na busca da promoção da saúde nos locais de trabalho. Revista Eletrônica Extensão Cidadã, Vol. 2, 2006.

Noronha, J. C.; Levcovitz, E. AIS - SUDS - SUS: os caminhos do direito à saúde. In: Guimarães, R.; Tavares, R. (Org.). Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

Nogueira, R. P.; Silva, F. B.; Ramos, Z. V. O. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde. Textos para discussão, 2000; IPEA nº 735. Disponível em: www.ipea.gov.br.

Nogueira, R. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v6, n10, p.75-94, fev. 2002.

Nunes, E. D. Sobre a história da Saúde Pública: idéias e autores. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p. 251-264, 2000.

Nunes, E. D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. S. de et al. (Orgs.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2006.

Nunes, O. M. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cadernos de Saúde Pública, v.18, n.6, p.1639-46, 2002.

Oddone, I. et al. Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec, 1986.

Oddone, I.; Re, A.; Briante, G. Redécouvrir l'expérience ouvrière. Paris: Éditions Sociales, 1981.

Oliveira, J. A. A. de.; Teixeira, S. M. F. (Im) previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: editora Vozes, 1989.

Osório Da Silva, C. Vida de Hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde. *Tese de Doutorado*. ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2002.

Paim, J. S. Vigilância da Saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais... In: Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.

Porto, M. F. S.; Almeida, G. E. S. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(2):335-347, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10252.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2007.

Saldanha, C. R. M. Avaliação do PSF em Juiz de Fora, maio, 2003. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5325.pdf>.

Santorum, K. M. T. Pelas fendas do trabalho vivo. Textos, contextos e atos na atividade de Vigilância em Saúde do Trabalhador. 2006, 173 f. Tese (Doutorado) –Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

Schwartz, Y. Trabalho e uso de si. In: *Pro-posições*. Faculdade de Educação da UNICAMP, no. 32, 2000.

_____. A abordagem do trabalho reconfigura nossa relação com os saberes acadêmicos: as antecipações do trabalho. In: Souza-e-Silva, M. C. & Faïta, D. (orgs.) *Linguagem e Trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França*. São Paulo: Cortez, 2002. p.109 – 126.

_____. Trabalho e Gestão: níveis, critérios, instâncias. In: Figueiredo, M.; Athayde, M.; Brito, J. & Alvarez, D. (Orgs.) *Labirintos do Trabalho. Interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

_____. Os ingredientes da competência: Um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educação & Sociedade*, vol.: 19, n: 65, p. 101-140, 1998. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-01998000400004>. Acesso em: 15 nov. 2007.

Senett, R. A cultura do novo capitalismo. Rio de Janeiro, Record, 2006.

Silva, J. A. da. Agente comunitário de saúde do projeto qualis: agente institucional ou agente de comunidade? 2001, 211 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

Silva, J.; Dalmaso, A. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber o fazer. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2002.

Silva, M. J. Agente de saúde: agente de mudança? – a experiência do Ceará. Fortaleza, Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997.

Solla et al. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. Saúde Debate. Londrina: v.5, p. 4–15, 1996.

Sousa, M. F. Agente Comunitário de Saúde. Choque de povo. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

Telles, A. L.; Alvarez, D. Interface ergonomia-ergologia: uma discussão sobre o trabalho prescrito e normas antecedentes. In: Figueiredo, M.; Athayde, M.; Brito, J. & Alvarez, D. (Orgs.) Labirintos do Trabalho. Interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

Teixeira, S. M. F. A questão democrática na saúde. In: Teixeira, S. M. F (Org.). Saúde e democracia – a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, p. 25-41, 1997.

Trapé, C. A.; Soares, C. B. A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da categoria práxis. São Paulo, n° 15(1), 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0207/pdfs/IS27\(2\)032.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0207/pdfs/IS27(2)032.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2007).

Vasconcelos, R.; Lacomblez, M. Redescubramo-nos na sua experiência: O desafio que nos lança Ivar Oddone. Laboreal, n. 1, (1), 38-51, 2005. Disponível em: <<http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU5471122647:5: 23351>>. Acesso em: 22 ago. 2007.

Viana, A. L. A., Dal Poz, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de Saúde da Família. *Physis*, 8(2):11-48, 1998.

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “*Meios de Trabalho / Espaço de Vida: a atividade de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde*”. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar desta pesquisa, sem qualquer prejuízo.

Este estudo tem como principal objetivo conhecer a sua percepção sobre as condições de seu trabalho. A principal justificativa desse estudo é a necessidade de conhecer o que pensa o agente comunitário de saúde sobre as atividades de trabalho que desempenha. Esse conhecimento é indispensável para a adoção de medidas que visem à melhoria das condições de trabalho e saúde dos agentes comunitários de saúde.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em: a) permitir o acompanhamento de um pesquisador do projeto durante um dia de seu trabalho; e b) responder às perguntas feitas durante os grupos focais. Não haverá nenhuma compensação financeira / pagamento pelo fornecimento destas informações. O benefício relacionado com a sua participação é a contribuição para a melhoria das condições de trabalho e de vida dos agentes comunitários de saúde.

Os riscos relacionados à sua participação na pesquisa restringem-se à sua identificação como informante. Para evitar esta situação, as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Você será identificado, apenas, pela sua idade, sexo e profissão. O seu depoimento será usado para que melhor possamos entender a realidade do seu trabalho e do(s) curso(s) ao(s) qual(is) está envolvido. As falas aqui gravadas serão reproduzidas apenas em publicações científicas, respeitando-se o sigilo do seu nome. Todo o material gravado ficará sob a guarda do pesquisador principal. As fitas cassete com os registros das entrevistas serão destruídas após quatro (4) anos do término do projeto.

A qualquer momento você poderá solicitar uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação:

Frederico Peres
Pesquisador
CESTEH / ENSP / Fiocruz
R. Leopoldo Bulhões 1480 – sala 29
Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ
Tel. (21) 2598-2825

Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp
R. Leopoldo Bulhões 1480 – sala 314
Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ
Tel. (21) 2598-2863

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

ANEXO 2 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE FILMAGEM

Autorizo os responsáveis pelo projeto *“Meios de Trabalho / Espaço de Vida: a atividade de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde”* a realizarem registro em vídeo das atividades de trabalho por mim realizadas.

As imagens aqui registradas serão utilizadas somente durante a etapa de grupos focais, sendo apresentadas aos grupos formados pelos agentes comunitários de saúde dessa Unidade Básica de Saúde. Outros Agentes Comunitários que trabalham em sua Unidade Básica de Saúde deverão assistir a essas gravações e, após a exibição, haverá um debate sobre as imagens e situações mostradas nelas. Não haverá qualquer compensação financeira / pagamento pela cessão de uso dessas imagens. Não haverá publicação dessas fotos e imagens em nenhum meio de comunicação. Todo o material gravado / registrado ficará sob a guarda do pesquisador principal. As fitas de vídeo serão destruídas após um (4) anos do término do projeto.

A qualquer momento você poderá solicitar uma cópia deste termo de autorização onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação:

Frederico Peres
Pesquisador
CESTEH / ENSP / Fiocruz
R. Leopoldo Bulhões 1480 – sala 29
Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ
Tel. (21) 2598-2825

Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp
R. Leopoldo Bulhões 1480 – sala 314
Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ
Tel. (21) 2598-2863

Declaro que entendi os termos dessa autorização e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

ANEXO 3 – MAPA COM A DIVISÃO DAS SUBÁREAS DO TERRITÓRIO DO BAIRRO BANDEIRANTES.

