



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**

**CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE**

**FACULDADE DE MEDICINA**

**VITÓRIA SOLANGE COELHO FERREIRA**

**MICROPOLÍTICA DO PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE  
SAÚDE (ACS): território de produção de cuidado e subjetividades**

**RIO DE JANEIRO**

**2008**

**VITÓRIA SOLANGE COELHO FERREIRA**

**A MICROPOLÍTICA DO PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE  
SAÚDE (ACS): território de produção de cuidado e subjetividades**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisitos parcial a obtenção do título de Doutor em Medicina (Clínica Médica – Micropolítica do Trabalho e Cuidado em Saúde)

Orientadores: Túlio Batista Franco

Emerson Elias Merhy

**RIO DE JANEIRO**

**2008**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Ferreira, Vitória Solange Coelho

Micropolítica do processo de trabalho do agente comunitário de saúde (ACS): território de produção de cuidado e subjetividade / Vitória Solange Coelho Ferreira. – Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina. 2008.

299 f.; 31 cm.

Orientadores: Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy, Marcelo Gerardin Poirot Land.

Tese (doutorado) – UFRJ/Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica (Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde), 2008.

Referências bibliográficas: f. 265-279.

1. Auxiliares de Saúde Comunitária - psicologia. 2. Programa Saúde da Família. 3. Saúde Pública – recursos humanos. 4. Psicologia Social. 5. Brasil. 6. Pesquisa Qualitativa. 7. Humanos. 8. Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde – Tese. I. Franco, Túlio Batista. II. Merhy, Emerson Elias. III. Land, Marcelo Gerardin Poirot. IV. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica. V. Título.

**FOLHA DE APROVAÇÃO**  
**VITÓRIA SOLANGE COELHO FERREIRA**

**A MICROPOLÍTICA DO PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE OMUNITÁRIO  
DE SAÚDE (ACS): território de produção de cuidado e subjetividades**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisitos parcial a obtenção do título de Doutor em Medicina (Clínica Médica – Micropolítica do Trabalho e Cuidado em Saúde)

Aprovada em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

**Profª. Drª. Maria Paula Cerqueira Gomes**  
**Universidade Federal do Rio de Janeiro**

---

**Prof. Dr. Marcelo Gerardin Poirot Land**  
**Universidade Federal do Rio de Janeiro**

---

**Profª. Drª. Ana Lúcia Abrahão da Silva**  
**Universidade Federal Fluminense**

---

**Profª. Drª. Laura Camargo Macruz Feuerwerker**  
**Universidade Federal de São Paulo**

---

**Profª. Drª. Cristina Setenta Andrade**  
**Universidade Estadual de Santa Cruz**

## DEDICATÓRIA

À equipe de saúde da família e aos agentes comunitários de saúde, dedico esta produção coletiva pela carinhosa disponibilidade e abertura aos nossos bons encontros. Agradeço a generosidade e a oportunidade de podermos “embarcar” juntos nesta viagem em que fomos sendo produzidos simultaneamente ao processo de investigação.

Aos meus filhos Mateus e Raísa e minha filha intercambista Saskia pela compreensão e carinho durante os períodos de nossa separação e pela paciência e tolerância nos momentos de minha presença ausência em frente ao computador.

Jerônimo companheiro e amigo de todos os momentos, obrigada pela paciência e carinho.

Aos meus pais Osvaldo (in memorian) e Nilza por tudo ...

## **AGRADECIMENTOS**

Meus agradecimentos especiais a todos que contribuíram com essa produção

A meu amigo e orientador Túlio Batista Franco pela paciência, como bom mineiro, compreensão e pelos ensinamentos, compartilhamento e orientações. Obrigada pela sua valiosa participação nesse processo de minha vida.

A Emerson Merhy e a Laura Feuerwerker pela sua perspicácia, sabedoria e sagacidade em interrogar o sentido do que estamos produzindo, muitas vezes nos desorientando e nos deixando sem chão, mas sobretudo nos levando a refletir.

A Paula Cerqueira, Ana Abrahão e Ricardo pelas pertinentes contribuições.

A Teresa Gouda pela sua disponibilidade, atenção e carinho nos momentos em que precisei de sua ajuda.

Aos meus colegas e amigos da linha de pesquisa pelo carinho e bons encontros.

Aos meus irmãos César, Osvaldo, Dulce, Catarina e Socorro.

As minhas primas Ilma e Cristina pelo carinho, paciência e por me receberem sempre tão bem.

As minhas colegas e companheiras de jornada Jeane, Alba, Cristina, Regina, Luisa e Soraya meus agradecimentos carinhoso.

As minhas amigas Gildete Improtta e Cristina Camargo por sua presença e compreensão nesse caminhar.

A Olga por sua prestimosa ajuda e solidariedade.

## RESUMO

FERREIRA, Vitória Solange Coelho. Micropolítica do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS): território de produção de cuidado e subjetividades. Tese (Doutorado em Clínica Médica pelo Centro de Ciências da Saúde) Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

Este estudo analisa a produção do cuidado e da subjetividade do ACS, tendo como substrato a micropolítica do processo de seu trabalho. Trata-se de uma pesquisa cartográfica que se propõe a acompanhar os afetos, as velocidades diferenciais, os fluxos e conexões partícipes de seus distintos modo de operar o cuidado. Pressupõe-se que a subjetividade seja histórica e socialmente construída e, como todo trabalhador de saúde, produz o cuidado. Teve como fonte de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, o grupo focal, a observação direta e as oficinas. A análise utilizou os fatores de afetivação a partir dos quais foram construídos os marcadores. Os resultados revelam que o ACS desenvolve seu trabalho entre a tensão de duas lógicas distintas e simultâneas que convivem entre si na realidade, produzindo um cuidado ora centrado na racionalidade normativa, instrumental e medicalizante, ora sustentada por uma lógica relacional e acolhedora, utilizando do seu autogoverno para inventar novos modos de assistir. No que pese sua prática cuidadora e seu manejo acolhedor, não consegue contaminar a equipe que se encontra aprisionada pelo trabalho morto, instituído e organizado, dificultando o processo de reestruturação produtiva.

Palavras-chave: processo e tecnologias de trabalho, subjetividade, reestruturação produtiva, cuidado.

## ABSTRACT

FERREIRA, Vitória Solange Coelho. Micropolitics of the work process of the Community Health Worker (CHW): Territory of care production and subjectivities. Tese (Doutorado em Clínica Médica pelo Centro de Ciências da Saúde) Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

This study analyzes the production of care and the subjectivity of the Community Health Worker having as substrate the micropolitics of their work process. It's about a cartographic research that proposes to follow the affections, the differential speeds, the flows and connections involved in their distinct ways of operate care. It is assumed that the subjectivity is historical and socially built and, as all health worker, it produces care. It has as source of data collecting the semi-structured interview, the focal group, the direct observation and the workshops. The analysis has used the factors of affectiveness from what were built the marks. The results reveal that the Community Health Workers develop their job between the tension of two distinct and simultaneous logics that live with one another in the reality producing a care sometimes focused on the normative rationality, instrumental and medicalizing, sometimes sustained by a relational warming logic making use of its autonomy to invent new ways of assistance. Despite its caring practice and its warm management, cannot contaminate the team which is trapped by the dead work, set and organized, making the process of productive restructuration harder.

Keywords: process and work technologies, subjectivity, productive restructuration, care.



## SUMÁRIO

	Pág
<b>RESUMO</b>	
<b>ABSTRACT</b>	
<b>INTRODUÇÃO</b>	07
<b>CAPÍTULO 1 – O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS): A CARTOGRAFIA DE UMA VIAGEM.</b>	14
1.1. Reminiscências de uma Viagem: Origem e Inserção Sócio-cultural do ACS	15
1.2. Acompanhando os fluxos de intensidades em conexões na produção de uma cotidianidade.	38
<b>CAPÍTULO 2 – O AMÁLGAMA QUE CONSTITUI UM CAMPO TEÓRICO: CONSTRUINDO A CAIXA DE FERRAMENTA</b>	67
2.1. O Processo de Trabalho em Saúde: Viver e Conviver Permanentemente em uma dobra	67
2.2. O Desejo e a Produção de Subjetividades	94
2.3. A Produção do Cuidado e Reestruturação Produtiva	122
2.4. O Agente Comunitário de Saúde e o Território Existencial das Profissões de Saúde	152
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	182
<b>CAPÍTULO 3 – A PROCESSUALIDADE DE UMA VIAGEM</b>	182
3.1. Análise de Implicação: a difícil opção de começar pelo meio.	183
3.2. A Singularidade da Construção de uma Estratégia de Pesquisa: Produzindo Sentidos.	196
3.3. O território do campo de estudo e os co-autores e atores sociais da investigação.	212
3.4. Os Instrumentos de uma Viagem: Procedimentos de Coleta e Fontes de Informações	220

3.5. Explorando e Garimpando o Material da Análise	232
3.6. As Tramas e as Redes dos Resultados e Discussões	237
<b>CONCLUSÃO</b>	264
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	271
<b>APÊNDICE</b>	288

## INTRODUÇÃO

### ENCONTROS NO TERRITÓRIO EXISTENCIAL: POSSIBILIDADES DE COMPOSIÇÕES

*“Um encontro é talvez a mesma coisa que um devir ou núpcias. É do fundo dessa solidão que se pode fazer qualquer encontro. Encontram-se pessoas (e às vezes sem as conhecer nem jamais tê-las visto), mas também movimentos, idéias, acontecimentos, entidades. Todas essas coisas têm nomes próprios, mas o nome próprio não designa de modo algum uma pessoa ou um sujeito. Ele designa um efeito, um ziguezague, algo que passa ou que se passa entre dois como sob uma diferença de potencial...” (DELEUZE; PARNET, 2004, p.17).*

A opção de iniciar esta investigação de modo pouco convencional foi de certa forma imprescindível para a autora deste estudo e será também de grande importância, sobretudo, para aqueles que irão acompanhar a processualidade dos acontecimentos que serviram de dispositivos para mutações e transformações ocorridas na sua subjetividade e dos sujeitos co-participes desta produção.

Esclareço e assumo a responsabilidade pelas imperfeições, incoerências e limitações presentes neste estudo decorrente das dificuldades da pesquisadora de entender e acompanhar a abundância e a riqueza do material empírico e quem sabe de fazer as devidas articulações com os referenciais e métodos exigidos pelo objeto de estudo. Entender aqui *não tem nada a ver com explicar e muito menos com revelar* (ROLNIK, 2006, p.66), o que existe são intensidades, pedindo e buscando pontes para sua travessia.

No que pese as dificuldades sentidas, tal qual o “errante navegante” (VELOSO, 1979) acredita-se que tal graça será dado em lê-la, após os sucessivos processos de perda de sentido e desmanche de mundos foi possível recompor alguns afetos através da negociação possível entre o plano molar, enquanto

expressão de percepções estruturadas e instituídas, captável pelo olhar retínico e o plano molecular, enquanto dimensão de percepção do objeto que foge a estrutura do visível, perceptível apenas pelo olhar vibrátil, fez com que a pesquisadora percebesse as sensações circulantes na inter-subjetividade dos sujeitos que produzem e interagem com o objeto-sujeito de estudo.

Situar-me neste platô, ainda que, momentaneamente, traz para cena dois territórios existenciais constitutivos, da minha vida e com os quais tenho grande implicação: a saúde e a educação como campos sociais e políticos de saberes e práticas, em que se dão respectivamente a produção e a formação dos sujeitos e do cuidado. É a partir desses lugares, que passo a atuar no mundo, através das percepções e representações que tenho ou deixo de ter, dos afetos que componho ou deixo de compor, das relações que estabeleço com os outros e das opções ideológicas assumidas como se fossem uma construção natural e dada.

Foi também foi a partir desta implicação que passo a situar-me na dobra desta tensão atravessando e sendo atravessada por diferentes tipos de implicações e lógicas e faço as primeiras reflexões, tentando uma negociação entre esses mundos, e em particular com um dos seus recortes, o da pesquisa.

Adentro este universo e sinto a necessidade de trazer para cena as tramas e os afetos que compuseram minha dissertação de mestrado. Trabalhei com intersectorialidade em saúde, utilizei como estratégia de pesquisa o estudo de caso, em que foi feito uma análise acerca dos processos envolvidos na implantação das ações intersectoriais do Programa de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI). Minha implicação com o referido estudo esteve relacionada à minha inserção como coordenadora regional deste programa.

Situar-me, neste território, disparou diversos afetos que impactaram intensamente em minha subjetividade, fazendo com que ficasse instigada a ponto de querer torná-lo uma questão de estudo. Assim, inicio o processo de investigação, tentando entender por que as ações intersetoriais não eram implementadas se aparecem nos principais planos e programas de agências internacionais desde 1961 e eram consideradas como “prioridade” política de governo, no Brasil nos anos de 1990; e ao mesmo tempo saber quais eram as concepções dos atores sociais envolvidos sobre intersetorialidade e os obstáculos a sua implantação.

Pensei em continuar nesta mesma linha de pesquisa, no entanto, dois acontecimentos mudaram a minha pretensão inicial. O primeiro esteve relacionado à possibilidade de fazer doutorado em Montreal, por ter sido convidada para participar de um programa de pesquisa, no qual fiquei responsável em fazer uma revisão bibliográfica sobre o Agente Comunitário de Saúde (ACS). O segundo esteve vinculado à minha inserção como integrante do Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) e a minha participação no projeto de pesquisa financiado pela FAPESB “A produção do cuidado na rede básica de atenção à saúde<sup>1</sup>” onde fiquei responsável pelo subprojeto “O Processo de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS): analisando a produção do cuidado no Programa Saúde da Família (PSF)”, que posteriormente foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Ministério da Saúde.

---

<sup>1</sup> O Projeto foi realizado nos municípios de Ilhéus e Itabuna, teve como coordenador geral da pesquisa o prof. Dr. Túlio Batista Franco, como coordenadora local a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristina Setenta de Andrade e como pesquisadoras a autora deste estudo e as Prof<sup>as</sup> Ms Soraya Santiago e M<sup>a</sup> Conceição Filgueiras.

A partir de então tive as primeiras aproximações e experimentações com este campo teórico, que aborda questões relacionadas à produção do desejo e da subjetividade, a micropolítica do processo de trabalho em saúde, a teoria das profissões, ao movimento institucionalista, entre outros.

Com meu ingresso na linha de pesquisa “Micropolítica do Trabalho e Gestão do Cuidado em Saúde” e no doutorado, ocorreu um aprofundamento destes e outros temas que muito contribuíram para minha vida pessoal e profissional, (enfermeira do Ministério da Saúde e docente da UESC) em virtude dos afetamentos e dos processos de desterritorialização vivenciados que me colocaram em análise.

Outro aspecto, que não poderia deixar de considerar e comentar é a processualidade em ato, de como se deu a construção e desconstrução *sui generis* do processo de ensinar, aprender, criar, e autonomizar, sujeitos em ação nesta linha de pesquisa. Fazer parte deste coletivo implicado, muitas vezes, implicante, sempre desejante, que busca cuidar de si e do outro, produzindo vida e bons encontros, muito contribuiu com a produção desta investigação.

Nesses encontros foram tecidos os afetos, os fluxos e as conexões rizomáticas, que passam a compor esse texto e, sobretudo os extra-textos escritos, deletados e reescritos, em um processo de desterritorialização e de conjugações. Deleuze e Parnet (2004, p.66) consideram que

*Um fluxo é algo de intensivo, de instantâneo e de mutante, entre uma criação e uma destruição. É só quando um fluxo está desterritorializado que chega a fazer a sua conjugação com outros fluxos, que o desterritorializam por seu turno e inversamente.*

Entretanto, torna-se necessário fazer uma ressalva, apesar de a construção deste estudo ter sido engendrado nesses sucessivos encontros intensivos com a

participação e contribuição deste coletivo, os erros, acertos, equívocos e descaminhos são de responsabilidades da autora.

Tendo como “fator de afetivação” inicial estes dois acontecimentos citados anteriormente, começo essa viagem andando confortavelmente pelos territórios que me encantavam, e onde me sentia segura, confortável. Com minha entrada no campo empírico, ao me deparar com a realidade pulsante do *real social*, iniciou-se o processo de desmanche “do meu mundo” e de criação de outros, onde procuro encontrar máscaras para as novas composições que se esboçam e começavam a se formar.

Vivenciar estes momentos significou viver em toda intensidade a angústia e o mal-estar do processo de desterritorialização expresso pelo medo de morrer, de fracassar e de enlouquecer. Ao tempo que possibilitou a ativação do meu olhar vibrátil, permitindo-me acompanhar algumas das mutações ocorridas na produção da subjetividade da pesquisadora e do objeto de estudo.

Após negociações ocorridas no campo epistemológico, acerca da neutralidade analítica, acabou-se com o falso problema do distanciamento entre sujeito e objeto, da oposição entre consciência imediata e reflexiva, objeto real e objeto do conhecimento. Entra em cena os afetos engendrados em prol de movimentos rizomáticos sem delimitação precisa de início e fim e de acontecimentos singulares de natureza incorporal constituídos por diferentes atravessamentos, em que *o observador já está implicado no campo de observação, de que sua intervenção modifica o objeto de estudo, transformando-o* (ALTOÉ, 2004, p.83).

A experimentação dessa problemática propiciou sua negociação e permitiu abertura de espaço para discussão de outro problema referente ao confundimento de territórios existenciais que somente foi solucionado no momento em que o ACS foi considerado como alteridade, diferente da pesquisadora e, societariamente construído como pertencente ao território instituído, onde se legitima a existência dos trabalhadores do campo da produção do cuidado. Apesar de pertencer ao campo de produção do cuidado e ser um trabalhador da saúde, ele não é considerado *a priori* como sendo da mesma “tribo” das corporações profissionais por não deter um saber profissional e ter sido construído a partir de outra institucionalidade que também produz cuidado.

Perceber a tensão constitutiva presente nestes dois territórios existenciais possibilitou a pesquisadora, em um primeiro momento, criar linhas de fugas<sup>2</sup> expressas pelos *fatores de afetivação*, com os quais consegue se aproximar do objeto de investigação e posteriormente definir essa tensão, que convive simultaneamente na realidade como em uma dobra sem a existência de oposição entre o interior/exterior.

Em busca de pontes para essa travessia, inicio o caminhar, às vezes, incerto, desta viagem insólita convidando a todos que queiram embarcar para que se preparem, pois começam a ser traçados os esboços iniciais das paisagens desenhadas pelas linhas do desejo que vão formar a cartografia da “Micropolítica do Processo de Trabalho do ACS: território de produção do cuidado e subjetividades” a

---

<sup>2</sup> A linha de fuga está relacionada ao processo de desterritorialização, o mundo onde estamos situados perde o sentido. Fugir não é renunciar às ações, nada mais ativo que uma fuga. É o contrário do imaginário. É também fazer fugir, não necessariamente os outros, mas fazer alguma coisa fugir, fazer um sistema vazar [...] Fugir é traçar uma linha, linhas, toda uma cartografia. Só se descobre mundos através de uma longa fuga quebrada. (DELEUZE e PARNET, 2004, p.51)



partir dos encontros realizados entre os corpos<sup>3</sup> que direta ou indiretamente participaram do processo de formação de sua subjetividade, e das alterações e mutações ocorridas na mesma e que definirá em um recorte de tempo-espaço a sua ação no mundo e no trabalho, ou seja, a sua subjetividade.

A fim de que esta viagem fosse mais confortável e prazerosa possível, dividimos a sua trajetória de acordo com as implicações e os afetos que em diferentes momentos levaram o ACS a fazer determinadas opções, tendo como substrato as linhas traçadas pela tensão constitutiva presente na micropolítica de seu processo de trabalho e as paisagens conformadoras, em determinado contexto, dos seus diferentes perfis e modos de ser e agir, agenciadores da produção de sua subjetividade.

Contudo, convém lembrar que os percursos previstos nem sempre serão trilhados, porque novas trilhas vão aparecendo, muitas vezes, revoltas e convulsivas outras tortuosas e confusas; em outros momentos calma, serena e confortável. Então, tendo dito convido a todos embarcar nesta viagem está começando, não sei se é nossa aventura ou desventura?...

---

<sup>3</sup> Não estamos nos referindo apenas aos corpos humanos, mas, a corpos sonoros, corpos de uma idéia, de animais, de uma língua, de uma coletividade, de instituições (ROLNIK, 2006). Espinosa define o corpo na sua individualidade de duas maneiras simultâneas. A primeira diz respeito às relações de movimento e repouso e de velocidades e lentidões entre as partículas e a outra se refere ao poder de afetar e ser afetado dos corpos. E chama atenção de que os corpos não devem ser definidos por sua forma, função, órgãos, substância ou como sujeito, mas pelos modos que se reporta a essa complexa relação de corpo e pensamento definida anteriormente (DELEUZE, 2002).

## CAPÍTULO 1

### O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS): A CARTOGRAFIA DE UMA VIAGEM

Os caminhos percorridos em busca das paisagens responsáveis, em um dado contexto, pelo modo de produção do cuidado e o processo de trabalho do ACS, incluindo neste contexto a constituição da sua subjetividade, foram sendo produzidos a partir de diversos e diferentes recortes da realidade, repletos de múltiplas intencionalidades, implicações, desejos, medos, incertezas, mutações e tramas, partícipes desta construção.

Esse processo envolveu mudanças no percurso metodológico, em consequência de uma nova forma de olhar e, sobretudo se deixar afetar pelo objeto; manutenção, (re)elaboração e (re)invenção de outros em decorrência de implicações da autora em relação a certa forma de se produzir seu estudo, com base em métodos e territórios existenciais que tornavam o olhar insensível aos aspectos subjetivos que também operavam na produção de certos tipos de trabalho e produtos da saúde.

Dos movimentos de fluxos extensivos e intensivos presentes na relação com o objeto, com fortes afetamentos, movimentos e velocidades diferenciais foi possível, deslizar e conjugar entre e com as coisas, porque nunca se começa ou recomeça tudo novamente (DELEUZE, 2002). Percebe-se que, nessa relação, o pesquisador desliza por entre os objetos, a formação de mundos, a percepção da realidade, inter-subjetividades e afetos, introduz-se no meio, abraça-se e se impõe ritmo. E foi na imposição desses ritmos e nos atravessamentos e transversalidade dos encontros entre *corpos*, na sua condição retínica e vibrátil, foi *consentido*

penetrar em seus mistérios, como um *errante navegante*, pois como diz Caetano Veloso (1999) “*todo prazer provém do corpo, (como a alma sem corpo), sem vestes*”. E devorando fragmentos e palavras dos versos das músicas “Terra” e “Elegia” do referido autor continuo a viagem que para o leitor terá início agora.

*Por mais distante*

*O errante navegante*

*Quem jamais te esqueceria ... (CAVALCANTI; CAMPOS, 1979)*

*Feliz de quem penetre o teu mistério*

*Liberto-me ficando teu escravo*

*Onde cai minha mão, meu selo gravo*

*Nudez total: todo prazer provém do corpo*

*(Como a alma sem corpo), sem vestes (...)*

*Mas ela é um livro místico e somente*

*A alguns a que tal graça se consente*

*É dado lê-la (VELOSO, 1999)*

### **1.1. Reminiscências de uma Viagem: Origem e Inserção Sócio-cultural do ACS**

A origem e a inserção sócio-cultural dos agentes de saúde, em diferentes países e contextos históricos de sua implantação, estiveram vinculadas a questões de cunho político, econômico e social, relacionados à intempérie da natureza, a estado de calamidade pública, a questões de racionalidade técnica e econômica e de ampliação do acesso e extensão de cobertura. A solução para tais problemas tem se dado através da edição de políticas públicas setoriais, institucionalizadas ou

não formalmente, ou ainda decorrente de políticas de agências internacionais, que formulavam e direcionavam a adoção das mesmas pelos países periféricos.

No âmbito da atenção primária, essas políticas de cunho focalizador e racionalizador eram dirigidas a bolsões da população excluída da produção e consumo de bens e serviços e utilizavam a mão-de-obra de membros da comunidade por ser de baixo custo e de inserção imediata, além de facilitar o intercâmbio entre população e os serviços (NAIR et al., 2001).

A Mongólia, China, foi o primeiro país que, há 50 anos, utilizou pela primeira vez um tipo de trabalhador similar aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ao recrutar camponeses do interior através das organizações locais do Estado e treiná-los em primeiros socorros para prestarem os primeiros cuidados em vilarejos e pequenos agrupamentos (ROCHA 1998). O Canadá, também, já utilizava, desde 1920, este tipo de mão-de-obra para auxiliar o movimento de organização comunitária nas Américas.

A utilização dos agentes de saúde, em comunidades rurais e periurbanas, na América Latina e Caribe, ganha impulso na década de 70 com a estratégia de extensão dos cuidados básicos de saúde através do Plano Decenal de Saúde para as Américas, em 1972 e dos Cuidados Primários de Saúde com a Conferência de Alma Ata, em 1978. A título de exemplo podemos citar a expansão do papel das parteiras tradicionais em Kerala na Índia (NAIR, 2001), em Zibambwe na África (SPARKS, 1990) e o agente de saúde pública no Brasil.

Em sua grande maioria, essas propostas estavam voltadas para as populações rurais e das periferias urbanas, em condições adversas de vida e de

saúde e sem acesso às ações de saúde e outros serviços essenciais. Tinham como objetivo a ampliação do acesso, a extensão da cobertura, a integralidade, humanização do atendimento e a interiorização das ações de saúde e de saneamento e, como justificativa, a inclusão e a diminuição da marginalidade social e produtiva dessas comunidades que viviam/vivem em situações de extrema pobreza.

Além de utilizar como mão-de-obra o pessoal de nível auxiliar ou elementar recrutado na comunidade para o desenvolvimento de ações educativas de prevenção de doenças e promoção da saúde e de incentivar a participação da comunidade geralmente de forma utilitarista.

Como agente institucional, sua concepção é fortemente marcada pelo aparato jurídico-político do Estado, influenciando na conformação de sua subjetividade e dos conflitos advindos de seu perfil social, por representar os interesses de uma política de Bem-Estar Social do Estado de um lado e da população, de outro. A este respeito será feita algumas considerações, até mesmo porque, este estudo parte do pressuposto de que a conformação da subjetividade do ACS não está dada. Ela é construída socialmente e muitas das características definidoras do seu perfil podem estar presentes em determinados momentos e em outros não, no cotidiano de sua prática, como podem ser produzidas a depender das composições que vão se dando na micropolítica do seu processo de trabalho.

A delimitação de um dado perfil feito a partir do que se espera da atuação de determinados agentes poderá ou não vir a ser incorporada no seu agir cotidiano como uma característica "natural", como se já existisse desde sempre, como se fosse uma marca da sua subjetividade. No caso do perfil traçado para o ACS pela

política da qual se origina, tudo indica existir uma aposta na produção da subjetividade como dada, sem levar em consideração o caráter rizomático, processual e ilimitado desta produção, que não está dada.

O ACS pode operar em certos momentos de uma forma, como por exemplo, representar o interesse da comunidade e em outros operar de outro jeito, representar os interesses corporativos. Até porque assumimos diversos papéis, posicionamo-nos de diferentes formas na vida e no mundo do trabalho e somos vários em um só, estando em um processo de permanente produção, visto que as diferentes estratégias traçadas pelas linhas do desejo geram diferentes modos de produção da subjetividade.

No Brasil, estas propostas não diferem muito de outros países e estiveram relacionadas a contextos belicosos para manter a força de trabalho, a regimes de exceção visando à manutenção da estrutura de poder dominante, a situações emergenciais de crise sociais e econômicas, bem como de calamidade pública e de redemocratização do país.

Merece destaque pela sua importância e contribuição a criação, em 1942, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que, posteriormente, é incorporado pelo Ministério da Saúde, em 1960 e passa a ser chamado de Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), por ter sido um representante emblemático desses tipos propostas orientadoras dos princípios, das diretrizes, das concepções e das práticas do PACS/PSF. Aqui, as atividades desenvolvidas pela visitadora sanitária guardam estreita relação com as desenvolvidas, hoje, pelo ACS (SILVA; DALMASO, 2002a).

Em 1975, o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (BRASIL, 1976) já apontava a importância de capacitação de agentes comunitários leigos não pertencentes ao quadro institucional de serviços de saúde como estratégia para melhorar a qualidade dos serviços e do atendimento prestado a população.

Essa década torna-se palco de implementação de diversas experiências racionalizadoras, voltadas para os programas comunitários de saúde, geralmente, vinculados aos projetos de integração docente assistencial (IDA), de certas universidades e das comunidades eclesiais de base de algumas igrejas. Essas experiências<sup>4</sup> caracterizavam-se por adotarem um modelo focal de saúde comunitária, que tinha como objetivo ampliar o acesso e a cobertura dos serviços básicos de saúde para populações marginalizadas das periferias urbanas e das áreas rurais. Previa também a integração das ações preventivas e curativas através do desenvolvimento de atividades extramuros realizadas por agentes de saúde pública e a utilização de pessoal auxiliar.

Na década seguinte, nos anos de 1980, as condições sócio-políticas e econômicas instaladas no país favorecem a formulação e implementação de políticas públicas democratizantes, em especial, a descentralização das ações e serviços de saúde, através de diversas experiências<sup>5</sup> pontuais (ALMEIDA et al.,

---

<sup>4</sup> Trata-se da implantação de programas de extensão de cobertura (PEC's) que teve como maior expressão o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste em 1976 (PIASS), as experiências do Programa de Saúde Comunitária de Montes Claros em Minas Gerais, (PAIM, 2002), o projeto piloto de Paulínia desenvolvido pela USP-SP, o de Londrina-PR, o de Niterói-RJ, o de Campinas em fins dos anos 70 e o Projeto Integrado de Desenvolvimento da Bacia do Rio Paraguaçu (PIDERP) Bahia (PIMENTA, 1999)

<sup>5</sup> O programa Nacional de Serviços Básicos em Saúde (PREV-SAÚDE), 1980, apesar de não ter sido implantado por questões de ordem políticas e corporativas, seus ideários influenciam as experiências que foram implementadas na época; Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), 1981; AIS, 1982-1985 SUDS, 1985-1987. Tivemos, também, no final desta década, as propostas dos SILOS e Cidades Saudáveis.

1989; OPAS, 1990) que serviram de base à implantação de programas como o de agentes de saúde posto em prática inicialmente em Recife em 1985 com o Projeto Casa Amarela<sup>6</sup>.

A partir de então, experiências concretas vêm sendo desenvolvidas e testadas em diversos estados e municípios<sup>7</sup> com a incorporação de agentes comunitários de saúde no processo de descentralização das ações e serviços de saúde e de reorganização do modelo de atenção vigente, visando à melhoria da realidade sanitária de grupos específicos. Dentre elas, temos a experiência do PIASS do Vale da Ribeira implantado em 17 (dezessete) localidades da zona rural de 08 (oito) municípios de São Paulo em 1981. (SILVA, 1984, 2001)

Não obstante esses programas de saúde terem assumido na primeira metade dos anos 80 um caráter de medicina simplificada, os ideários da SPT-2000<sup>8</sup> foram amplamente incorporados e difundidos pela reforma sanitária, servindo como balizador de mudanças das atuais práticas e de reorganização do sistema de saúde no âmbito da atenção básica.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), diversas estratégias organizacionais, gerenciais, de modelo de atenção e gestão têm sido implementadas em diferentes municípios. No âmbito federal, as leis orgânicas da saúde e os instrumentos jurídicos normativos têm direcionado à política do setor nos três âmbitos de governo, indicando os tipos de gestão a serem assumidas pelos municípios e estados, e apontando como estratégia de reorganização do atual

---

<sup>6</sup> Teve origem a partir da experiência docente-assistencial realizada no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) em Recife, que trouxe em seu bojo os principais elementos que serviram de base para implantação de outras experiências nos estados do Nordeste.

<sup>7</sup> Ceará, Goiás, Pernambuco, Maranhão, Vale do Ribeira (SP), Rondonópolis (MT) (BRASIL, 1994a).

<sup>8</sup> Referente à integralidade, à descentralização, à equidade, à intersetorialidade, à participação da comunidade e à regionalização e hierarquização dos serviços,



modelo de atenção Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa Saúde da Família (PACS/PSF).

Nos idos de 1990, as contribuições das experiências vivenciadas em diversos municípios e descritas por Gastão Wagner de Sousa Campos (1991, 1997a, 1997b, 2000), Luiz Carlos de Oliveira Cecílio (1997, 2001), Túlio Batista Franco (1999, 2000, 2003a) e Emerson Elias Merhy (1993, 1997a, 1997b, 1998)<sup>9</sup> representam o esforço de experimentação de propostas, que apostam em novos modos de produzir saúde no espaço das micropolíticas de intervenção do processo de trabalho em saúde, enquanto possibilidade de reinvenção e de dispositivo de mudança das práticas clínicas e sanitárias, na perspectiva de autonomização dos sujeitos e em defesa radical da vida individual e coletiva.

A primeira experiência de implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)<sup>10</sup> como uma estratégia abrangente de saúde pública estruturada ocorreu, em 1987, *no estado do Ceará* (TOMAZ, 2002) e posteriormente foi estendido para todo o Nordeste. A entrada da cólera no País e a eminência de uma epidemia na Região Norte, fazem com que o programa seja estendido em caráter emergencial para esses estados (BRASIL, 1994a). Em 1993 é implantado na Região Centro Oeste e na Bahia em 1991, contudo devido à indefinição político-administrativa a respeito do programa sua implantação ocorre em maio de 1992.

---

<sup>9</sup> Estes experimentos foram realizados em Campinas (SP), Betim (MG), Belo Horizonte, Piracicaba (SP), Ipatinga (MG) e no Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde da Unicamp (LAPA).

<sup>10</sup> Em 1986 o programa é idealizado e faz parte do plano de governo de Tasso Jereissati e em 1987 tem início uma experiência piloto com recursos financeiros do programa de emergência para o combate dos efeitos da seca sendo implantado no ano seguinte conforme proposta pensada inicialmente. A idéia básica era selecionar membros da própria comunidade, com idade mínima de 18 anos, vontade de realizar trabalho comunitário e disponibilidade de 08 horas diárias e treinar em ações básicas, para que pudessem desenvolver um trabalho de educação sanitária através de visitas domiciliares e de reuniões com as famílias, (ANDRADE, 1998)

Dois anos após sua implantação no Ceará, foi possível constatar o potencial do programa no desenvolvimento das ações de saúde comunitária, resultando em amplo apoio populacional e institucional em virtude dos resultados favoráveis expressos na mudança dos indicadores de saúde materno-infantil. A partir de então, expande-se, rapidamente, alcançando uma cobertura de 91% da população no interior do Estado com um total de 8.853 agentes de saúde (ANDRADE, 1998).

O sucesso do programa no Ceará e o agravamento da situação de saúde, expressos pelos indicadores de morbimortalidade, levaram o Ministério da Saúde (MS) através da Fundação Nacional de Saúde (FNS) optar por sua institucionalização, em 1991. Enquanto estratégia para responder a demanda reprimida no âmbito da atenção primária de saúde, estava voltado prioritariamente para populações marginalizadas, visando ampliar o acesso à informação, às ações de educação em saúde e à assistência voltada para o grupo materno infantil (BRASIL, 1991, 1993, 1994a). Nesse momento, recebe o nome de Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS) e no ano seguinte passa a ser chamado de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Sua implantação, nessa época, privilegiava áreas de maior risco social que faziam parte do Mapa da Fome traçado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) como também os municípios inseridos no Programa de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) ou da Comunidade Solidária. (FERREIRA, 2000). O PSF ainda não representava uma proposta de substituição do PACS, apenas em 1997 é que foi apresentado como *modelo substitutivo da rede básica tradicional*, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), passando a ser considerado como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde.

Para Sousa, (2003) a implantação do PACS consegue de certa forma recuperar os diferentes e diversos experimentos similares os quais foram testados no País a partir do final dos anos de 1960, enquanto Nogueira; Silva; Ramos, (2000, p.1) considera que essa proposta possui uma *conotação comunitarista que prenuncia um novo paradigma de política social que apenas nessa década começa a ser entendido e ensaiado pelo Estado*, mas que sua implementação depende de uma *base ampla de iniciativas institucionais de solidariedade por parte da sociedade civil*, ainda, inexistente no Brasil.

Um dos aspectos relevantes na proposta do PACS/PSF é a peculiaridade da mesma *ser parte de uma política de Estado* que, de um lado, pretende alterar o modo de produção da saúde e do outro compatibilizar e articular o papel de mediador e tradutor do ACS entre universos culturais e linguísticos distintos, territórios de disputa e tensão.

Essa especificidade traz consigo algumas implicações. A primeira refere-se à construção histórica e social do ACS, enquanto trabalhador de saúde pertencente ao território da produção do cuidado, lócus onde se legitima a existência de trabalhadores detentores de um núcleo de saber profissional auferidos formalmente através de uma *educação profissional específica e da regulação da atividade no mercado de trabalho em saúde* conhecida como profissionalização (MENDONÇA, 2004, p.353). A outra, apesar de estar inter-relacionada com a primeira traz em seu bojo algumas contradições e implicações; isto porque ao mesmo tempo em que é considerado como um trabalhador diferenciado ou *genérico* (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000) do campo instituído da produção do cuidado, ele não é reconhecido a priori como um trabalhador de saúde, por ser detentor de um núcleo profissional

adquirido em outras instituições que legitima a sua existência. O ACS tem outra institucionalidade que orienta a sua inserção no mundo do trabalho em saúde e que irá definir o seu perfil profissional como: saber ler e escrever, pertencer à comunidade e residir no local de trabalho, servir de elo e tradutor, ser agente de mudança entre outras peculiaridades.

Esta sua constitutividade e implicação com determinados territórios existenciais fazem com que o ACS se situe na dobra, vivendo em permanente tensão e conflito. Ao situar-se nesse entre ele atravessa e, ao mesmo tempo, é atravessado por diversos territórios que o constitui, alguns situados na molaridade do modelo tecnoassistencial e da produção técnica das práticas de saúde; outros, na molaridade das corporações profissionais ou ainda dos coletivos populacionais da comunidade. Ademais, pode também, criar linhas de fugas e situar-se na molecularidade desses mesmos territórios.

Esses aspectos constitutivos do seu perfil e presentes no cotidiano de sua prática possibilitam diferentes capturas, conforme sejam suas respostas aos afetos que pedem passagem e o quanto será capaz de suportar nos encontros onde não haverá composição de afetos, apenas paixões tristes. O que fazer quando os registros anteriores e atuais presentes no inconsciente do ACS o impedem, no cotidiano de seu trabalho, de atuar como sintetizador de saberes diferentes se não consegue criar linhas de fugas e propor uma negociação entre o seu olhar retínico e o vibrátil? Esta implicação com certos territórios existenciais e a dificuldade ou impossibilidade de romper com muitos deles por não serem perceptíveis a razão e o olhar macro da retina torna-o vítima ou protagonista?

Faz-se necessário esclarecer que processos como estes não só ocorrem com os ACS mas também com todos os trabalhadores de saúde pertencentes ao território das instituições, no qual se legitima a produção do cuidado. As implicações, aqui, existentes poderão não ser as mesmas porque ocorrem processos de subjetivação diferenciados conformadores de subjetividades singulares. No entanto, o desejo enquanto produção/devir e potência de agir oferta fontes inesgotáveis de querer, de saber, de fazer e de transformar, pois como nos diz Rolnik (2005, p.27) *o fora é um sempre outro do dentro, seu devir.*

Assim, como as respostas poderão ser diferenciadas porque diferentes serão as construções e projetos de vida, ainda que estejam submetidos aos mesmos processos de semiotização existirá sempre o desejo de querer estar presente em todas as ações e atividades deste campo nas relações estabelecidas e nas tramas dos encontros agenciadores de uma subjetividade que não está dada mas em produção, criando diversas subjetividades em um mesmo sujeito.

Na verdade, ao situar-se no espaço indissociável e inconciliável entre o fora e o dentro que constitui a dobra, o ACS navega em um plano de força ilimitada composta por fluxos de intensidades e nos territórios existenciais finitos que o constitui e com os quais tem uma grande implicação, a saber: o território instituído da produção do cuidado em saúde locus da micropolítica do trabalho em saúde, atravessado por disputas, conflitos e intencionalidades, e outro, constituído por uma institucionalidade não legitimada pelo universo das profissões, mas pertencente à lógica de um certo território que produz redes de conexões sociais de todas as matizes e que também produz o cuidado.

Esta dupla constitutividade a de ser um trabalhador de saúde que está sendo construído a partir do território existencial de produção do cuidado e, ao mesmo tempo, não é reconhecido a priori como profissional de saúde, por ser detentor de um saber adquirido a partir do núcleo profissional de outras profissões que legitima a sua existência, traz para cena inúmeros questionamentos acerca do que está em jogo nessa produção. Dentre os quais podemos citar: como se expressam esses afetos e capturas? Quais as intencionalidades existentes? Que relações compõem?

Apesar de não ser objetivo deste estudo cartografar todas as implicações do processo de produção das subjetividades que foram tecidas no decorrer das experiências vivenciadas pelo ACS na concretude dinâmica e inexorável da realidade social, torna-se necessário explicitar a sua contribuição e influência no seu modo de ser e de agir.

Acredita-se que os afetamentos ocorridos nestes encontros produzem relações de composição e decomposição, de atração e repulsa com as quais o agente territorializa sua existência, passando a atuar no mundo a partir deste lugar e lógica como protagonista, por exemplo, ao reforçar e ampliar os saberes e práticas hegemônicas como qualquer outro trabalhador de saúde. Assim como, pode a partir do encontro com a família no domicílio ter de atuar a partir de outra lógica e produzir outros sentidos pontualmente, para em seguida reterritorializar e atuar a partir dos mesmos referências, assim que se afasta do seu analisador, voltando a ficar aprisionado aos territórios com os quais se identifica, vivendo em um quase eterno fetiche.

Cabe ainda acrescentar, neste espaço molar, formado por *árvores de composições lógicas* estruturadas a partir de normas, leis, códigos, hábitos ou

regularidades de comportamentos perpassados de juízos de valor; pode desterritorializar, sentindo os efeitos de desmanche de mundos anteriores e retornar para o território existencial anterior ou operar linhas de fugas, agenciando outros modos de cuidar, mobilizador de práticas de promoção de vida no espaço social em que vivem, trabalham e convivem com os indivíduos, famílias, grupos e coletividade.

A impossibilidade de negociação entre o olhar retínico e vibrátil ocorrido nos registros do seu inconsciente poderá levá-lo a total destruição, caso não encontre pontes para a travessia dos novos afetos que se formam e como partículas enlouquecidas buscam compor com as intensidades presentes em seu cotidiano de trabalho, inventando outros modos criativos de cuidar de si e do outro.

Esses dois modos de apreensão da realidade, seja pelas forças visíveis, seja pelos afetos e pelo percepto, são como efeitos imbricados, indissociáveis e complementares. Todavia, pode ocorrer uma desterritorialização tão intensa que destrói os agenciamentos de subjetivação ou, ao contrário, uma desterritorialização suave capaz de fazer evoluir os agenciamentos de um modo processual construtivo, uma vez que parece existir uma entropia na produção de sentidos.

Desde a implantação do PACS e posteriormente com a incorporação do ACS pelo PSF faz parte de suas concepções norteadoras traçar as dimensões de um perfil que imputa determinadas características como constitutivas da subjetividade do ACS em função da singularidade de seu pertencimento a comunidade como: ter identidade com a comunidade, favorecer o vínculo com responsabilidade e ter pendor para ajuda solidária como se estes traços fossem inerentes ao seu perfil sem atentar para o fato de que a subjetividade não está dada. Trata-se de uma produção societária da qual participam diversos processos maquínicos que atuam na base dos

comportamentos se apoderando das pessoas por dentro e intervindo ao nível do afeto, do sensível, do perceptível, da língua, do conhecimento e da práxis.

Corroborando com esses pressupostos autores como Mendonça (2004); Silva e Dalmaso (2002a, 2002b), Dal Poz (2002), Silva et al (2004) consideram existir uma relação histórica entre a utilização de trabalhadores sem profissionalização, tipo o ACS, na implementação dos PECs na rede de serviços da atenção primária com a possibilidade de reorganização da atenção básica e a sua utilização pela população carente de investimentos em saúde e com os piores indicadores de condições de vida e de saúde.

Pesquisa realizada por Nogueira; Silva; Ramos, (2000) apontam também nesse sentido assim como os demais estudos existentes na literatura sobre o tema<sup>11</sup> abordam estes aspectos como se estes traços fossem naturais, isto é, o fato de pertencer a comunidade, ser tradutor e elo das dinâmicas social e profissional fossem a condição *sine qua non* ou a chancela necessária que se transmite pura e simplesmente pela condição do pertencimento para realização de um cuidado capaz de ampliar e fortalecer o vínculo e elo com a comunidade.

Com a expansão e os resultados positivos do PACS, em 1994 o Ministério da Saúde implanta o Programa de Saúde da Família e ambos passam a ser considerados como uma estratégia de “reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência,

---

<sup>11</sup> A maioria dos estudos considera estas características como importantes e até imprescindíveis para ampliação do acesso e cobertura, atuação do ACS: identidade com a comunidade, morar na comunidade, elo, laço, tradutor ou mediador entre universos culturais e lingüísticos distintos, agente de transformação do SUS, dentre estes citamos os de Levi; Matos; Tomita, (2004), Nunes, et al., (2002), Silva; Dalmaso, (2002a, 2002b), Nogueira; Silva; Ramos (2000), Nogueira, (2002), Mendonça (2004), Fernandes, (1992), Fortes; Spinetti, (2004a, 2004b), Campinas; Almeida, (2004), Andrade, (1998), Silva, (2002), Silva et al (2004), Ferraz; Aerts, (2005), Morosini; Corbo (2007) entre outros.



orientado para a cura de doenças e o hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando as equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas” (BRASIL, 1994b, 1997, 1998).

Tanto o PACS quanto o PSF apresentam uma influência e similaridade com a medicina comunitária e os cuidados primários de saúde nos aspectos relacionados à lógica de seletividade de clientela, de discriminação positiva/focalização e de extensão de cobertura assistencial, caracterizada pela utilização de uma prática voltada para uma medicina simplificada para pobres. (MERHY; FRANCO, 2003)

Parece existir certo consenso na literatura, conforme Mendonça (2004), de que se trata de uma política *regressiva*, própria de um Estado assistencialista, que utiliza técnicas disciplinares sutis de responsabilização da sociedade pelo seu bem-estar, apoiando-se na filantropia, no voluntariado ou no trabalho simplificado do ponto de vista da assistência ofertada e da tecnologia disponível.

Convivem de forma complementar duas modalidades diversas de políticas públicas orientadoras de práticas intervencionistas estruturadas segundo parâmetros da ética utilitarista<sup>12</sup>. A primeira de caráter caritativo fundada em uma ética da caridade e da compaixão ficou conhecida pelo nome de poder pastoral. Utiliza de estratégias mudas e coercitivas para controlar os comportamentos e corpos e

---

<sup>12</sup> A ética utilitarista se caracteriza por ser um programa político de ação e suas estratégias de instrumentalização fazem parte das políticas filantrópicas. As políticas filantrópicas e altruístas têm como objetivo articular e integrar o interesse público e o privado fazendo-os coincidir e acredita-se que isto seja possível porque a natureza humana pode ser modelada, por se acreditar que os seres humanos sejam maleáveis. (CAPONI, 2000)

*insistem em apresentar-se como formas compassivas e piedosas de socorro e assistência para poder exercer seu poder mais livremente. (CAPONI, 2000, p.41)*

A segunda, a racionalista fundada na exclusão e na normalização substitui qualquer explicação pelas normas inquestionáveis e prescritivas, tem como representante o poder disciplinar. Tanto a razão disciplinar quanto a tecnologia pastoral atuam sempre em nome e pelo bem daqueles que diz auxiliar, prescindem de argumentos, explicações, excluem as palavras e silenciam diálogos fundamentados em perguntas e respostas no mínimo razoáveis. (CAPONI, 2000)

As características presentes nestas propostas, conforme Viana e Dal Poz (1998) apontam para a possibilidade de realização de experiências focais em um sistema considerado *universalista*, tendo os excluídos e as regiões mais pobres como prioridade e a necessidade de utilização de tecnologias custo/efetivas. Merhy e Franco (2003) ao discutirem o papel racionalizador do PSF referem que sua implantação está relacionada à incompatibilidade dos altos custos praticados pelo sistema com as possibilidades do Estado financiar políticas universalizantes.

Em verdade as dimensões de focalização e seletividade presentes nestas políticas carecem ser relativizadas à medida que se considere o processo de implantação das políticas sociais e de saúde no contexto brasileiro, visto que tendem também a se expressar como instrumento de/para cidadania social através da incorporação de princípios como a universalidade, igualdade e equidade. Mesmo apresentando tais dimensões, estas políticas não deixam de ser redistributivas, em um sistema que poucos têm ou tiveram acesso ao consumo dos bens e serviços produzidos pelo setor saúde, principalmente, quando se trata de exames de apoio ao diagnóstico e tratamento de média e alta complexidade.

Nessa perspectiva, buscam maximizar a saúde da população através do emprego das tecnologias disponíveis para o manejo das enfermidades ao tempo em que procuram minimizar as iniquidades sociais e de saúde entre grupos e subgrupos da população que se encontram em desvantagem em relação ao acesso, ao estado de saúde e as condições e qualidade de vida.

Outro aspecto relevante, diz respeito à produção de processos de subjetivação agenciadores de uma demanda imaginária de que os serviços especializados por exigirem mais recursos e uso de tecnologias caras e de ponta, tem o poder de ser mais eficientes e capazes de *per si* produzir cuidado e vida. Concomitantemente, os serviços voltados para atenção primária por darem ênfase aos programas de promoção à saúde e utilizarem outras tecnologias são desvalorizados e considerados “baratos e simplificados” e tidos como menos potentes e de qualidade.

Para Starfield (2002, p.21) este nível de atenção por manejar a comunidade e pacientes com múltiplos diagnósticos e queixas difusas não enquadráveis nos diagnósticos conhecidos exigem diversos conhecimentos e saberes para o manejo apropriado dos problemas e necessidades da população, além de *integrar a atenção para a variedade de problemas de saúde que os indivíduos apresentam com o tempo*.

Não se pode negar a dimensão redistributiva presente nessas duas propostas PACS/PSF, já que inegavelmente elas têm ampliado o acesso da população as ações e serviços antes nunca disponíveis, inclusive os de média e alta complexidade. Assim, a introdução de um novo agente social no contexto dessas políticas redistributivas, focalizadoras e seletivas, corresponde quase sempre os

interesses e as necessidades de determinadas ações institucionalizadas as quais podem produzir determinada estrutura de perfil profissional direcionado para fins específicos sem levar em consideração a processualidade da construção das inúmeras subjetividades constituintes da vida das pessoas.

Essas formulações podem interditar a potencialidade de projetos tipo dos ACS, uma vez que não oferecem o suporte necessário para que possam atender as inúmeras demandas e problemas existentes na vida concreta dos indivíduos, famílias e coletivos, que servem de elo, tradutor e mediador entre distintas necessidades.

Apesar dos aspectos racionalizadores de cunho economista e focalizadores presentes na proposta do PACS/PSF, torna-se importante mostrar que existe em sua formulação a preocupação de reorganização da atenção à saúde tendo como pressuposto a inserção de um novo ator e a utilização da equidade como estratégia de redução das disparidades entre os segmentos mais e menos necessitados.

O ACS por atuar em diferentes dimensões da vida das pessoas em seu cotidiano de trabalho e possuir algumas características que o identifica como elo, mediador ou tradutor e/ou como agente de mobilização social, não significa ter identidade com a comunidade, pendor para solidariedade e muito menos que a sua subjetividade esteja dada. A presença ou ausência de alguns traços considerados “constitutivos do seu perfil” são produzidos social e historicamente para atender determinados interesses ou finalidades.

Como qualquer outro trabalhar pode apresentar ou não determinadas características que dependem de sua construção de vida na família, na escola, na

vizinhança, no trabalho, no cinema; dos encontros e dos afetos a que se permitiu, dos processos de captura sofridos e dos agenciamentos maquínicos responsáveis pelos processos de subjetivação definidores de uma dada subjetividade. Pode apresentar em determinado momento um perfil traçado por uma linha dura, organizada e estruturada e em outros uma aberta, flexível e criativa e isto nada tem a ver com um a priori, mas de como uma sociedade se organiza para fabricar, controlar, massificar e disciplinar a vida das pessoas, para manter uma dada ordem social, política e econômica.

Por ser um trabalhador do campo da produção do cuidado, o ACS tem fortes implicações com este território de práticas, podendo situar-se no plano molar ou molecular desta ou daquela instituição e operar o cuidado. Pode desenvolver ações cuidadoras, ampliando a escuta, ouvindo as famílias, buscando soluções para os seus problemas ou se relacionar de forma sumária, burocrática, transmitindo as informações mecanicamente e isso acontece não porque seja vítima deste ou daquele processo, mas por ser protagonista, por assim o desejar e manter relações de composição com aqueles afetos que aumentam a sua potência de agir.

Do ponto de vista deste estudo, os resultados acompanhados no campo empírico permitem-nos afastar da análise de alguns autores que consideram algumas características como inerentes ao seu perfil, como: a identidade com a comunidade e o pendor para ajuda solidária, tendo por base a dimensão de pertencimento.

As considerações feitas por Viana e Dal Poz, (1999) acerca de que a exigência de certos critérios para adesão dos municípios ao PACS/PSF<sup>13</sup>, apontar para possibilidade de não os considerar apenas como um programa vertical do Ministério da Saúde mas também instrumento de reorganização dos sistemas locais de saúde, não tem mostrado até o momento evidências empíricas capazes de produzir mudanças nas práticas dos profissionais, alterando a micropolítica dos processos de trabalho e conseqüentemente do modo de organização dos serviços para produzir o cuidado.

Apesar da existência de algumas experiências exitosas, em que o PSF tem sido implementado como uma estratégia de reorganização do modelo de atenção, substituindo total ou parcialmente as unidades básicas tradicionais, tudo indica ocorrer uma exaustão, após certo tempo de funcionamento, tendo em vista a ausência de instrumentos adequados que potencializem as suas ações (SCOREL et al., 2007, CESAR et al., 2002, MERHY; FRANCO, 2003).

Tais problemas advêm da dificuldade de se garantir atendimento à demanda espontânea individual, nas urgências, nas especialidades médicas e nos exames de apoio diagnóstico de média e alta complexidade, assim como a compulsoriedade das visitas domiciliares, o alto grau de normatividade do programa e o fetiche do médico generalista (MERHY; FRANCO, 2003).

Estudos<sup>14</sup> que abordam estes aspectos alertam para o risco da reedição dos PECs e da prática da *medicina primitiva*, como referencial privilegiado desses

---

<sup>13</sup> Refere-se ao funcionamento do conselho municipal de saúde, a existência de unidade básica de referência para o programa e do fundo municipal de saúde, a disponibilidade de um profissional de nível superior, na supervisão do ACS e a implantação e operacionalização do sistema de informação da atenção básica (SIAB).

programas, para sua consolidação e ampliação, tendo como eixo estruturante a *discriminação positiva* em um modelo de atenção segregador e desigual.

Para o Ministério da Saúde (MS) o ACS é um trabalhador que integra a equipe de saúde local, auxiliando as pessoas a cuidarem da própria saúde por meio de ações individuais e coletivas (BRASIL, 1994a). Refere, ainda, que independentemente do nível de escolaridade, deve ser observado os seguintes requisitos em seu processo de seleção e recrutamento: a) residir na comunidade há pelo menos dois anos; b) ter idade mínima de dezoito anos; c) Saber ler e escrever; e d) ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades.

Desde sua origem, quer seja política formal quer seja informal, a vinculação institucional dos ACS pertencentes ao quadro do PACS/PSF é marcada por uma relação de trabalho que predomina a informalidade, a precarização das condições de trabalho e a desproteção social em relação aos direitos e benefícios legais assegurados. Tais relações podem ser verificadas pela flexibilização das formas de contratação<sup>15</sup> das equipes e de trabalhadores sem qualificação profissional para o exercício das ações de saúde como os ACSs.

Não obstante a aprovação de dispositivos legais<sup>16</sup> relacionados ao processo seletivo e formas de contratação do ACS ainda persiste a precarização das relações de trabalho e a necessidade de implementação de uma política, que assegure tais

---

<sup>14</sup> Por Fernandes, (1992), Escorel (2007), Favoreto; Camargo Júnior (2002), Giffin; Tizuco, (1989), Mendonça (2004), Franco et al (2006a; 2008) Bornstein; Stotz, (2008), Merhy; Franco, (2003b).

<sup>15</sup> São diversas as formas de vinculação de trabalho e institucional que vão desde convênios com cooperativas, associações, OGNs em condições de OSCIPs, contrato excepcional por tempo determinado, prestação de serviços, celetista por prazo indeterminado até cargo comissionado (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

<sup>16</sup> A Emenda Constitucional n.51 e a Lei Federal 11.350 de 2006 dispõem sobre processo seletivo e contratação dos ACS. Com sua aprovação os municípios deverão adotar um dos dois regimes jurídicos para contratação do agente de saúde e de endemias: o Regime da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) ou o Regime Estatutário.

direitos ao tempo em que compatibilize a forma de vinculação institucional ao seu perfil político-social.

Com a criação da profissão do agente comunitário de saúde, esses critérios foram alterados e atualmente são considerados requisitos legais para o exercício da profissão de ACS: a) residir na área em que for atuar, b) haver concluído o ensino fundamental e o curso de qualificação básica para formação de agente comunitário de saúde. Seu nível de organização tem facilitado a conquista de direitos sociais e trabalhistas; como exemplo, a edição do Decreto Federal nº 3.189/99, que fixa as diretrizes para o exercício de suas atividades e, posteriormente, a elaboração do projeto de lei que culminou na publicação da Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho de 2002 que dispõe sobre a profissionalização do agente comunitário de saúde.

Atualmente, a proposta de formação técnica do ACS pretende elevar a sua escolaridade através da implantação de processos de educação técnica e de educação permanente para o trabalho. Esses processos envolveram negociações e pactuações no que diz respeito à definição do perfil social, como apoio à ordenação da formação. A partir da articulação de cinco competências<sup>17</sup> que compõem o perfil profissional do ACS foram selecionados três âmbitos de atuação: a) da mobilização social, integração entre a população e as equipes de saúde e do planejamento das ações; b) da promoção da saúde e prevenção das doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e as doenças prevalentes; e c) da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário.

---

<sup>17</sup> Documento técnico do MS descreve cinco competências profissionais para o ACS, a saber: trabalho em equipe, visita domiciliar, planejamento das ações de saúde, promoção da saúde, prevenção e monitoramento das doenças mais prevalentes e avaliação e acompanhamento das ações de saúde (BRASIL, 2003, 2004a)



A habilitação técnica foi proposta em três etapas formativas com carga horária mínima de 1.200 horas. A primeira etapa formativa não exige escolaridade como pré-requisito; já as outras duas requerem o ensino fundamental e médio respectivamente. Vale ressaltar que os agentes em atividade na data da publicação desta Lei ficam dispensados de concluir o ensino fundamental, mas terão de fazer com aproveitamento o curso de qualificação básica para formação de ACS (BRASIL, 2004b).

## 1.2. Acompanhando Fluxos de Intensidades em Conexões na Produção da Cotidianidade do ACS.

*“A maior parte das vezes, quando me é colocado uma questão, mesmo que ela seja pertinente, apercebo-me que não tenho rigorosamente nada a dizer. As questões fabricam-se, como qualquer outra coisa. Se não nos deixam fabricar as nossas questões, com elementos vindos de toda parte, não importa de onde, se apenas nos são colocadas, não temos grande coisa a dizer. A arte de construir um problema é muito importante: inventa-se um problema, uma posição de problema, antes de se encontrar uma solução” (DELEUZE; PARNET 2004, p.11)*

Anteriormente, acompanhamos a gênese social e histórica conformadora dos territórios constitutivos de um trabalhador do campo da produção do cuidado, formatado por uma outra lógica de conhecer e pertencer a um certo lugar diferente do universo das profissões. Essa construção parte da formulação de uma política social inspirada nos princípios norteadores do Estado de Bem-Estar Social e de prescrições de agências internacionais as quais o Brasil é signatário.

De modo geral, pretendiam ampliar a produção e o acesso as ações de saúde e de saneamento a determinados grupos excluídos do consumo, utilizando a mão-de-obra de trabalhadores similares aos ACS para auxiliar a organização comunitária e desenvolver ações educativas de promoção à saúde e prevenção de doenças a indivíduos, famílias e comunidades.

Convém acrescentar que alguns desses trabalhadores eram recrutados na comunidade onde viviam e tinham vínculo institucional de trabalho, como os agentes de saúde pública no Brasil e em Kerala na Índia; outros apesar de morar na comunidade onde prestavam algum de tipo de serviço como as parteiras tradicionais, os agentes da pastoral e líderes comunitários não tinham vínculo empregatício institucional; ainda existem aqueles como o visitador sanitário, da antiga FSESP, que não pertencia à comunidade onde trabalhava, desenvolvia

atividades similares a dos ACS e tinha vínculo empregatício com a organização da qual se originavam.

As construções desses agentes, cada uma à sua maneira, vão compondo os agenciamentos<sup>18</sup> maquínicos dos corpos (expresso pelo conteúdo, constitui um sistema pragmático, ações e paixões) e os agenciamentos coletivos de enunciação (representantes da expressão, constituem um sistema semiótico e um regime de signos) necessários a constituição de territórios. Se todo agenciamento é territorial, o território cria o agenciamento, excedendo ao mesmo tempo o organismo e o meio e a relação entre ambos (DELEUZE; GUATTARI, 2004b).

Nesses vários domínios (profissional, familiar, trabalho, sexual, econômico, político, cultural, etc.) atravessados de diversos fluxos ocorrem freqüentes mudanças, diferentes combinações e encontros com outras forças que se misturam com as que existem, em um movimento incessante de atração e repulsa. Dessa forma, é tecida a subjetividade dos agentes de trabalho de acordo os objetivos e os resultados pretendidos para o seu agir a partir da delimitação dos territórios os quais passam a transitar e se situar.

Em se tratando do ACS do estudo, a possibilidade de atuar e se identificar com diferentes dimensões da vida no mundo do trabalho em saúde onde as ações e os serviços estão ausentes ou têm baixa cobertura, servindo ora como elo, mediador

---

<sup>18</sup> A noção de agenciamento comporta componentes heterogêneos de distintas ordens (biológica, social, animal, maquínica, de enunciação, imaginária) que abarcam as seguintes dimensões e movimentos: a) movimentos de fluxos de toda natureza (fluxo de sangue, demográfico, de leite, de eletricidade); b) dimensões territoriais que, podem ser um certo tipo de ato de proteção, de circunscrição, de subjetivação que busca se situar como tal; dimensões processuais, maquínicas, que funcionariam como registro de um ato; e d) dimensões de universos que, não são da natureza de uma vontade (processual ou de territorialização), mas de uma espécie de encontro com outras dimensões de existência referente a descoberta amorosa, estética, novos tipos de possível. Refere-se a uma noção mais do que a de uma forma, sistema, estrutura (DELEUZE; PARNET, 2004).

ou tradutor, pode como qualquer profissional da equipe apresentar determinadas características que necessariamente não estão dadas como constitutivas de seu perfil. E, ainda estar implicados com determinados territórios, situando-se na molaridade desta ou daquela instituição não porque foi construído um dado perfil para ele a partir de sua inserção como membro da comunidade na qual trabalha.

Para realização do cuidado, o trabalhador mobiliza recursos de saber-fazer presentes nos núcleos tecnológicos, expressos pela dimensão cuidadora e pelos núcleos por problema e profissional específico, onde operam as tecnologias de trabalho duras, leve-duras e leves. A articulação dessas tecnologias se dá por referência a um dos núcleos e vão definir o modo de produção e organização dos atos assistenciais e do modelo tecnoassistencial que o informa. Ou seja, explorar a capacidade cuidadora do conjunto dos trabalhadores implica a possibilidade de potencializar a incorporação de um saber clínico produtor de vida e mudanças no modo de operar os atos em saúde.

Dessa forma, o que vai distinguir os profissionais de saúde entre si a partir da teoria de maior consagração na área é o modo como são definidos e articulados os saberes que seu núcleo profissional domina, com exclusividade ou predominância, os objetos de suas ações e suas finalidades. A opção de utilização de um núcleo em detrimento dos demais irá definir o modo da profissão se realizar. Com base nesses pressupostos a enfermagem, farmácia, nutrição são consideradas semi-profissões, a engenharia, a medicina e o direito como profissões e os ACS e correlatos como não-profissionais (MERHY, 2005).

Assim fica fácil entender com base nessa opção teórica por que o ACS não é considerado um trabalhador do campo da produção do cuidado, uma vez que não

possui um núcleo de saber específico reconhecido por uma instituição formal de ensino onde se legitima a existência desses profissionais, não domina com exclusividade um campo de conhecimento e não regula a atividade no mercado de trabalho, expressa pela autonomia profissional.

Analisar esse processo na perspectiva da micropolítica do processo de trabalho, tendo como eixo o trabalho vivo em ato traz para cena a discussão de que todo trabalhador de saúde é produtor de cuidado e faz clínica ao utilizar o relativo autogoverno e autonomia de que dispõe para intervir em determinadas etapas e conteúdos do processo de trabalho. É no espaço intercessor do encontro entre o trabalhador e o usuário que se produz uma relação clinicamente implicada.

A realização de qualquer intervenção tecnológica e assistencial como escutar, orientar, vincular-se, comprometer-se, acolher, é um processo relacional, compartilhado e clinicamente implicado onde há um jogo entre modos de produzir e necessidades. Nesse espaço da dimensão cuidadora, opera as tecnologias leves produtoras de relações e de encontros intersubjetivos em que se abrem todas as forças instituintes presentes neste campo e que não pertence a nenhum núcleo profissional. Esse é o lugar de ações que interrogam os sentidos dos trabalhos, das práticas e dos modelos.

No processo de constituição da subjetividade do ACS, no cotidiano de sua prática foram sendo fabricados diversos atributos do seu perfil ocupacional tido como naturais e que têm definido o seu modo de ser e atuar no mundo de trabalho. Esses critérios definidores de seu perfil além de traçarem uma linha de segmentaridade dura, produzem uma permanente tensão no sentido de capturar a subjetividade e o trabalho vivo instituinte do ACS. Expressam-se, nesse plano, linhas

de composições binárias, dando a falsa impressão de que existe um dentro e um fora, em oposição a um interior e exterior em que de um lado temos tudo de bom e do outro tudo de ruim; quando em verdade não existe o bem e o mal, apenas fluxos, intensidade e conexões que podem agenciar encontros alegres ou tristes potencializadores ou não de nossa potência de agir, capazes ou não de nos tornar um indivíduo superior.

Essa definição prévia prescinde de que os traços desse perfil sejam construídos a partir de cada realidade específica e com a participação dos sujeitos em ação, assim como indica que os mesmos são constitutivos de sua subjetividade, são dados como as funções de elo, de mediador e tradutor, de morar na comunidade e ter identidade com a mesma, pendor para ajuda solidária, compaixão piedosa.

Tal ideário relacionado à suposição da existência de uma subjetividade dada *a priori*, quer seja de pertencimento identitário, quer seja de pendor para ajuda solidária, ou ainda de mediador, por morar e viver na comunidade onde trabalha; parece ser a condição necessária para aumentar o vínculo de compromisso e coresponsabilidade entre o ACS e a comunidade, a potência das práticas de atenção e de cuidado, além da adesão irrestrita da comunidade a todas as prescrições, processos de capturas e sujeição presentes na racionalidade que orientam este campo.

São exemplos notórios dessas situações as disputas pela produção de projetos terapêuticos; as tentativas de capturas do saber popular pelo conhecimento da ciência; dos modos cuidar de si da comunidade pelo modelo tradicional de atenção saúde; as normativas do PSF tentando aprisionar o trabalho vivo dos

profissionais da equipe; o domínio do núcleo de saber específico das profissões direcionando o ato clínico. Nesse território da micropolítica dos processos produtivos, atravessado por conflitos e tensões faz com que o ACS opere o cuidado situando-se em um dobra.

Não se trata de considerar o ACS vítima deste processo, ao contrário, ele o protagoniza ao fazer certas opções e não outras, mas, de colocar que outros atravessamentos existentes neste plano contribuem tanto para a produção de subjetividades *elitista* e *serial* (GUATARRI, 1990) quanto de *capitalista* ou *solidária*, visto que as pessoas não trazem estes atributos como inerentes à sua subjetividade (GUATARRI; ROLNIK, 2005).

A produção deste imaginário não tem levado em consideração a capacidade que tem os corpos, no encontro, em afetar e ser afetado, de atração e repulsa, especificamente, as composições advindas dos encontros no plano do imperceptível, o que tem levado as mais diversas e diferentes expectativas acerca da atuação e possibilidades do ACS. Como nos diz Deleuze e Parnet (2004, p.17)

*“Um encontro é talvez a mesma coisa que um devir ou núpcias. É do fundo dessa solidão que se pode fazer qualquer encontro. Encontram-se pessoas (e às vezes sem as conhecer nem jamais tê-las visto), mas também movimentos, idéias, acontecimentos, entidades. Todas essas coisas [...] designa um efeito, um ziguezague, algo que passa ou que se passa entre dois como sob uma diferença de potencial: “efeito Compton”, “efeito Kelvin”.*

O modo como as pessoas são fabricadas operam em seu modo de ser, de trabalhar, de amar, de se relacionar, como forças instituintes resistentes às mudanças, como se pode observar na micropolítica do processo de trabalho do ACS quando seguem as prescrições do cronograma para atender as exigências de produtividade; ou quando inventam estratégias como as utilizadas na observação direta para atender as necessidades e minimizar o sofrimento das pessoas, ao levar

a pesquisadora do estudo para acompanhá-los nos domicílios que precisavam de uma intervenção imediata, como no caso da senhora que tinha uma cardiopatia grave.

Na literatura sobre o tema, é comum associar o ACS com Panacéia, como se o mesmo fosse dar conta de todas as mazelas presente em sua microárea ou da consolidação do SUS, seja o romantizando ou o considerando como um super herói. (SILVA; DALMASO, 2002a; TOMAZ, 2002, VIANA; DAL POZ, 1998). Aliás, concordo com Tomaz quando diz

*"Na prática, a consolidação do SUS depende de um conjunto de fatores técnicos, políticos, sociais e o envolvimento de diferentes atores, incluindo os próprios ACS, que, sem dúvida, têm um papel fundamental. Na realidade, o ACS precisa incorporar-se de fato ao sistema de saúde, fazer parte efetivamente das equipes de saúde da família, deve participar das diferentes ações, na dimensão técnicoassistencial ou político-social."*

O ACS como qualquer trabalhador de saúde *existe toda uma geografia formada, com linhas duras, linhas flexíveis, linhas de fuga* (DELEUZE; PARNET, 2004, p.21) que servem de dispositivos a diferentes agenciamentos. Podendo o trabalhador apresentar ou não identidade com a comunidade, ser ou não solidário, servir mais o menos como mediador a depender de como tenha ocorrido, em sua vida, os processos de subjetivação e o quanto permite os afetos passar, isto é, o limiar de desterritorialização que conseguem suportar.

Podem em alguns momentos ter mais pendor para ajuda solidária e em outros menos, ou quem sabe até não ter, isto não significa que essa característica seja inerente à subjetividade do agente e a sua presença seja condição para os *bons encontros*. Sobretudo, como já foi dito, não se trata de uma prerrogativa apenas do agente, mas de todos os trabalhadores implicados com o campo da produção do cuidado, dos projetos pessoais de cada um, de sua inserção teórica, política, cultural



e social. Ou seja, de como atravessam e se deixam atravessar na relação que estabelece com o usuário, compondo ou decompondo seus afetos.

Outro aspecto a ser considerado, diz respeito à potência e a liberdade do trabalho vivo em ato operar processos instituintes na micropolítica dos processos de trabalho e da gestão organizacional dos serviços, devido à dificuldade da captura plena do autogoverno dos trabalhadores no espaço intercessor da produção-consumo devido à própria natureza tecnológica deste trabalho. O processo de trabalho em saúde está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, pode ser atravessado por distintas lógicas de forças instituintes, é o espaço por excelência de mudanças e de análise dos processos de captura que sofre (MERHY, 1997a, 1997b).

### **1.2.1. Uma Breve Revisão de Literatura: a contextualização do problema**

O programa dos agentes comunitários de saúde e a estratégia saúde da família são considerados como importante estratégia estruturante do campo dos serviços de saúde (MENDES, 1996), por se constituir em uma possibilidade de mudança das práticas sanitárias no âmbito da atenção primária e do processo de trabalho.

Em relação à rede de serviços básicos do SUS, os ACS podem ser encontrados em duas situações distintas: ou estão ligados a um centro de saúde/unidade básica de saúde ou a uma Unidade Saúde da Família do PSF, como membro da equipe. E também ficam sob a supervisão e acompanhamento de enfermeira instrutora/supervisora, ficando-lhe vedado desenvolver atividades relacionadas ao serviço interno da unidade de saúde em que está lotado (BRASIL,

1997; 2000). Atualmente, estão em atividade no país, 209.853 ACS distribuídos em 5.232 municípios brasileiros. (BRASIL, 2007).

Sua inserção nas unidades básica de saúde e as equipes de saúde da família (ESF) representa uma intervenção concreta no sentido de mudar o modo tradicional de cuidar ancorado no saber das profissões de saúde e em uma clínica baseada no biológico e na produção de procedimentos. Utilizam a família como unidade de ação programática, um enfoque menos reducionista sobre a saúde, introduz a noção de microárea de atuação/cobertura por família e de integração serviço-comunidade.

Ao longo do tempo, sofre várias denominações como agentes de saúde da comunidade em Alma-Ata por serem o primeiro nível de contato dos indivíduos com os serviços de atenção primária e trabalharem em equipe; de pessoal para profissional como na linha de frente dos PECs; como força de trabalho básico de origem local e formação simples; pessoal não-universitário treinado de grande importância para os cuidados primários de saúde por ser contato inicial e contínuo entre comunidade e serviço (GIFFIN; TIZUKO, 1989).

Observa-se, nessas denominações, uma tentativa clara de hierarquização dos agentes produtores do cuidado que vai desde o autocuidado ensinado por não-profissionais até os cuidados prestados por profissionais pela utilização de critérios classificatórios que combinam origem (da comunidade ou de fora) e treinamento formal (instituições de ensinos formais ou saberes adquiridos). Em relação a esta questão Ramos et al (apud FERNANDES, 1992) comenta que por trás dessas denominações genéricas de profissionais de saúde existem divisões de ordens técnicas e hierárquica que acarretam níveis diferenciados de poder no interior dos serviços.

Os resultados positivos de três pesquisas de avaliação de impacto<sup>19</sup> sobre o PACS e a sua contribuição no combate à epidemia de cólera foram decisivos para a sua institucionalização, em 1992, pelo Ministério da Saúde (MS) e para a implantação do PSF, em 1994, como política de governo e estratégia de reorganização dos serviços e de alteração do modelo de atenção dominante. Outras experiências, como o programa Médico de Família<sup>20</sup>, desenvolvido a partir de 1991 em Niterói (RJ) também influenciou a decisão governamental (MERHY; FRANCO, 2003).

Estudos de avaliação de qualidade e de impacto realizados em outros países, África e Índia, consideram que uma estratégia de saúde como a do ACS em grande escala entra em colapso e declina devido ao aumento excessivo de suas atribuições, suporte insuficiente e deficitário, treinamento inadequado, baixos salários e baixa efetividade dos programas nacionais. Ainda, referem que os programas em pequena escala, com atribuições dos agentes mais focais sobrevivem por enfrentarem menores dificuldades logísticas e terem uma maior base de sustentação do poder político local. (NAIR et al., 2001; BERMAN; GWATKIN; BURGER, 1987)

O PACS tem como objetivo geral *melhorar, através dos agentes comunitários de saúde, a capacidade da população de cuidar de sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, e contribuir para construção e consolidação de*

---

<sup>19</sup> As duas primeiras realizadas no início dos anos de 1990, sob coordenação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Ceará e no Vale do Ribeira em São Paulo, apontam para melhoria de diversos indicadores: ampliação do acesso, aumento da cobertura vacinal, controle de câncer cérvico-uterino, redução da mortalidade infantil por diarreia e a qualidade de trabalho e a avaliação positiva do papel do ACS expresso pelo reconhecimento e confiança depositada pela população no seu trabalho, a atitude e o compromisso do mesmo para com as famílias (CESAR et al., 2002). A terceira se refere à avaliação realizada em 1994, do PACS, por oito Secretarias Estaduais de Saúde (SES) em parcerias com as universidades e apoio da UNICEF, seus resultados contribuíram para implantação do Programa Saúde da Família e a incorporação do ACS como membro de equipe, em 1994 pelo MS.

<sup>20</sup> Apresenta uma estrutura semelhante à medicina da família implantada em Cuba e teve a assessoria de técnicos cubanos.

*sistemas locais de saúde*, como também visava ampliar a cobertura do sistema de saúde às populações rurais e das periferias urbanas, priorizando o grupo materno-infantil (BRASIL, 1991, 1993). Tem como referência a produção do cuidado, a divisão do território em microáreas, no sentido de discriminar áreas homogêneas de riscos em condições vida, e traçar ações de promoção e prevenção no controle das causas, riscos e danos.

A discussão sobre o perfil profissional, atribuições e competências do ACS está presente na maioria dos debates e reflexões que tratam sobre o tema no campo da saúde coletiva. A esse respeito parece existir um consenso em considerá-lo como novo ator social<sup>21</sup> tecido pelo mesmo amálgama dos valores sociais, culturais e lingüísticos que atravessam a população com a qual trabalha e a partir do encontro do seu saber e modos de agir com os saberes médico-científicos têm possibilitado certo diálogo entre esses dois tipos de saberes e práticas. Através de sua atuação tem servido de elo de integração das ações entre os diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde (BRASIL, 2001).

Dentre as atribuições que desenvolvem duas chamam atenção por está presente em toda e qualquer proposta sobre os agentes de saúde, por lhe conferir uma dupla direcionalidade e servir de base para organização do seu processo de trabalho, a saber: *a) orientar a população sobre os modos de fazer, estabelecidos pelo sistema de saúde oficial; e b) ofertar aos profissionais de saúde as informações*

---

<sup>21</sup> Na literatura sobre o tema a emergência deste ato social, normalmente, tem sido relacionada como agente propulsor da implementação do SUS, agente de mudança do modelo de atenção e de reorganização dos Silos, trabalhador *sui generis*, genérico, agente de transformação social principalmente em relação algumas funções e atividades do seu perfil (VIANA e DAL POZ, 1998; NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000; NUNES et al., 2002; MENDONÇA, 2004).

*que estes necessitam para compreensão dos problemas e das necessidades das famílias por eles assistidas (BRASIL, 1998, p.18).*

Para Nogueira, Silva e Ramos (2000) o papel de mediador social do ACS pode ser resumido da seguinte maneira: a) elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos do modo de vida da comunidade; b) entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; c) entre o conhecimento popular e o conhecimento científico e d) entre a capacidade auto ajuda da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado.

Nunes et al (2002) ao refletir acerca da dupla direcionalidade da atribuição de elo/mediador do agente considera que a mesma traz consigo contradições e possibilidades, podendo funcionar ora como facilitador, ora como obstáculo nessa mediação. Analisar no recorte e perspectiva deste estudo, essa afirmação nos leva a princípio concordarmos com essa reflexão, contudo caberia destacar que não existe uma contradição em si nessas questões, mas elas convivem simultaneamente na realidade, como em uma dobra. Os ruídos expressam os efeitos das relações de composição entre os corpos em seu poder de afetar e ser afetado, quando, por exemplo, atendem uma necessidade do usuário, resolvendo uma demanda ou quando existe uma restrição de acesso e não conseguem agendar uma consulta.

Enquanto Mendonça (2004) chama à atenção em relação à singularidade do pertencimento do ACS a comunidade onde vive e trabalha. De um lado, o pertencimento potencializaria a função de elo, mediador ou tradutor e de outro seria a condição de garantir a vinculação e a identidade cultural de grupo com as famílias sob sua responsabilidade.

Tradicionalmente, os agentes de saúde têm assumido diferentes funções e atividades *na produção dos atos em saúde*, utilizando para tanto os seus saberes, práticas e modos de agir no controle das causas e fatores de riscos, individual e coletivo, em diferentes sistemas e contextos. Outrossim, têm sido definidos a partir de certas atribuições conformadores de seu perfil, como: pertencer à comunidade onde vive e trabalha, ser elo, tradutor e mediador, ter identidade cultural com a comunidade, garantir vínculo, entre outras. Acerca dessa questão Ofosu-Amaah, analisa que apesar de toda variação existente nas situações concretas, a apreensão teórica do seu papel será sempre abstrato e limitado.

*El concepto de trabajador de salud de la comunidad es de engañosa sencillez: se trata de un individuo que pertenece a la comunidad y que se há capacitado para funcionar em médio de esta, em estrecha relación com El sistema de atención de salud. (OFOSU-AMAAH, 1984 apud GIFFIN; TIZUKO, 1989, p.27)*

Para cartografar a micropolítica do processo de trabalho do ACS partiu-se do pressuposto de que a subjetividade é socialmente construída, não está dada, é fabricada no cotidiano de vida das pessoas. Dessa forma, nossa percepção e olhar são deslocados para outro território, em que a questão do pertencimento deixa de ser um problema, visto que a vinculação, identidade cultural ou modos cuidadores de agir estão relacionadas com a produção de processos de subjetivação que vão definir a subjetividade. Ela não só permanece no âmbito das ideologias e das representações como também se insere no território da modelização por dele fazer parte os sentimentos, comportamentos, emoções, percepções, relações e o desejo atravessando todo o tecido social (GUATARRI; ROLNIK, 2005).

Participam desses processos todas as fases da vida por meio das instâncias individuais, coletivas e institucionais que valorizam desde o início da vida da criança os valores *trans-subjetivos que não dissociam o sentimento de si do sentimento do*

*outro* (GUATARRI, 2006, p.16). Nesse sentido, a subjetividade aparece como instrumento fundamental para constituição de sujeitos em ação capazes de atuar na construção de outro devir para as práticas sanitárias. No campo da saúde, ela opera a partir dos registros das vivências e das experiências que as pessoas acumulam durante a vida e dos encontros que estabelecem no cotidiano de sua prática, é social e historicamente construída, não é dada e por, isso mesmo, é dinâmica e sofre mutações podendo ser (res)significada.

Nogueira, Silva e Ramos (2000) referem existir certo consenso em considerar o ACS um trabalhador genérico ou por se tratar de um não-profissional ou por suas funções transcenderem o campo da saúde, uma vez que para serem realizadas precisariam atuar em uma perspectiva intersetorial para dar conta de alguns dos múltiplos aspectos das condições de vida da população.

As discussões referentes à definição do perfil ocupacional, atribuições e competências dos ACS, mesmo após a definição das normas institucionais e jurídicas, têm suscitado polêmicas, principalmente, relacionadas ao modo como o seu papel deveria ser construído. Para determinadas correntes, esta construção deveria ser processual a partir de cada contexto e realidade, uma vez que as atividades típicas nele compreendidas sofrem mudanças decorrentes das necessidades impostas pela divisão organizacional do trabalho, ora ampliando-se, em outros momentos ajustando-se ou sendo totalmente restringida.

Levando em consideração as especificidades do trabalho do ACS, foram traçadas as competências que compõem o seu perfil profissional: a) a primeira situa-se no âmbito da mobilização social, integração entre a população e as equipes de saúde e do planejamento das ações e possui duas dimensões; b) a

segunda no campo da promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes e apresenta com a primeira duas dimensões c) a última situa-se, também, no território da promoção, da prevenção e do monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário, tem apenas uma dimensão (BRASIL, 2003; 2004a).

De acordo como Ministério da Saúde, a competência profissional<sup>22</sup> proposta para os ACS expressa à realidade do seu cotidiano de trabalho, representa o pilar de sustentação de sua prática bem como incorpora quatro dimensões do saber expresso nas habilidades (saber-fazer), nos conhecimentos (saber-conhecer), nas atitudes (saber-ser) e no coordenar-se com os outros (saber-conviver). A dimensão saber-ser (produção de si) é considerada transversal a todas as competências e se expressa por capacidade de crítica, reflexão e mudança ativa em si mesmo e nas suas práticas (BRASIL, 2003, 2004a). Autores como Nogueira, Silva e Ramos (2000) consideram que as competências se desenvolvem no treinamento oferecido, independente de uma qualificação profissional específica.

A preocupação das corporações profissões relacionadas às sobreposições de perfis, leva a classificação das profissões e ocupações em grupos e subgrupos, pressupondo a existência de algum grau de subordinação funcional entre seus integrantes. Em relação a esses aspectos a inserção do ACS no campo do cuidado gera diversos debates que privilegiavam esse tipo de enquadramento, de muita importância para os interesses corporativos das profissões de saúde. Esse debate gerou duas interpretações acerca do ACS: a) *pertence ao grupo de enfermagem, por*

---

<sup>22</sup> Para Zarifian (1999) competência profissional significa a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades. Está baseada na visão de trabalho como um conjunto de acontecimentos, com forte dose de imprevisibilidade e baixa margem de prescrição.



*realizar cuidados de saúde para as pessoas; e b) trata-se de trabalhador genérico e fora do comum, não tendo similar entre as tradicionais ocupações e profissões de saúde. Essa última tem sido correntemente a mais aceita e usada (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000, p.5).*

Nessa perspectiva, Silva e Dalmaso (2002a), em seu livro *O Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber e o fazer*, consideram que o agente não era a princípio um profissional em sentido restrito por não dispor de um saber específico auferido por instituição reconhecida que orientasse o seu desempenho o que de certa forma condicionava o seu exercício profissional ao contexto o qual se realizava o seu trabalho. Nesse sentido, consideram que toda a ocupação a qual pretenda se tornar uma profissão deveria buscar uma base técnica para sua sustentação.

Em seu estudo sobre a vinculação institucional do ACS, Nogueira, Silva e Ramos (2000) o consideram uma categoria especial não devendo ser comparada nem agrupada com outras que preexistem historicamente no âmbito da saúde. Essa particularidade é reforçada pelo fato da política que lhe deu origem exigir dele um perfil político-social que leve em consideração dois aspectos fundamentais: a) a *identidade com a comunidade* e b) o *pendor para ajuda solidária* (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000, p.7).

Para esses autores a articulação desses dois atributos relaciona-se, de um lado, com valores culturais compartilhados entre ACS e a comunidade, com os vínculos de confiança que se estabelecesse entre eles, com sua liderança natural e com uma ação que não restringe aos objetivos de saúde por atuar como mediador em distintas esferas de organização da vida social. E do outro lado, por estimular o

auto-cuidado e a autonomia das famílias e da comunidade contribuindo com a melhoria da qualidade de vida.

Os autores, ainda, caracterizam o papel do ACS a partir de duas interpretações correntes enquanto parte de uma política social como utilitarista e solidarista. A primeira, utilitarista considera os trabalhos de promoção comunitária e de bem-estar realizados pelo ACS como partes essenciais das obrigações devidas por um Estado aos seus cidadãos e faz parte do campo denominado cidadania social. Aqui, eles são considerados como uma espécie de recurso humano “simplificado” e “tecnologicamente adequados” que o Estado utiliza para alcançar os fins de uma política de bem-estar em comunidades carentes. A segunda, a solidarista, considera que o agente atua como mediador entre o Estado e a comunidade, não sendo um trabalhador exclusivo de nenhum dos dois. Acredita que a comunidade deve a si certas obrigações morais mínimas a começar pelo dever da solidariedade e para tanto ele ajudaria a abrir as portas da solidariedade comunitária. Aqui, o ACS tem um duplo objetivo para dar conta: facilitar o acesso aos direitos sociais e ajudar no cumprimento de certos deveres de solidariedade por parte da comunidade.

Tendo em vista os paradigmas das políticas de Estado do qual se originam o exercício de sua prática cotidiana é desenvolvido ora voltado para a dimensão técnica universalista, ora para dimensão social comunitarista tendo em vista a tensão existente entre os pólos técnico e político do Programa. Essas diferentes lógicas têm acarretado expectativas, às vezes, contraditórias, acerca de como a saúde pode ser promovida nessa interface entre auto-organização comunitária e sistemas de Estado e tendem, de um lado, acentuar o potencial emancipatório das

ações de solidariedade e de autonomização, e de outro, dá ênfase à eficácia do princípio da beneficência assistencial do Estado. (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS 2002; SILVA; DALMASO, 2002a).

Não se pretende, no recorte desta pesquisa, trabalhar a partir de separações artificiais, oposições binárias e hierárquicas, que se faz da realidade advindas destas relações, pois considera-se que toda essa fragmentação são produto das concepções autoritárias do mundo, que segmenta e reifica a realidade considerando um setor, uma estrutura ou ainda uma dimensão mais respeitável e poderosa do que outra. A existência de uma imanência nesses processos faz com que todos esses aspectos sejam igualmente importantes e atuem simultaneamente num entre traduzindo a existência de uma certa tensão.

A processualidade e dinamismo presentes na realidade pressupõem mutações e inovações e não arborescência a uma estrutura ou sistema, prende-se a um acontecimento, os encontros nela se dão ao acaso sem prévia programação como uma cartografia. Assim, serão tratados aqui todos os aspectos presentes na micropolítica do processo de trabalho do ACS, locus privilegiado de construção de sujeitos plenos e da produção do desejo.

Pensar essas dimensões nos levou ao pressuposto de que o ACS conduz seu processo de trabalho sob as lógicas do “agir tecnológico” e do “agir comunicativo” possibilitando a invenção de novos modos de operar os atos assistenciais, a criação de espaços de fala e escuta qualificada e a construção de vínculos afetivos e efetivos. Assim, ele trabalha sob a tensão de dois pólos: a primeira, centrada na lógica da produção de procedimentos como expressão do cuidado; a segunda privilegia atividades centradas nas necessidades do usuário e prioriza as tecnologias

relacionais. Imaginamos que não há um contraditório em si nestas questões, mas elas convivem simultaneamente na realidade, como em uma “dobra”, em um cenário diferente daquele que opunha interior/exterior.

Os resultados do estudo realizado por Trad e Bastos (1998), apontam para necessidade do treinamento dos ACS proporcionar-lhes conhecimentos diversos e sistematizados que dê suporte as suas competências<sup>23</sup> e habilidades, em torno de questões relacionadas com o saber biomédico e outros que o habilitem na interação cotidiana com as famílias reconhecendo que os seus problemas e necessidades, muitas vezes extrapolam o âmbito da saúde requerendo a inserção de conteúdos transversais que abordem trabalho em equipe, comunicação, relações afetivas, valores.

Trabalhar essas competências e habilidades significa fortalecer a *dimensão técnico-assistencial e a político-social* do seu papel (TOMAZ, 2002), tendo em vista a produção de outros modos de cuidar, que explore positivamente as relações entre as diferentes dimensões tecnológicas que comporta as ações de saúde (MERHY, 1998 e 2005).

Entra em cena nesse contexto agente comunitário de saúde (ACS), protagonista de saberes e modos de fazer que utiliza como eixo organizador do seu processo de trabalho no território e domicílio, as tecnologias relacionais, os saberes e práticas advindos de suas experiências e vivências com a comunidade, além de tomar emprestado de outros profissionais o saber estruturado de seu campo de

---

<sup>23</sup> Conforme o MS a competência está relacionada “a capacidade pessoal de articular conhecimentos habilidades e atitudes inerentes a situações concretas de trabalho” (BRASIL, 1998, p.4). Ainda nesse documento refere que o agente apresenta cinco competências: trabalho em equipe, visita domiciliar, planejamento das ações de saúde, promoção da saúde, prevenção e monitoramento das doenças mais prevalentes e avaliação e acompanhamento das ações de saúde.

atuação profissional. Vale ressaltar que independentemente da forma assumida pelas tecnologias e núcleos de saberes o campo cuidador produtor de relações interseçoras entre o trabalhador e o usuário estará sempre presente na realização de qualquer ato assistencial (MERHY, 1998).

No entanto, a depender da conformação assumida pelas tecnologias nos processos produtivos concretos, e as capturas e aprisionamentos sofridos nos territórios existenciais onde estejam situados poderá haver uma subordinação e empobrecimento do núcleo cuidador, caso ganhe centralidade os núcleos específicos e profissionais onde atua as tecnologias duras e leve-duras.

No espaço de interseção desses núcleos, o específico, o profissional existe o núcleo cuidador, onde todos os trabalhadores de saúde estão implicados clinicamente, ao intervir com suas ações nas necessidades e sofrimentos das pessoas produzindo relações afetivas de falas, de escuta, de acolhimento, de vínculo e responsabilização; reconhecer nessa produção a existência de fluxo e conexões de afetos<sup>24</sup> nas relações usuário-trabalhador e trabalhador-trabalhador, significa abrir-se a outros modos e lógicas de realizar os atos assistenciais.

Nessa direção, pesquisa realizada por Franco et al (2006a) junto a Universidade Estadual de Santa Cruz (Ilhéus-BA), sobre "*A produção do cuidado na rede básica de atenção à saúde*" refere que o ACS, no caso estudado, realiza um cuidado no qual opera seu trabalho sob uma forte tensão entre a liberdade do

---

<sup>24</sup> Espinosa, (2007) em seu livro "Ética" compreende por afeto as afecções do corpo, através das quais a potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada e refreada, e ao mesmo tempo, as idéias dessas afecções. Considera que quando somos uma causa adequada de algumas dessas afecções, o afeto pode ser compreendido como uma ação, em caso contrário, como uma paixão.

trabalho vivo em ato<sup>25</sup>, governando ele mesmo suas ações, e a captura do modelo hegemônico, centrado no núcleo especializado das profissões, que normatiza seu saber-fazer, empobrecendo seu núcleo cuidador, tornando-o mais um agente produtor de procedimentos.

Estudos realizados, por diversos autores<sup>26</sup>, sobre formação, perfil, identidade e competência dos ACS são quase todos unânimes ao referirem a positividade do seu papel de tradutor, ao intermediar a tradução de saberes que vão do universo técnico-científico ao popular como também da negatividade do mesmo frente à crise advinda, muitas vezes, dos conflitos entre esses universos de saberes, que dão sustentação as dimensões técnica-assistencial e político-social do seu perfil.

Nunes et al. (2002) considera que essa característica híbrida e polifônica o inscreve de forma privilegiada na dinâmica de implantação e consolidação de um novo modelo assistencial pela posição que ocupa de mediador entre a comunidade e o pessoal de saúde. Os resultados dos estudos de Solla et al. (1996), Fernandes (1992) e Mendonça (2004) referem que o fato de o ACS pertencer a comunidade em que vive e trabalha, tem facilitado e assegurado não apenas o vínculo e a identidade de grupo com as famílias sob sua responsabilidade mas também tem trazido constrangimentos devido à pouca de clareza, ambigüidades e conflitos advindos do seu papel.

---

<sup>25</sup> Trabalho Vivo em ato é conceituado por Merhy (1997a) como a atividade de trabalho cotidiana, no exato momento de produção/consumo e que opera em ambiente da micropolítica. Sobre o Trabalho Vivo em Ato ver também Merhy, E.E.; Saúde: a cartografia do trabalho vivo; 2. ed. Hucitec: São Paulo, 2005.

<sup>26</sup> Bornstein e Stotz, 2008; Silva e Dalmaso, 2002a, 2002b; Trad; Bastos; Nunes, 2002; Tomaz, 2002; Nogueira; Silva; Ramos, 2000; Nogueira, 2002; Nunes et al., 2002; Fernandes, 1998.

Ainda, aparece nesses estudos<sup>27</sup>, de forma implícita ou explicitamente, a questão da profissionalização, entendida, segundo Mendonça (2004), como a educação profissional específica e a regulação dessa atividade no mercado de trabalho. Aqui, o ACS não é considerado um profissional por não possuir uma área de conhecimento específico, que oriente seu desempenho e um conjunto de conhecimentos, técnicas e métodos de intervenção próprios para apreensão do objeto de saber. Bem como pela posição que ocupa na divisão social e técnica do trabalho, onde é considerado um trabalhador manual ocupando nessa cadeia hierárquica a posição de receptor de ordens e executor de tarefas.

Tais características conformadoras da profissão como à autonomia profissional<sup>28</sup> e seus correlatos, estariam ausentes no ACS que se apropria/devora dos saberes e práticas dos demais membros da equipe e de outros profissionais, ficando restrito à execução de tarefas segundo normas e regras profissionais administrativamente definidas. Nesta perspectiva, a autonomia articula-se com outros aspectos que garantem a preservação, eficácia e reserva de mercado para uma dada profissão (FREIDSON, 1998; RIBEIRO; SCHRAIBER, 1994; SCHRAIBER, 1993; 1995).

Sobre esta questão, também discutida por Fernandes (1992), acredita-se na possibilidade de os ACS apresentarem uma atuação passiva na relação de interação que estabelece com as famílias e comunidade, reproduzindo de forma mecânica,

---

<sup>27</sup> Silva; Dalmaso, 2002; Trad et al., 2002; Tomaz, 2002; Nogueira; Silva; Ramos, 2000; Nogueira, 2002; Nunes et al., 2002; Mendonça, 2004.

<sup>28</sup> A autonomia profissional está relacionada ao controle da profissão sobre a organização social e econômica/técnica do trabalho e o controle sobre a definição do seu conteúdo e de sua avaliação técnica (FREIDSON, 1998). Ou ainda, entendida como a capacidade da profissão controlar uma área do conhecimento, tendo o monopólio sobre esse campo, sem depender de outras profissões para exercer sua prática cotidiana (RIBEIRO; SCHRAIBER, 1994)

acrítica e prescritiva as informações técnicas e os discursos dos técnicos. Pressupomos que a expressão desses efeitos se deve à captura do seu trabalho vivo em ato pelo trabalho morto, inscrito no saber científico do modelo dominante de produzir os atos em saúde, a normatividade e prescrição do PSF com seus objetivos e metas pré-definidos para o alcance de indicadores, e a lógica taylorista de organização e funcionamento dos serviços. Esses processos estão vinculados à produção do desejo como matéria-prima de qualquer produção.

A partir das reflexões que compuseram a caixa de ferramenta da pesquisadora cartógrafa foi feita a opção de embarcar nessa viagem e dar língua aos afetos que foram se conformando nos diversos encontros entre os corpos presentes na micropolítica dos espaços de intervenção do processo de trabalho do ACS. Ao tempo em que esta imersão possibilitou acompanhar a dinâmica das intensidades, dos fluxos e afetamentos que compõem, decompõem e pulsam no cotidiano de trabalho do ACS e são expressões de suas experiências e vivências no mundo real, ou seja, de sua subjetividade.

Ressalta-se, também, o desejo da pesquisadora em realizar esta investigação, como forma de contribuir com a compreensão acerca do processo de trabalho do ACS e dos processos relacionados com a produção de sua subjetividade, tendo como eixo os fatores de afetivação que impactaram em seu modo de operar o cuidado e quiçá com a produção de conhecimentos deste campo.

Nessa trajetória, foram sendo elaborados alguns questionamentos sobre esses encontros que tiveram uma dupla finalidade: a primeira visava à apreensão do objeto de estudo no sentido de acompanhar a cartografia do estado da arte que estava sendo realizado; e a segunda teve como objetivo mais amplo a criação de



sentido para o material encontrado no campo empírico tendo como substrato o referencial teórico construído em um processo antropofágico (ROLNIK, 2006), e a sua articulação com os pressupostos e objetivos do estudo. Em diversos momentos da trajetória as matérias de expressão partícipes dessa produção são ativadas, “ganham vida”, intensidades informando outros movimentos e devires, outros modos de existir como uma força anônima, um poder de afetar e ser afetado. Assim, foram fabricados os fatores de afetivação que ajudam a pesquisadora dar sentido ao objeto de investigação.

A necessidade de decompor o objeto partiu da dificuldade da própria autora de sair do âmbito das ideologias e das representações presentes em seu território existencial, e dar línguas aos afetos e intensidades que iam se formando no campo empírico e apontando para as cartografias que estavam sendo traçadas nos encontros que estavam sendo agenciados pelos ACS. Como, ainda, se encontrava fortemente aprisionada e territorializada em outros campos metodológicos, apenas conseguia ver certos efeitos desses encontros, uma vez que se encontravam *coberto de nuvens*, imperceptível ao seu corpo vibrátil (VELOSO, 1999).

Essa decomposição conforma um conjunto heterogêneo, mas imanentes entre si, visto que os recortes e as partes de uma realidade são a ela inerente e *cada totalização pensada ou prática que se faz dela se agrega a esse todo infinito como uma parte a mais* (BAREMBLITT, 1998, p.57). Dessa forma, as inúmeras questões elaboradas fizeram parte de um processo de aproximações sucessivas e elaboração mental do concreto para abstrato e vive-versa com o objetivo de dar materialidade e o sentido que se queria dar ao objeto de investigação.

Assim, das questões pensadas, algumas serviram como dispositivo inicial para este estudo: como esses encontros, entre os ACS e os diversos corpos têm contribuído para impactar seu processo de trabalho e nesse processo a produção subjetiva de si e do mundo?; Eles têm servido como balizador de uma nova prática voltada para necessidades das pessoas e a construção de um cuidado integral em defesa da vida? Ou tem se constituído em espaços marcados por diversos atravessamentos que tendem a aprisionar a sua criatividade em um desenho assistencial que está organizado para operar a partir de problemas específicos, numa perspectiva de risco e de uma racionalidade centrada na doença e no corpo biológico, tendo como lócus de ação o USF e o núcleo profissional específicos dos trabalhadores?

Pressupondo que o trabalho do ACS se dá pelos motivos elencados até aqui e também por uma subjetividade que define o modo próprio de operar o seu trabalho vivo em ato e produzir o cuidado, esta produção subjetiva de si mesmo se dá, segundo Deleuze, através de afetamentos sobre si mesmo e nos encontros engendrados pelos corpos.

*“não sabeis do que sois capazes, no bom como no mau, não sabeis antecipadamente o que pode o corpo ou uma alma, num encontro, num agenciamento, numa combinação” (DELEUZE, 2002, p.130)*

Tendo como referências esses questionamentos, outros subjacentes foram sendo formulados e reformulados no percurso de toda essa trajetória, como: que afetos são produzidos no encontro entre os universos de saberes e práticas: científico, popular, relacional, cuidador? A sua apreensão envolve transitar do olhar perceptível, que vê apenas os efeitos desses afetos, à procura de “máscaras”<sup>29</sup> que dêem sentido às suas representações para o olhar vibrátil que busca explicar sua

---

<sup>29</sup> Segundo Rolnik (2006) as máscaras representam os territórios existenciais que dão sentido as representações das pessoas.

essência?. Esses encontros estão autonomizando o ACS no seu modo de agir tendo em vista a produção de um cuidado acolhedor e inclusivo, onde o outro seja protagonista/produtor? Existem aí positivities ou negatividades? As *paixões* são *alegres ou tristes*<sup>30</sup>? Em que medida a origem comunitária do ACS contribui para a captura e aprisionamento de sua subjetividade ao modelo hegemônico em curso, dando sustentação às políticas de saúde reformadoras das práticas de cuidado, constituindo-se em uma tendência de repetição das práticas existentes? Como poderia o ACS agenciar<sup>31</sup> *linhas de fugas*, criando outros vínculos para além do seu território e daquele onde se situam o núcleo de saber específico das profissões? Como o agente pode organizar bons encontros com outros saberes e práticas sem decompor os seus, agenciando novos territórios e modos de agir cuidadores mais autônomos, onde o indivíduo e a família sejam também protagonistas na elaboração e implementação de projetos terapêuticos que façam sentido para eles? Quanto suportaria de *desterritorialização ou qual seu coeficiente de desterritorialização*<sup>32</sup> nesses encontros? O quanto se permitiria de intimidade com o *caráter finito ilimitado* da condição humana desejante e os seus medos? Não ter um núcleo de saber

---

<sup>30</sup> Conceitos trazidos por Espinosa acerca do convém e não convém ao corpo, a partir dos encontros consigo e com outro(s) corpo(s). Tudo que convém a um corpo aumenta a sua potência de agir pela composição que faz com o outro corpo, é como se houve uma adição dessa potência, é bom, traz positividade e paixões alegres e quando ao contrário decompõe a relação, mesmo compondo com outras partes do corpo, isso se dá porque as mesmas ocorreram sob outras relações que não aquelas que correspondem a sua essência, é mau, exprime negatividade e paixões tristes. Nesse aspecto se relaciona com a moral e valores transcendentais. Não existe, portanto o Bem ou Mal em si, mas *o bom e o mau* para mim. O mau ou o bem se dá nos encontros, na composição, tem um sentido objetivo, parcial e relativo do que convém e não convém, e também subjetivo e modal referindo-se aqueles que organizam seus encontros e os que vivem ao acaso dos mesmos. A paixão é exterior ao corpo preenchendo nossa capacidade de ser afetado e nos separando de nossa potência de agir (DELEUZE, 2002)

<sup>31</sup> O termo agenciamento refere-se a um artifício produtor de inovações que geram acontecimentos e devires atualizando virtualidades e inventando o novo radical. (BAREMBLITT, 2002)

<sup>32</sup> Representa a perda da força de encantamento do desejo, no qual as intensidades por nós experimentadas se desmancham feito lascas de partículas soltas de afetos que escapam das máscaras do nosso território existencial como partículas de afetos expatriadas, sem forma e sem rumo acabando com esse mundo (ROLNIK, 2006). Vale destacar que esse movimento ocorre simultaneamente com movimento de territorialização e de simulação em um entrelaçamento constante e infinito. Aqui são dadas as pistas referentes ao finito ilimitado da condição humana desejante.

específico se constituiu em um dispositivo capaz de agenciar mudanças no modo de realizar as ações de saúde e de assistir as pessoas?

A elaboração dessas questões envolveu a utilização de um artifício inventado por Suely Rolnik em seu livro *Cartografia Sentimental*, o fator de afetivação, que ajudou a autora questionar o sentido dos encontros realizados pelos ACS, buscando apreender a singularidade dos mesmos, utilizando para tanto o seu “olhar vibrátil”. A partir deles foi possível formular a seguinte questão: Como vem sendo produzida a subjetividade do ACS para operar o cuidado no PSF? Como o ACS organiza o seu processo de trabalho para produzir o cuidado no espaço da micropolítica?

Aliás, em relação às idéias discutidas até aqui me faz recordar de Gregor Samsa de Franz Kafka, que viveu um processo de desterritorialização intenso, no âmbito de sua subjetividade, que acaba levando-o à destruição, devido à desconexão que se dá em seu plano de consistência, não sendo possível mais atuar onde suas representações faziam sentido (KAFKA, 1997). Ademais, recordo-me também da fábula oriental de um homem que enquanto dormia uma serpente entra em sua boca e a partir de então ele passar a viver sob o seu domínio, os amores, os medos, os desejos, as paixões dela que são também agora dele. Um belo dia ao acordar se dá conta que a serpente foi embora e levou consigo a sua essência deixando-o sem saber o que fazer com a sua liberdade (AMARANTE, 1996).

Essas duas situações possibilitaram algumas reflexões sobre o processo de constituição da subjetividade do ACS a partir dos processos de captura e aprisionamento que têm sofrido. Procurou-se identificar a diminuição de sua potência de agir na implementação de outros modos de cuidar, e o quanto tem se permitido capturar sem que entre em um processo de completa destruição. Por outro

lado, buscou-se saber até que ponto as implicações desse processo não têm sido responsável pela reprodução sem contextualização do saber científico dominante e dificuldade sentida pelo agente de trabalhar com famílias as ações de promoção e proteção a saúde.

Estes encontros podem produzir “paixões alegres”, com aumento de potência e da força vital, ou “paixões tristes”, onde a potência e força vital são reduzidas. A produção do cuidado, portanto guarda uma forte conexão com a intenção, as tecnologias relacionais e a liberdade na operação do trabalho vivo pelos próprios trabalhadores, sendo que isto define basicamente o modo de produção, seus processos e produtos.

Afetar e ser afetado pressupõe relações de composições e decomposições, que poderão ser definidoras tanto de modos singulares de cuidar em que o vínculo, a responsabilidade e o envolvimento afetivo, assumem prioridade quanto de modos produtores de relações sumárias, prescritivas, burocráticas e impessoais, centrado na doença e no procedimento, o que pode conduzir a uma postura de desvalorização da vida e banalização da dor e do sofrimento trazido pelo outro

É no exercício de sua prática e no espaço intercessor desse encontro no domicílio com as famílias que o agente vai construindo permanentemente, através do seu jeito de ser e viver, sua relação com o mundo e os outros, e nesse processo de produção cria e recria a natureza ao mesmo tempo em que produz a si mesmo.

Foi pensando nessa produção subjetiva do ACS nos espaços de intervenção da micropolítica de seu processo produtivo que foram traçados os seguintes objetivos:

## **GERAL**

✚ Analisar o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), nesse contexto a produção de si mesmo, com base nos fatores de afetivação que impactam no seu modo de operar o cuidado, no Programa Saúde da Família (PSF) no Município de Itabuna-Bahia no período de 2004 a 2007.

## **ESPECÍFICOS**

- ✚ Analisar a organização do processo de trabalho do agente comunitário de saúde (ACS) na produção do cuidado no Programa Saúde da Família (PSF);
- ✚ Descrever os saberes e práticas utilizados pelos agentes comunitários de saúde (ACS) na produção do cuidado no Programa Saúde da Família (PSF);
- ✚ Analisar a produção da subjetividade do ACS para operar o cuidado no PSF;
- ✚ Descrever os fatores de afetivação que impactam na formação da subjetividade do ACS.

## **CAPÍTULO 2**

### **O Amálgama que constitui o Campo Teórico: Construindo a caixa de Ferramenta**

*“Os devires são geografia, são orientações, direções, entradas e saídas. [...] Devir nunca é imitar, nem fazer como, nem ajustar-se a um modelo, seja ele de justiça ou verdade. Não há um termo de que se parte, nem um ao qual se chega ou ao qual se deva chegar [...]. Os devires não são fenômenos de imitação, nem de assimilação, mas de dupla captura, de evolução não paralela, núpcias entre dois reinos” (DELEUZE; PARNET, 2004, p. 12)*

A produção deste capítulo faz uma primeira aproximação do conceito de trabalho e de processo de trabalho utilizando-se do pensamento marxista, no caminhar, este conceito foi sendo resignificado, até chegar a idéia do processo de trabalho em saúde, inicialmente marcado pela influência marxista, mas que na atualidade sofre uma inversão, ou melhor, uma nova epistemologia o sustenta. As premissas da teoria do trabalho em Marx servem como substrato para as primeiras análises sobre o processo de trabalho, contudo são insuficientes para pensar o processo de trabalho em saúde. A especificidade das características que atravessam o campo da produção do cuidado vão pedir novos referenciais, sobretudo, com a premência que têm os sujeitos que trabalham e os modos como o fazem na saúde.

#### **2.1. O Processo de Trabalho em Saúde: Viver e conviver permanentemente em uma dobra**

Inicialmente, serão feitas algumas considerações acerca das transformações e mutações ocorridas no processo de trabalho nas sociedades capitalistas, levando em conta dois aspectos inter-relacionados. O primeiro decorre do controle da produção de bens e serviços através de meios coercitivos materiais e semióticos. O

segundo se relaciona com a capacidade do capitalismo de se instalar, na produção da subjetividade, fabricando em escala mundial uma subjetividade industrializada e serializada que serve *de base para formação da força coletiva de trabalho e da força de controle social coletiva* (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p.48).

A utilização das técnicas de recentralização, de capturas normalizantes centradas no sujeito individuado e em objetos parciais e reificados tendem a expropriar toda singularidade, toda vida desejante. Esses processos funcionam como *uma deriva, uma desterritorialização multiforme que se agarra a encontros singulares, que estratifica, estabiliza casos de espécies* (GUATTARI, 1987, p.162).

Outro aspecto a ser considerado, diz respeito ao objeto de investigação, uma vez que acompanhar como foi se conformando a subjetividade do ACS para produzir o cuidado e os fatores de afetivação<sup>33</sup> que impactam sobre o mesmo, requer analisar a organização tecnológica do seu processo de trabalho e, neste contexto, interrogar como a micropolítica de processos singulares se articula com os processos de individuação.

No que diz respeito a estes aspectos será abordado mais amiúde, pelo seu potencial e importância para o processo de trabalho em saúde, o trabalho vivo, em virtude de sua capacidade inventiva e criativa de agenciar em ato, outros modos de cuidar, realizados por sujeitos no encontro. Apesar de sofrer constantemente uma captura de sua autonomia pela lógica instrumental do trabalho morto, instituído,

---

<sup>33</sup> Atua como um estímulo que aguça a sensibilidade à latitude do ambiente e te permite habitar o ilocalizável. Ou seja, é o modo como os corpos afetam e são afetados. Pode ser um filme, uma música, um poema, um mal-estar, uma angústia, um leitura acerca de dados coletados em pesquisa, uma implicação epistemológico com determinados métodos enfim algo que toque a sua sensibilidade e aprofunde o seu olhar o abrindo para o ilocalizável, o território sensível e invisível do corpo.



ainda pode exercer seu relativo autogoverno e através de sua ação (desejo) operar um cuidado mais prescritivo ou optar por outro mais relacional e acolhedor.

O mundo do trabalho, nas sociedades capitalistas, tem passado por uma série de mudanças e transformações que muitos consideram de proporção ainda não, de todo, assimilada. A intensidade dessa crise deve-se ao fato de ter sido atravessada em todos os sentidos por sistemas maquínicos de diferentes fluxos, (signos, sociais e materiais) que tendem a expropriar toda a singularidade, toda a vida do desejo quer seja na sua materialidade quer seja na subjetividade do trabalhador. Acerca do fascínio, domínio e expansão do capital em todos os campos da vida, Guattari (1987, p.191) diz:

*O capital não é uma categoria abstrata, é um operador semiótico a serviço de formações sociais determinadas. Sua função é de assumir o registro, a regulação, a sobrecodificação das formações de poderes próprios às sociedades industriais desenvolvidas, das relações de forças e dos fluxos relativos ao conjunto das potências econômicas do planeta.*

Essas alterações nos modos de organização dos processos de trabalho e das formas de apropriação do saber e fazer do trabalhador, capitaneada pelo capitalismo mundial integrado (CMI) têm conseqüência direta nos modos de ser e agir dos trabalhadores, molecularizando-os cada vez mais, levando o processo de *estranhamento*<sup>34</sup> do trabalho ao seu limite extremo (ANTUNES, 2005, p.149). Tudo isso ocorre sob um inquestionável domínio dos agenciamentos maquínicos da indústria, da economia, da formação, da informação, etc., que se aperfeiçoam e miniaturizam ininterruptamente seus sistemas repressivos com sérias repercussões para vida do trabalhador, e no caso da saúde também para o usuário.

*Nunca é um homem que trabalha – e pode dizer o mesmo para quanto ao desejo –, mas um agenciamento de órgãos e máquinas. Um homem não*

---

<sup>34</sup> A expressão *estranhamento do trabalho* é utilizada no sentido marxista e se refere à existência de barreiras que se opõem ao desenvolvimento da personalidade humana, uma vez que o desenvolvimento das forças produtivas acarreta necessariamente o desenvolvimento da capacidade humana, contudo o desenvolvimento da capacidade humana não significa necessariamente o desenvolvimento da personalidade humana, ao contrário pode aviltá-la, desfigurá-la produzindo sua morte (LUKÁCS, 1981 apud ANTUNES, 2005).

*mais se comunica diretamente com seus semelhantes: os órgãos, as funções participam de uma "montagem" maquínica, que coloca em conjugação cadeias semióticas e todo um cruzamento de fluxos materiais e sociais (GUATTARI, 1987, p.181).*

Ainda a este respeito Guattari (1987) refere que conhecer as engrenagens e o funcionamento dos agenciamentos maquínicos (máquina-semiótica) dos diferentes centros de formação do poder seria condição essencial das lutas micropolíticas do desejo, seja qual for o campo em que ocorra. Só assim, poderia ser feita uma análise molecular a partir destes agenciamentos, associando a teoria e a prática.

A ordem econômica capitalista encontra-se presente tanto na realidade material do mundo quanto na realidade psíquica, atuando de diferentes maneiras. De um lado, produz modos de relações no âmbito das representações que ditam o modo de estar e viver a vida. Assim nos diz como se trabalha, como se ama, como se fala, fabricando inclusive a relação com a produção, com a natureza, com os fatos, com o corpo, com o passado e o futuro, ou seja, fabrica a relação do homem com o mundo e consigo mesmo. Por outro lado, direciona os esquemas de conduta, de ação, de gestos, de pensamento, de sentido e de afeto, como também as montagens de percepção, memorização e não para por aí.

Como resultante desse processo ocorre a homogeneização e modelização da subjetividade, com esvaziamento de todo conhecimento da singularidade, fazendo com que o produto do trabalho apareça como algo alheio, estranho e reificado (coisificado) a quem produz. Esse processo de estranhamento não se dá apenas pela perda do objeto, como também abrange o próprio ato de produção. As relações de produção não se estabelecem apenas nos sistemas sociais, mas desde o berço modelam um certo tipo de indivíduo-consumidor. A reversão desse processo está relacionada a *uma transformação dos processos materiais, a uma*

*desterritorialização de todas as formas de produção, quer se trate da produção social ou da produção desejante* (GUATTARI, 1987; p.188).

Nesse modo de produção coexistem na arena micropolítica produtiva, diferentes níveis de estratificação e hierarquização de capitalismo, a saber: a) o capitalismo segmentário tradicional com seu *modo de semiotização que se apóia no capital financeiro e monetário*; e b) o *capitalismo mundial integrado* (CMI) que se apóia em um conjunto de servomecanismo técnico-científico, macro e microssociais, dos meios de comunicação de massas e utilizam além de os meios tradicionais de coerção e controle direto, outros mais sutis e refinados, que requerem a cumplicidade e o consentimento passivo de cada indivíduo, por atuar da seguinte maneira:

*É no funcionamento de base dos comportamentos perceptivos, sensitivos, afetivos, cognitivos, lingüísticos, etc., que engasta a máquina capitalística, cuja parte desterritorializada invisível é, sem dúvidas, a mais implacavelmente eficaz. (...) O capitalismo se apodera dos seres humanos por dentro. Sua alienação pelas imagens e idéias é apenas um dos aspectos de um sistema geral de servomecanismo de seus meios fundamentais de semiotização, tanto individuais como coletivos* (GUATTARI, 1987, p.205).

Estas técnicas de captura podem, também, intervir no nível sensitivo, afetivo e da práxis, apresentar efeitos adversos e agenciar processos maquínicos desejantes em que os sujeitos recriam e inventam por si novas relações produtivas, ou seja, um novo tipo de mais-valia maquínica. Quando a manifestação singular do desejo encontra *ressonância em uma multiplicidade de desejos reprimidos, isolados uns dos outros, esmagados pelas formas dominantes de expressão e de representação* (GUATTARI, 1987, p.177) ele secreta seus próprios sistemas de referência e de regulação.

Vale ressaltar que o servomecanismo não coincide com a alienação social, enquanto essa engaja pessoas globais, representações subjetivas facilmente

manipuláveis, aquela o servomecanismo maquínico<sup>35</sup>, tem a ver com o agenciamento de elementos infrapessoais, infra-sociais, em razão da economia molecular do desejo, muito mais difícil de assegurar no âmbito das relações sociais estratificadas (GUATTARI, 1987).

Enfim o CMI não possui um único centro de poder, seus centros de decisões estão espalhados por todo o planeta e atinge indistintamente todos os níveis da pirâmide social, no âmbito material e imaterial, indo dos estados-maiores econômicos até a microfísica das organizações. Para tanto utiliza tudo que estiver disponível como sistemas de informações e de manipulações psicológicas em grande escala através dos meios de comunicação de massa, das sondagens, dos sistemas de welfare, etc. aqui é possível conviver zonas de superdesenvolvimento e enriquecimento com políticas de contenção e de extermínio da força coletiva de trabalho em outras regiões.

Os primeiros estudos sobre o processo de trabalho em um contexto mais amplo foram feitos por Karl Marx, que elaborou uma importante reflexão sobre o sentido e funcionamento do trabalho humano. Não tenho a pretensão de fazer uma abordagem exaustiva sobre a teoria do trabalho, mas utilizar partes desta produção que sirva para subsidiar, aumentar a potência e dar sentido ao objeto do estudo. Outros autores também contribuíram nesse processo até porque, *não creio que um*

---

<sup>35</sup> No original, asservissement, do latim servus (servo), tem um duplo sentido: a) o de servidão, tanto da condição de servo ou do escravo e o ato de subjugar – escravidão, sujeição, submissão – quanto do sistema de dependência que liga o servo ao feudo, definido como o indivíduo que não têm direitos, não dispõe de sua pessoa ou de bens, cujos serviços estão vinculados à gleba e com ela se transferem; b) o de cibernético de servomecanismo relacionado a sistema de controle automático, com retroalimentação largamente aplicada na indústria de mecanismo como amplificador de energia, cuja especialidade é o controle de elementos. O termo servo aqui se refere a uma servidão mecânica. O servomecanismo possui como componente o servo-motor – motor elétrico, hidráulico, etc. – que funciona como elemento de controle final. São usados para manter o equilíbrio da entrada e saída sejam quais forem as perturbações e desequilíbrios da entrada e saída. Para maiores detalhes ver *Revolução Molecular: pulsões políticas do desejo* de Félix Guattari.

*sistema de conceitos possa funcionar convenientemente fora do seu meio de origem, fora dos agenciamentos coletivos de enunciação que o produziram* (GUATTARI, 1987, p.173).

O trabalho é um ato de fazer consciente que pressupõe um conhecimento concreto, mesmo que jamais perfeito, de determinadas finalidades e meios. O que remete a uma dimensão fundamental da subjetividade do ser, isto é, à dimensão teleológica, apontando para existência no plano do trabalho de uma unidade inseparável entre teleologia e causalidade (LUKÁCS, 1978 apud ANTUNES, 2005).

Através do trabalho ocorre uma dupla transformação. Por um lado, o homem que trabalha é transformado pela ação do seu trabalho e ao mesmo tempo atua na natureza desenvolvendo suas potencialidades e a subordina ao seu poder. Por outro lado, os objetos e as forças da natureza são transformados em meios, em objetos de trabalho, em matérias-primas usadas no processo de trabalho. Para trabalhar o homem utiliza diferentes tipos de matérias e instrumentos de trabalho para exercer seu poder sobre as coisas, de acordo com a finalidade perseguida.

Se na visão do marxismo o trabalho é condição precípua para o processo de humanização do homem, também é verdade que na sociedade capitalista o trabalho é degradado e aviltado. O que deveria se constituir na finalidade do trabalho é pervertido e depurado. Enquanto o processo de trabalho converte-se em meio de subsistência, a força de trabalho torna-se uma mercadoria cuja finalidade é produzir outras mercadorias. O que deveria ser a forma de realização do homem reduz-se a única possibilidade de subsistência do despossuído, tornando-se então *estranhado*<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> Antunes (2005) utiliza a expressão o trabalho estranhado (*die entfremdete Arbeit*) e estranhamento (*Entfremdung*) ao invés de alienação (*Entäusserung*), porque, enquanto esta última é um aspecto intrínseco a

(ANTUNES, 2005, p.126) frente ao produto de seu trabalho e frente ao próprio ato de produção da vida material.

*Diferentes "fórmulas" de captura do desejo das massas foram assim produzidas pelos diferentes sistemas totalitários, em função da transformação das forças produtivas e das relações de produção (GUATTARI, 1987, p.180).*

A atividade produtiva movida pela lógica do capital tende a eliminar as propriedades qualitativas do trabalhador pela fragmentação cada vez maior do seu processo de trabalho em operações parciais, operando uma separação entre o trabalhador e o produto do seu trabalho. Este é reduzido a um nível tal de especialização que aumenta acentuadamente a atividade mecanicamente repetida. Esse processo de fragmentação e isolamento do saber-fazer atomiza o trabalhador interditando sua função de mediador com a natureza, coisificando-o bem como as suas relações.

O trabalho enquanto expressão da atividade humana acompanha a história de realizações dos homens e em sua cotidianidade se desenvolve através laços de cooperação social decorrente do processo de produção material. É a partir da realização deste ato social que o homem se diferencia de todas as formas não humanas, isto é, pela sua capacidade de abstração, de figurar na mente a construção de um produto antes de transformá-lo em realidade. Ao término do processo de trabalho aparece um resultado que já existia antes na imaginação do trabalhador.

*O trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. (...). Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza (MARX, 2006, p.221).*

---

toda objetivação, o estranhamento refere-se à existência de barreiras sociais que se opõem ao desenvolvimento da personalidade humana.

Para esse autor o trabalho deve ser compreendido tanto em sua dimensão operativa como uma atividade quanto em sua dimensão social como uma práxis, visto que a relação do homem com o mundo se dá em um processo de produção mútua. O que importa aqui é destacar que o território do trabalho é, também, permeável a todas as forças, os fluxos e as interações, a todas as influências do campo social, podendo o homem através de sua ação descobrir, criar e promover outros modos de intervir.

Essa especificidade do trabalho humano traz consigo algumas implicações que são inerentes a sua constitutividade. A primeira delas refere-se ao fato de que antes de ser realizado concretamente ele é idealizado mentalmente, é um recorte interessado da realidade voltado para um determinado fim, satisfizer uma necessidade através da atividade laboral. O segundo aspecto diz respeito a sua diversidade em pensar esses recortes e a singularidade de cada realização mostrando a inter-relação existente entre modos interessados de pensar e fazer e a organização do processo de trabalho, quer dizer, existe uma relação entre a intenção de quem produz e o modo como realiza o trabalho para o processo de produção.

Se acompanharmos atentamente como o homem vai sendo desenhado para realizar uma intervenção tecnológica ou assistencial, observamos que os produtos são social e historicamente construídos, visto que os mesmos representam um recorte interessado da realidade e a satisfação de uma necessidade, orientada para uma finalidade expressa de forma explícita ou implícita.

A realização de qualquer processo produtivo envolve a utilização de certos elementos constitutivos ao trabalho, a saber: a) o próprio trabalho, a atividade em

ato adequada a um fim; b) objeto de trabalho, a matéria a que se aplica o trabalho podendo ser a substância principal de um produto, ou contribuir para sua constituição e por fim; c) os instrumentos de trabalho ou os meios de trabalho são as condições matérias necessárias à realização do processo de trabalho (MARX, 2006). O resultado da combinação desses elementos vai conformar um processo de trabalho expressão da realização de um produto, como um computador, uma consulta, entre outros.

Para que dessa combinação resulte a realização de certo produto é necessário que eles sejam articulados e organizados de tal forma que venha atender a necessidade da intervenção ou do projeto anteriormente pensado. Este modo de organização passa pela existência de um saber específico que permite o trabalhador em sua ação reunir estes elementos através do seu trabalho vivo em ato. Assim, não basta apenas idealizar mentalmente a intervenção é preciso ter um certo *saber tecnológico*, um saber aplicado para transformá-lo em um produto específico.

O homem satisfaz a suas necessidades de forma direta como meio de subsistência, objeto de consumo, e de forma indireta, como meio de produção. Nessa perspectiva, o processo de trabalho apresenta uma dupla função: uma de ser dispêndio de força de trabalho do homem no sentido fisiológico, e nessa qualidade passa a ser trabalho abstrato que gera o valor da mercadoria. A outra se refere ao dispêndio de força de trabalho do homem sob forma especificamente adequada a um fim, e nessa qualidade de trabalho concreto e útil produz valores-de-uso (MARX, 2006).

Observa-se que a dimensão abstrata do trabalho mascara e diminui a potência da dimensão concreta, de trabalho útil em virtude do fetiche que tem a



mercadoria ao ocultar as dimensões sociais do próprio trabalho, mostrando-as como inerentes aos produtos do trabalho. As relações entre o trabalho individual e o trabalho total por não estarem visíveis apenas são percebidas como relações entre objetos coisificados (ANTUNES, 2005). As contribuições de Félix Guattari nos ajuda a refletir sobre as diferentes técnicas de capturas utilizadas pelas máquinas totalitárias interditando a realização do trabalho concreto.

*O valor marxista abstrato sobrecodifica o conjunto do trabalho humano concretamente destinado à produção dos valores-de-uso. Mas o movimento atual do capitalismo tende a que todos os valores-de-uso tornem valores-de-troca e que todo trabalho produtivo dependa do maquinismo (GUATTARI, 1987, p.195)*

A utilidade de uma mercadoria ou coisa faz dela um valor-de-uso<sup>37</sup>, de um bem, por apresentar determinadas propriedades materiais que lhes são inerentes. Esse caráter da mercadoria não depende da quantidade de trabalho empregado para obter suas qualidades úteis. O valor-de-uso só se realiza com a utilização ou o consumo, ele constitui o conteúdo material da riqueza e são veículos materiais do valor-de-troca.

O valor-de-troca revela-se na relação quantitativa que estabelece entre os valores-de-uso de diferentes espécies, na medida em que se trocam<sup>38</sup>, essa relação muda no tempo e no espaço. Aqui, o vínculo social entre as pessoas se transforma em uma relação social entre coisas, ou seja, assume a forma fantasmagórica de uma relação entre coisas. Essa sua condição faz com que apareça como algo

---

<sup>37</sup> O valor natural de determinada coisa consiste em sua capacidade de prover as necessidades ou de servir as comodidades da vida humana. (John Locke em “Algumas considerações sobre as consequências dos juros baixos”). No século XVII *worth* significava valor-de-uso e *value* valor-de-troca.

<sup>38</sup> “O valor consiste na relação de troca que se estabelece entre uma coisa e outra, entre a quantidade de um produto e a de outro”.

causai e relativo sendo considerado como uma contradição a sua especificidade de ser inerente à mercadoria<sup>39</sup>.

Como valores-de-uso as mercadorias têm qualidades diferentes enquanto que como valores-de-troca só podem diferir apenas na quantidade, não contendo nenhum valor-de-uso. Se o valor-de-uso de uma mercadoria lhe for subtraído, só lhe restaria uma propriedade, a de ser produto do trabalho em transformação. Ao desaparecer o caráter útil dos produtos do trabalho, também desaparece o caráter útil dos trabalhos neles corporificados desaparecendo as diferentes formas de trabalho concreto que são reduzidas a uma única espécie de trabalho, o trabalho humano abstrato. O produto do trabalho é considerado valor-de-uso, porque tem incorporado ao objeto outros valores-de-uso, produtos de anteriores processos de trabalho que lhe imprimiu as qualidades úteis, ou seja, cristalizações de trabalhos vivos que foram incorporados pela lógica instrumental do trabalho morto.

Esse processo vai fabricando uma complexa rede de relações entre produção, consumo e necessidade. Em relação à necessidade observa-se um duplo movimento: por um lado, existe uma necessidade sentida que determinado serviço não pode satisfazer representado pelo consumo do produto final, e por outro, o acesso a este produto final se dá através da satisfação de uma outra necessidade colocada pelo mercado e que também é expressa pela satisfação da necessidade daquele a quem recorre com os produtos de seu trabalho. Ainda, sobre essa questão, Ágnes Heller (1986) refere não ser casual Marx enfatizar que o capitalismo fabrica necessidades múltiplas e ricas, do mesmo modo que provoca empobrecimento do homem e converte o trabalhador em um ser sem necessidades.

---

<sup>39</sup> "Nada pode ter um valor-de-troca intrínseco". (Barbon) ou "O valor de uma coisa é exatamente o que ela dá em troca" (Butler).

Além de ser histórica e socialmente construída, a necessidade também é manipulada e a liberdade e autonomia das pessoas em decidir o que mais lhe convém são aparentes, uma vez que essa eleição é feita pelo particular que plasma as necessidades individuais não em conformidade com a personalidade humana, mas, sobretudo, pelo lugar que ocupa na divisão do trabalho. A expressão mais significativa desse empobrecimento das necessidades é dada pela redução e homogeneização do trabalhador, ou seja, *El trabajador debe privarse de toda necesidad para poder satisfacer una sola, mantenerse em vida* (HELLER, 1986, p.65).

Normalmente a idéia de necessidade esta associada à carência e ao consumo de alguma coisa que precisamos adquirir, no entanto no pensamento de Deleuze e Guattari (apud MERHY, 1997a, p. 88) *a dimensão da necessidade expressa um ser que em potência deseja ser, deseja positivamente existir, ser mundo e parte dele como uma vontade de potência de ser, como uma máquina desejante*<sup>40</sup>.

No campo da saúde devido às especificidades inerentes a constitutividade do seu processo de trabalho, a abordagem desse tema assume algumas particularidades na medida que é no momento do encontro entre o trabalhador e o usuário para produzir o cuidado que ocorre concomitantemente produção-consumo. Em qualquer estabelecimento de saúde o usuário busca a satisfação de uma necessidade, a resolução do seu problema de saúde, expressa através do consumo de uma intervenção terapêutica e assistencial, que tem um valor-de-uso fundamental

---

<sup>40</sup> São máquinas binárias, de regra binária, intensiva e singular que se conectam uma com a outra através de fluxos e cortes na produção do desejo. São multiplicidades que compõe a realidade (DELEUZE e GUATTARI, 2004b).

por produzir um bem de valor-de-uso inestimável, cuja finalidade é mantê-lo vivo e com autonomia para exercer as suas atividades. Aqui, o que se oferta não está disponível no mercado como uma mercadoria que alguém adquire e paga.

### **2.1.1. O Processo de Trabalho em Saúde: território de constituição de homens em ação**

Buscou-se com a discussão anterior situar o trabalho em saúde neste contexto, sublinhado que este processo de sujeição, no sentido guattariano, engloba tanto o servomecanismo – controle de elementos infrapessoais e infra-sociais – quanto à alienação social – controle de pessoas globais e representações subjetivas, que os trabalhadores estão submetidos. São afetados por esse processo todos os trabalhadores, inclusive os do campo da saúde.

O processo de trabalho em saúde faz parte das transformações ocorridas no campo da produção, da economia e da geopolítica do mundo, não está dissociado dos processos mais gerais que permeiam o mundo do trabalho, compartilha com as características de outros processos que se dão na indústria e em outros setores da economia. Ao contrário do que se pensa ele as acompanha e contribui com a acumulação do capital, através da (re)produção, manutenção e controle da força de trabalho, agenciando em diferentes contextos processos microrepressivos instituintes<sup>41</sup> que potencializam a sua capilaridade e penetração no tecido social. Para Guattari, (1987) as máquinas totalitárias do capitalismo são responsáveis por esse processo de modelização e disciplina visto que:

*[...] captam a energia do desejo dos trabalhadores, esforçam-se para dividi-los, particularizá-los e molecularizá-los. Infiltram-se em suas fileiras, suas famílias seus casais, suas infâncias; instalam-se no coração de sua subjetividade e de sua visão de mundo (GUATTARI, 1987, p. 186).*

---

<sup>41</sup> São forças produtivas que tendem a transformar e fundar as instituições (BAREMBLITT, 2002).

Na sociedade capitalista, o trabalho humano está dividido conforme os momentos e as especificidades de cada tipo de produção e tarefas (divisão técnica) e vem acompanhado por uma organização hierárquica que institui diferenças de poder, prestígio e lucro nem sempre justificada pela importância produtiva daqueles que detêm esses lugares. Essa divisão é responsável pela a *superdeterminação* da divisão técnica pela divisão social do trabalho originado a anomia ou divisão patológica do trabalho que se caracteriza por uma solidariedade mecânica (LOURAU, 1975).

A divisão do trabalho vai desde a separação de profissões diferentes até aquela em que diversos trabalhadores dividem entre si a elaboração de um único produto. Encontramos na sociedade três tipos de divisão do trabalho, a saber: a) aquela que distingue os produtores em agricultores, manufatores e comerciantes, correspondendo aos três ramos principais do trabalho nacional; b) a chamada de especial e refere-se à divisão de cada ramo do trabalho em espécies; c) a divisão de trabalho qualificada como divisão de tarefas ou divisão do trabalho propriamente dita, é a que se estabelece em cada ofício ou profissão (MARX, 2006).

A evolução da divisão social do trabalho<sup>42</sup> intensificou de tal forma a produção que provocou uma *molecularização e uma desterritorialização* cada vez mais acentuada da força de trabalho (GUATTARI, 1987), levando a produção de subjetividades serializadas. Esses processos têm permitido ao capital aperfeiçoar e miniaturizar seus sistemas repressivos para que atuem na subjetividade e visão de mundo do conjunto dos trabalhadores, como também tem destruído as

---

<sup>42</sup> Desde a antiguidade existe a divisão social do trabalho em manual e intelectual, mas sua consolidação e a sua institucionalização vai ocorrer, apenas na Idade Média (século VIII). O médico, renúncia das desprezadas atividades manuais, adquire um prestígio social que vai aumentando com o transcorrer do tempo (NUNES, 1989).

territorialidades humanas tradicionais, deixando as forças produtivas aptas para liberar a energia molecular do desejo.

A expansão da divisão social e técnica do trabalho produz no trabalhador alienação de um não saber por não conhecer as reais condições em que está trabalhando. Isso decorre, de um lado, da ausência de um conhecimento nunca adquirido e que esteve oculto pela estrutura organizacional das instituições e de outro lado, por estarem expostos, a um processo de doutrinação ativo por parte das classes dominantes que lhes transmite uma definição de mundo e de trabalho a partir dos seus valores.

Na saúde, essa expansão se vincula a organização social da medicina, em que a questão da autonomia aufere o controle, o monopólio, a autoridade do saber e o poder profissional dos médicos sobre outras categorias, hierarquizando as ocupações, inclusive com seus pares, que dependem do conhecimento deste campo para seu exercício cotidiano (FREIDSON, 1998).

O tratamento dado aos problemas advindos das contradições presentes na organização do trabalho tem sido de tratá-los como simples questão de anomia<sup>43</sup>, de negociação ou comunicação, mas sem sair da lógica do sistema. Ou seja, sem que se tome consciência de que os determinantes básicos da alienação são causadores dessa problemática, e encontram-se presentes no seio das sociedades industriais que funcionam a partir das *máquinas semióticas que decodificam, cada vez mais, todas as realidades, todas as territorialidades anteriores* (GUATARRI, 1987, p.188).

---

<sup>43</sup> Refere-se ao grau em que as partes que compõem a estrutura social estão integradas, pois a mesma é determinada, em boa parte, pelas metas a atingir pelos indivíduos (ser rico, famoso, culto...) e pelas regras para atingi-las (leis, costumes...). Surge quando as normas de conduta estabelecidas como regras pela sociedade para se alcançar metas sociais não estão devidamente cumpridas, ou seja, é usada para explicar os desvios face às normas sociais por parte de certos grupos (condutas desviadas anormais) (LORAU, 1975).

A divisão social e técnica do trabalho<sup>44</sup>, organiza os processos de trabalho para produzir o cuidado a partir de duas lógicas, a saber: a do trabalho artesanal<sup>45</sup> do tipo profissional e a do trabalho parcelado da divisão manufatureira do trabalho, onde a concepção e execução se dão separadamente alienando o trabalhador do processo de produção global. Aqui, as ações são compartimentalizadas, com poucos espaços para o diálogo e integração, as relações hierárquicas são verticalizadas e de comando como as que ocorrem com as atividades de apoio e no exercício de profissões como a enfermagem, fisioterapia, nutrição e farmácia.

Os critérios criados para dividir o trabalho têm como gênese social à segmentação artificial criada entre trabalhador manual e trabalhador intelectual, entre profissão e semiprofissão, profissão e ocupação. À medida que aumenta esta separação, os agentes do trabalho perdem o controle sobre o mesmo ficando alienado do processo de produção global. A divisão técnica, tendo por base critérios de oposição dual, leva a uma divisão social na qual aqueles que possuem o conhecimento exercem o domínio sobre as outras categorias profissionais. Este domínio também é exercido sobre o paciente, o qual é rotulado como incapaz de resolver os seus problemas e participar da elaboração do seu projeto terapêutico, por não possuir um núcleo de saber específico. Tais condições acerca do modo de produzir os atos em saúde são perpetuadas e asseguradas pela existência das

---

<sup>44</sup> Deriva-se do caráter específico do trabalho humano. Enquanto a divisão social do trabalho divide a sociedade em ocupações apropriadas a cada ramo da produção, a divisão pormenorizada do trabalho destrói as ocupações, através do parcelamento dos processos implicados na feitura do produto em numerosas operações executadas por diferentes trabalhadores, tornando o trabalhador inapto para realização de qualquer processo global de produção (MARX, 2006; BRAVERMAN, 1997).

<sup>45</sup> Essa denominação tem origem nas corporações de artífices da idade Média pela forma de trabalho desenvolvida, onde os produtores tinham domínio sobre seu processo de trabalho, controlando seu ritmo e produção, bem como a produção e reprodução dos conhecimentos relativos ao seu trabalho, além de ser proprietário dos meios de produção.

*corporações como forma de governo de democracia direta* (NUNES, 1989, p.62), cuja função precípua é proteger seus membros contra o poder de qualquer entidade.

Apesar de compartilhar alguns aspectos em comum com os demais tipos de trabalho, o processo de trabalho em saúde mais do que outros, é facilmente desvinculado da idéia geral de trabalho devido às especificidades que apresenta (GONÇALVES, 1994), como pode ser visto na expressão de Polack (apud NUNES, 1989, p.56)

*A atenção médica não é um produto, um objeto separável do seu agente, uma mercadoria suscetível de circular como um autêntico valor-de-troca. Este produto não desaparece ao ser consumido. Quando se dirige à força de trabalho, o ato terapêutico elava o nível da produtividade, a atenção é indiretamente produtiva (...). As forças produtivas são seu objeto de referência. É relativamente direta, imediata, pela própria influência da atividade de saúde sobre a marcha da economia. O sistema de atenção tem sob seu controle a parte humana da atividade de produção: o trabalho.*

O trabalho em saúde faz parte integrante do setor de serviços e compreende todos os tipos de trabalho ou de organização do trabalho que claramente não podem ser classificados como primário (extrativo) ou secundário (produtivos)<sup>46</sup> (OFFE, 1991). Tendo em vista a sua especificidade de ser realizado entre pessoas com base em um processo relacional em que o sujeito contribui com sua realização, fornecendo valores-de-uso substantivos para o mesmo, torna-se co-participe do processo e responsável, em certa medida, pelo êxito do mesmo.

Enquanto um serviço reveste-se de características específicas que, por um lado o distancia do padrão industrial, por outro, incorpora progressivamente um

---

<sup>46</sup> O setor primário é o conjunto de atividades econômicas em que se dá uma relação direta dos produtores com a natureza, incluindo a agricultura, a criação de animais e a mineração. O setor secundário refere-se ao conjunto de atividades econômicas relacionadas com a indústria de transformação, já, o setor terciário ou de serviços abrange o comércio, o transporte de mercadorias, as atividades relacionadas com a elevação da capacidade de trabalho da mão-de-obra, como saúde e educação e todo um conjunto de atividades relacionadas com o bem-estar dos indivíduos e coletividades como segurança, cultura, lazer etc.



grande volume de inovações tecnológicas. Essas inovações afetam claramente o próprio processo de trabalho, ameaçando em determinado nível, alguns parâmetros tradicionais de autonomia. Em geral, pode se dizer que o “valor” do trabalho de um profissional de saúde somente se realiza quando presta um atendimento, e não quando fica “disponível” ao trabalho. Isso interfere nos mecanismos de definição de ganhos, uma vez que o “produto” (no caso um “serviço”) é uma mescla entre trabalho efetivamente realizado e trabalho “potencial” (RIBEIRO; SCHARAIBER, 1994).

Tem sido considerado um trabalho coletivo institucional com características do trabalho profissional, da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho e da lógica taylorista de organização e de gestão do trabalho (PIRES, 1999; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). Pode, ainda, ser considerado como um conjunto de saberes e de práticas organizados com a finalidade de realizar uma intervenção sobre um problema de saúde, de acordo com os critérios adotados pelo modelo de atenção do serviço e visa alterar uma lógica de sofrimento ou alterar sua produção ao nível do conjunto das relações sociais (MERHY, 1997a, 1998).

A micropolítica do processo de trabalho do ACS é atravessada por lógicas próprias das vivências da família no território e domicílio e da equipe Saúde da Família (ESF) na unidade, onde os sujeitos que aí convivem entre si, sofrem afetamentos em seus encontros mútuos, agenciando a produção de diferentes modos e perfis de cuidar. Neste espaço de produção, ocorrem as microconexões, que são instituintes e possibilitam um mergulho em profundidade na cotidianidade do trabalho do ACS.

Quando isso ocorre pelo *desejo* enquanto força de constituição do novo dos sujeitos produtores dos atos de saúde, a realidade é entrecortada por um primeiro plano, dos afetos, em que vários fluxos de intensidades se formam no encontro entre trabalhadores, usuários, comunidade e todos os atores implicados com o ato de cuidar. Nesse sentido, Deleuze (2002, p.32-33) nos chama atenção sobre a potência dos corpos no encontro:

*Daí a força da questão de Espinosa: o que pode um corpo? De que afetos é ele capaz? Os afetos são devires: ora eles nos enfraquecem, quando diminuem nossa potência de agir e decompõem nossas relações (tristeza), ora nos tornam mais fortes, quando aumentam nossa potência e nos fazem entrar em um indivíduo mais vasto ou superior (alegria).*

Segundo o autor, estes encontros podem produzir “paixões alegres”, com aumento de potência e força vital, ou “paixões tristes”, com a redução da potência e força vital. Ademais, podem também agenciar outras conexões e fluxos não produtoras de devires e de vida, mas de reprodução e de morte como todos os tipos de violência, de segregação, de dominação, de mistificação, de ditaduras através dos processos de semiotização.

Em um segundo plano organizacional, ocorre o encontro entre os diversos agentes institucionais portadores de diferentes projetos e interesses que se relacionam, disputam e produzem contratualidades conforme as relações de micropoderes e os tipos de poder presentes nas estruturas dessas organizações, como: o político, o técnico e o administrativo. As relações de poder estabelecidas e a relativa autonomia/autogoverno dos trabalhadores na condução do seu processo produtivo irão definir o modo de realização da assistência e de articulação dos arranjos tecnológicos.

De um lado, o trabalho em saúde tende a ser compreendido no nível das representações sociais dominantes como profundamente ancorado na ciência assumindo seus instrumentos de trabalho materiais uma posição privilegiada; de outro, assume as particularidades inerentes à divisão social e técnica do trabalho, que organiza os serviços de saúde para produção do cuidado a partir de duas lógicas: a do trabalho artesanal do tipo profissional, e a do trabalho parcelado, em que a concepção e execução se dão separadamente, alienando o trabalhador do processo de produção global.

A organização tecnológica do processo de trabalho tem se constituído em um forte *analisador* da organização da assistência à saúde, por revelar a paradoxal relação entre o trabalho morto e trabalho vivo no núcleo produtivo do cuidado. Em situações de forte captura do trabalho vivo, na ação cotidiana dos trabalhadores, e mesmo nas tensões específicas do processo produtivo, abrem-se “linhas de fuga” formas singulares de cuidar são exercidas, sendo o trabalho vivo que opera em alto grau de liberdade, o propulsor destas linhas.

As peculiaridades presentes no processo de trabalho em saúde, entre a dinâmica produção, consumo e necessidade fazem com que esteja sempre em estruturação, não permitindo a existência de um padrão sobre o produto final realizado e nem a possibilidade de verificar a satisfação gerada no atendimento da necessidade. Existe uma dificuldade maior de captura plena do trabalho vivo em ato no espaço intercessor em que se realiza o cuidado, devido à liberdade e autogoverno do trabalhador em ação. As características de criação, potência e inovação constitutivas do trabalho vivo em ato têm ampliado as necessidades de aprisionamento de sua ação instituinte por intervir na dobra da dimensão da gestão:

*é ação sobre o processo de definição micropolítico da política e é ação operadora da produção de bens* (MERHY, 1997a, p.98).

Para esse autor, o trabalho em saúde é um processo relacional, que se dá a partir do encontro entre duas pessoas onde se estabelece um jogo de expectativas e produções criando espaços de escutas, falas, empatias e interpretações (MERHY, 1998, 2005). O cuidado se produz através do *trabalho vivo em ato, ou seja, sua produção e consumo ocorrem no exato momento da sua produção e o seu produto resulta da própria realização da atividade*. Nesse espaço intercessor, o cuidado assume configurações diversas e inesperadas decorrente do protagonismo dos atores envolvidos que fornecem matérias de expressão substantivas para sua produção.

A realização de qualquer intervenção assistencial envolve o uso de diferentes tecnologias que servem como mediadoras do processo produtivo. Acerca desta questão Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1994) oferta uma importante contribuição, para área da saúde coletiva, ao acrescentar a noção de tecnologia<sup>47</sup> uma forma particular de existência da mesma, o saber e seus desdobramentos materiais e imateriais na produção dos serviços de saúde. Assim, define o conceito “tecnologias materiais” para os instrumentos e “tecnologias não materiais” para o conhecimento técnico usados na produção da saúde.

As tecnologias materiais têm como representantes os equipamentos, as máquinas, as normas, os protocolos que são mais estruturados e organizados,

---

<sup>47</sup> Gonçalves (1994, p.32) considera a tecnologia como um *conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social*. Ou seja, o conjunto de conhecimentos utilizados para realizar algo, neste caso, os atos assistenciais.

enquanto as tecnologias não materiais são expressas pelo saber e o conhecimento estruturado. Convém aqui destacar que toda tecnologia vem do conhecimento, por exemplo, as máquinas e equipamentos nada mais são do que a incorporação deste conhecimento que ganha materialidade e valor com o trabalho.

Ampliando esta discussão Emerson Elias Merhy (1997a, 2005) recupera o conceito de trabalho vivo e chama atenção para sua potencialidade em agenciar processos instituintes na produção dos atos de saúde pelo relativo autogoverno que o trabalhador assume na realização de uma intervenção tecnológica ou assistencial. Essa liberdade para interferir em certos conteúdos do processo de trabalho é marcada pela ação do trabalho vivo em ato sobre o que está dado ou lhe é ofertado pelo trabalho morto e as finalidades que persegue.

Para produzir o cuidado o trabalhador o faz sempre operando um trabalho morto, expresso pelas ferramentas, matéria-prima, normas, resultante de um trabalho humano anterior, que foi incorporado pela lógica instrumental advinda da cristalização do trabalho vivo em morto já instituído, e do *trabalho vivo* expresso pelo trabalho humano em ato, criador e instituinte (FRANCO, 2003b; MERHY, 1997a, 1998, 2005). Assim, ele opera sob a tensão desses dois pólos que convivem simultaneamente na realidade, como em uma “dobra”, conforme Deleuze (apud Oliveira, 2005, p.59): *A dobra mostra um cenário diferente daquele que opunha interior/exterior.*

Nessa perspectiva, o processo de trabalho comporta distintas lógicas. Uma se refere ao trabalho vivo, ou seja, o momento do trabalho em si, em que o trabalhador está em ação e através do seu autogoverno tem possibilidade de criar e inventar neste ato. A outra, a cristalização do trabalho morto e as distintas lógicas que

comporta: uma tem a ver com a cristalização do trabalho morto em uma certa sabedoria, no saber específico do trabalhador intervir em um problema do seu núcleo de saber profissional; a outra quando ele se faz presente na forma de ferramenta, como o estetoscópio. A esse respeito é importante observar que uma das dimensões tecnológica presente no trabalho morto, as tecnologias duras, exerce uma forte captura sobre o trabalho vivo em ato, impossibilitando-o de exercer uma ação de forma mais autônoma.

A tensão constitutiva presente no trabalho morto e no trabalho vivo definirá a articulação entre núcleos tecnológicos do processo de trabalho e o modo de operar o cuidado em determinado serviço. Caso haja centralidade do trabalho morto haverá uma captura do trabalho vivo com diminuição da potência de agir dos trabalhadores na elaboração de atos cuidadores. Ou ao contrário, pode operar na lógica do trabalho vivo aumentando a autonomia do trabalhador que passa a operar o seu trabalho com alto grau de liberdade, exercendo um relativo autogoverno sobre sua atividade produtiva.

A produção do cuidado envolve a utilização de recursos tecnológicos expressos por três tipos de *tecnologias de saúde* (MERHY 2005), a saber: as *tecnologias duras*<sup>48</sup>, referem-se ao conjunto de máquinas e equipamentos usados nas ações assistenciais realizadas; as *leve-duras*<sup>49</sup> estão inscritas no conhecimento bem estruturado dos saberes profissionais e no seu modo de agir e as *tecnologias leves* dizem respeito às relações e as intervenções voltadas para o acolher, o responsabilizar e a criação de vínculos, ou seja, o espaço de atuação da clínica e do

---

<sup>48</sup> Tem como característica uma estrutura já dada a priori, isto é, um instrumento é pré-programado para produzir e vai fazê-lo sempre da mesma forma (FRANCO, et al 2004).

<sup>49</sup> Apresenta uma parte estruturada, o conhecimento e outra leve na medida em que sua aplicação é realizada pelo trabalhador em sua singularidade.

núcleo das atividades cuidadoras, onde todos trabalhadores são operadores do cuidado (MERHY, 1997a, 1998, 2000).

É a partir da interseção desses encontros recortados de significados, conflitos e tensões, que será pensado o processo de trabalho do ACS na equipe de saúde da família (ESF) como um recorte interessado da realidade e como um campo de disputa e tensão. Ademais, é no exercício de sua prática cotidiana com as famílias, na unidade de saúde, no território e no domicílio, que o ACS vai tecendo, através do seu jeito de ser e viver, de afetar e ser afetado, a sua relação com o mundo e com outros corpos.<sup>50</sup> Nesse processo de produção cria e recria a natureza ao mesmo tempo em que produz e reproduz a si e os outros. Corpos serão entendidos não apenas como corpos humanos, mas sonoros, animais, corpo de idéia, de uma língua, de uma coletividade, de instituições (ROLNIK, 2006).

O processo de trabalho pode ser analisado a partir de duas perspectivas: procedimento centrado<sup>51</sup> quando está perpassado por lógicas capitalísticas, mais comprometidas com a produção de procedimentos na solução dos problemas de saúde que deve enfrentar e encontra-se preso às estruturas de segmentação molar, do organizado e do instituído; e usuário-centrado<sup>52</sup> quando está mais comprometido com o cuidado, segundo uma lógica relacional, centrada nas necessidades dos usuários. Aqui, os trabalhadores com seus saberes e práticas, e a relativa liberdade e autonomia do seu trabalho vivo assumem o comando da intervenção terapêutica,

---

<sup>50</sup> Espinosa define o corpo na sua individualidade de duas maneiras simultâneas. A primeira diz respeito às relações de movimento e de repouso e de velocidades e de lentidões entre as partículas que o define e a outra se refere ao poder de afetar e ser afetado dos corpos. E chama atenção de que os corpos não devem ser definidos por sua forma, função, órgãos, substância ou como sujeito, mas pelos modos que se reporta a essa complexa relação do corpo e pensamento definida anteriormente (DELEUZE, 2002).

<sup>51</sup> Considerado como uma modalidade de intervenção centrada nas tecnologias duras a partir de um saber estruturado reduzido à produção de procedimentos. Aqui ocorre mediocrização da prática clínica, inclusive no sentido dos saberes estruturados que incorpora (MERHY, 1998).

<sup>52</sup> Quando os projetos terapêuticos e os atos assistenciais estão voltados para necessidades das pessoas.

podendo intervir no conteúdo de certa etapa do processo de trabalho ou no processo como um todo.

Refletir sobre os processos e tecnologias de trabalho em saúde requer assumir toda complexidade do modo de se produzir e atuar em saúde e a necessária multidisciplinaridade deste agir, como ponto de partida e chegada para o ordenamento das práticas clínicas e sanitárias responsáveis em processar o cuidado em saúde. Exige um reordenamento das relações entre trabalhadores e usuários através de um movimento combinado de singularização da atenção, e publicização da gestão organizacional e do processo produtivo em saúde (MERHY, 1998) que se dá pela mudança da postura e atitude do conjunto dos trabalhadores. Assim, Guattari nos informa que, *só um grupo sujeito pode trabalhar os fluxos semióticos, quebrar as significações, abrir a linguagem para outros desejos e forjar outras realidades.* (GUATTARI, 1987, p179)

Campos (1997b) considera importante para potencializar o trabalho em saúde alguns eixos operativos, a saber: a) autonomia e responsabilidade; b) gestão participativa; e c) mudança de aspectos da clínica e da saúde pública. Aqui, não se discute acerca da importância desses eixos, apenas os consideram insuficientes para dar conta de determinados aspectos do processo laboral visto que o trabalho vivo enquanto dispositivo instituinte presente na micropolítica do trabalho em saúde, traz em si atributos de liberdade, inventividade e criação, que poderiam potencializá-los. Nessa direção Franco et al. (2008) apontam a potencialidade do trabalho vivo em compor afetos com outros corpos, produzindo novos modos de cuidar:

*A liberdade constitutiva do Trabalho Vivo em ato, associado aos agenciamentos de desejo imanentes à atividade produtiva de cada trabalhador, vão produzindo uma dada realidade social, inscrito no mundo*



*do trabalho em saúde. O trabalho em saúde vai se produzir circunscrito a um determinado território existencial, que opera em um referencial ético-político no qual os trabalhadores adotam como plano de consistência entre ele e o cuidado que realiza (FRANCO et al., 2008, p.6).*

## 2.2. O DESEJO E A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE

*Tais mutações da subjetividade não funcionam apenas no registro das ideologias, mas no próprio coração dos indivíduos, em sua maneira de perceber o mundo, de se articular com o tecido urbano, com os processos maquínicos do trabalho e com a ordem social suporte dessas forças produtivas. (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p. 34)*

Este capítulo aborda questões relacionadas à produção do desejo e da subjetividade e busca inserir nesta discussão a produção da subjetividade do ACS e as relações advindas dos diferentes modos de cuidar de si e do outro no cotidiano de trabalho. Sendo o desejo a força motriz inconsciente, de produção do real social, é constitutiva da subjetividade que no plano da micropolítica do trabalho torna os sujeitos protagonistas dos processos de mudança e de invenção de novos devires. Ao operar por agenciamento associa-se também a outra idéia segundo a qual a produção do mundo se dá por força também de subjetividades desejantes.

Pensar essas categorias a partir dessas dimensões aponta para formas de construção de uma nova ordem e nos permite vislumbrar no próprio sujeito a possibilidade de criar e viver uma outra realidade. Nessa perspectiva, buscou-se articular essas contribuições teóricas a alguns incômodos presentes durante a pesquisa acerca da desterritorialização traçada na subjetividade do ACS, desde sua implantação no PSF de Atlântida até o presente momento.

### **2.2.1. Produção da Subjetividade na Sociedade Capitalista: Território das Máquinas de Controle?**

A subjetividade é fabricada por máquinas territorializadas, como as corporações profissionais, as escolas, as classes, as castas. E no sistema capitalista globalizado a produção é industrial e ultrapassa os muros das nações,

internacionalizando-se. Conforme Deleuze (2006, p.216) cada tipo de sociedade corresponde a um tipo de máquina: *as máquinas simples ou dinâmicas para as sociedades de soberania, as máquinas energéticas para as disciplinares, as cibernéticas e os computadores para as sociedades de controle*<sup>53</sup>. O sistema atual que define a nossa sociedade se conecta diretamente com as grandes máquinas produtivas, sociais e psíquicas que definem o modo de perceber o mundo.

As máquinas<sup>54</sup>, nessas sociedades, exprimem as formas sociais das quais se originaram e a quem serviu. As sociedades de controle prescindem da ajuda dos aparelhos de normalização de sistemas fechados, que funcionavam através de modelos. Aquelas são consideradas como uma modulação, como uma modelagem, mudam continuamente, não chegando a se constituir, vão se transformando sempre em outros moldes.

*Os conteúdos da subjetividade dependem, cada vez mais, de diferentes sistemas maquínicos* (GUATTARI, 1993, p.177-178) de modelização das formas de vida. As subjetividades arcaicas ou pré-capitalistas, ainda, não são engendradas por máquinas sociais, retóricas, iniciáticas presentes nas instituições religiosas, militares, corporativas, clínicas que passaram a ser denominados de *equipamentos coletivos*

---

<sup>53</sup> Substitui as sociedades disciplinares (século XVIII, XIX e início XX) responsáveis pela organização dos grandes meios de confinamento, fábrica, escola, hospital e prisão. A sociedade de controle atua tanto em sistemas abertos quanto em sistemas fechados, não apresentam uma moldura precisa, é auto-deformante, os indivíduos são divisíveis e 'dividuais', aqui a fábrica é substituída pela empresa e nunca se termina nada (DELEUZE, 2006)

<sup>54</sup> Creio ser necessário precisar o que estamos entendendo por máquina e situá-la na perspectiva deste trabalho, para tanto será feito, inicialmente, uma distinção entre máquina e mecânica. Essa última pressupõe relações ordenadas com o exterior e fechadas sobre si mesma, enquanto a primeira são consideradas em sua evolução histórica engendrada umas com as outras, selecionam-se, eliminam-se, nunca funcionam isoladamente, mas, por agregação ou agenciamento, não se resumem apenas as máquinas técnicas, mas também a outros tipos; máquina econômica, máquina de formação, máquina comercial, máquina social, etc (GUATTARI, 1987)

de *subjetivação* e tem por objetivo codificar as condutas, os comportamentos, as valorações e as atitudes colocando-as a serviço do capital.

Foi a partir da produção de alguns componentes fundamentais (poder, saber e criatividade) por esses equipamentos e o seu cruzamento na base dos processos de subjetivação, criaram-se as condições para produção do combustível necessário às máquinas totalitárias do capitalismo nas sociedades ocidentais. Ou seja, a produção da subjetividade se constitui a *matéria-prima de toda e qualquer produção* (GUATARRI; ROLNIK, 2005, p.36).

Fabrica-se, desde então, subjetividade como se fosse um novo produto a ser lançado no mercado, cada vez mais os conteúdos da subjetividade dependem de uma infinidade de sistemas maquínicos, em particular da informática e da mídia eletrônica que atravessam todas as formas de produção de enunciados, imagens, afetos, pensamentos, representação, reforçando os sistemas anteriores de controle e a alienação, assim como a uma *massmediatização opressiva e a políticas consensuais infantilizantes, constituindo o que se convencionou chamar subjetividade capitalística* (GUATTARI, 1993, p. 187).

Na saúde, este processo pode ser observado pela pressão exercida pela indústria farmacêutica, de medicamentos e equipamentos no sentido de aumentar o consumo dos seus produtos tanto pelo Estado quanto pela população. Essa pressão de certo modo tem influenciado a constituição dos modelos tecnoassistenciais em saúde, que passam a operar voltados centralmente para lógica da produção de procedimentos e o uso extensivo de tecnologias duras e leve-duras. E tem agenciado a produção de um tipo de subjetividade voltada para o consumo, seja dos profissionais, seja da população.

*As componentes semióticas do capital funcionam sempre com um duplo registro: o da representação (onde os sistemas de signos são independentes e à distância dos referentes econômicos) e do diagramatismo (onde os sistemas de signos entram em concatenação direta com os referentes para modelar, programar, planificar os segmentos sociais e os agenciamentos produtivos (GUATTARI, 1987, p.213).*

A medicina enquanto um campo social de saber, de prática e de disputa, tem contribuído com este processo, quer seja no âmbito cognitivo ou do conhecimento através da apropriação privada e capitalística dos avanços tecnológicos e da ciência; quer seja por meio de intervenção normativa na dimensão das relações sociais regulando, disciplinando e potencializando os corpos dos indivíduos enquanto forças produtivas com o objetivo de manutenção e reprodução do sistema capitalista.

Os efeitos observados no espaço micropolítico do processo de trabalho não produzem apenas reificação e alienação, mas também outras formas de dominação arcaica da subjetividade que se expressam através de dispositivos de responsabilização e de culpabilização hiperindividualizados que, se levados ao extremo, conduzem as compulsões autopunitivas e aos cultos mórbidos de erros apresentados com perfeição no universo kafkiano (GUATTARI, 1996). Esses instrumentos de modelização os quais são submetidos os trabalhadores atravessam o campo social e se inserem no núcleo da subjetividade desde o nascimento até a morte.

Refletir sobre esses aspectos nos leva a olhar mais atentamente a organização do processo produtivo do ACS para produzir o cuidado. Acompanhando as ações de higiene desenvolvidas e as tecnologias educativas utilizadas para ensinar hábitos de vida saudáveis à família e à comunidade, pode-se observar que as mesmas estão estruturadas a partir da lógica do saber dominante, utilizando centralmente as tecnologias leve-duras e as leves. Os ensinamentos são

transmitidos de forma prescritiva e têm como objetivos implícitos modelar comportamentos e atitudes a partir de um núcleo específico de saber e de controlar o modo da pessoa estar na vida, para atender uma necessidade expressa do serviço, como pode ser apreendido nessa fala: *a gente já tem essa função de chegar na casa e passar aquilo que é saúde, tentar educá-los por mais que eles não queriam, mesmo que eles não aceitem* [ACS Jade – GF].

Apesar da dependência entre máquina e subjetividade, Guattari (1996) acredita na possibilidade de alguns entendimentos entre o homem e a máquina facilitadores da construção de alianças e articulação de outros arranjos, em que as máquinas informacionais e de comunicação veiculem tanto conteúdos representativos como fabrique novos agenciamentos de enunciação, que sirvam de suporte aos processos de proto-subjetividades de outros sistemas maquínicos. Observa-se nessa relação uma não diminuição da *massmediatização* opressiva da subjetividade. Refere, ainda, que esses equipamentos de expressão e de conteúdos produziram algumas vias fundamentais cujo entrelaçamento permanece na base dos processos de subjetivação das sociedades ocidentais contemporâneas. Dentre estas vias/vozes distinguem-se:

*Poderes sobre as territorialidades externas, saberes desterritorializados sobre as atividades humanas e máquinas e, enfim criatividade própria das mutações subjetivas: essas três vozes [...] não param de se entrelaçar em estranhos balés alternando as lutas de morte e a promoção de novas figuras (GUATTARI, 1993, p. 179).*

Outros aspectos podem ser acrescentados a estas formas de apropriação, relacionados ao processo de mercantilização da saúde, envolvendo os seguintes aspectos: a) investimentos massivos na formação médica inculcados pelo Relatório

Flexner<sup>55</sup>, incentiva a implantação de um modo de cuidar voltado para o corpo anátomo-clínico, para a doença, para a especialização; b) aos avanços tecnológicos das indústrias de medicamentos e equipamentos biomédicos que pressionam o setor na compra e aquisição destes produtos ao tempo em que cria no âmbito da representação uma idéia de que a saúde é um bem de consumo, situando-a como valor-de-troca; c) Concomitantemente, cria uma demanda imaginária tanto nos profissionais quanto nos usuários, geradora de uma necessidade que associa o uso de procedimentos com ganhos de saúde e melhoria da qualidade de vida; e) a produção do conhecimento científico que se autodenomina como o único saber verdadeiro e sobrecodifica e subjuga os outros saberes por não se enquadrarem nos cânones da ciência positivista que separa, segmenta, coisifica, estratifica, massifica e aliena os indivíduos e a realidade.

Este modo de apropriação da realidade e da vida pelo capital nos remete a falar de produção, de desejo e de realidade enquanto entidades imanentes que participam da produção de diferentes processos de subjetivação e de subjetividade que se situam em um *espaço indissociável e inconciliável entre o fora e o dentro* (ROLNIK, 2005) que constitui a dobra. Pode-se dizer que os processos de subjetivação/semiotização é uma dobra do lado de fora, *que tem correlato a independência da fachada, um exterior sem interior* e a subjetividade encontra-se no interior da dobra, *um interior sem exterior* (DELEUZE, 2005, p. 55). Aqui os afetos se definem pelo encontro entre os corpos que compõem o *fora/nascente* situado em um plano de forças ilimitadas enquanto o dentro se estrutura, se concretiza ou se

---

<sup>55</sup> Foi desenvolvido nos EUA em 1920, pela Fundação Carnegie, como forma de superar o empirismo, propõe uma reformulação do ensino da medicina que tinha como eixo articular o ensino e a pesquisa investindo centralmente em investigações nas ciências biomédicas que valorizava um modelo de saber e prática centrado no corpo anátomo-fisiológico e tendo como principal lócus de atuação o hospital.

espacializa em territórios existenciais finitos. A esse respeito Rolnik nos traz a seguinte contribuição:

*É só neste sentido que podemos falar num dentro e num fora da subjetividade: o movimento de forças é o fora de todo e qualquer dentro, pois ele faz com que cada figura saia de si mesma e se torne outra. O fora é um "sempre outro do dentro", seu devir (ROLNIK, 2005, p.27).*

Os processos de subjetivação se dão no campo social e se inserem na realidade dos indivíduos, aqui entendido como singularidades pré individuais constitutivas de determinadas regiões, podendo ser pensados como moradas desestabilizadas, desorientadas, desacomodadas no tempo e no espaço que não emergem à superfície mas se encontram, permitem passagens de fluxos e conexões mutáveis do desejo mantendo a sua porosidade (ROLNIK, 2005). Podemos, ainda, considerá-los com forças que estabelecem relações com outras forças e que torna possível a relação consigo mesmo (CARDOSO JUNIOR, 2002 apud ABRAHÃO, 2004).

Esses processos se definem pelo encontro de corpos assim como o cuidado se define por uma relação, também, produzida na interseção dos encontros de corpos. Nesse sentido, estes encontros podem produzir "paixões alegres", com aumento de potência e da força vital, ou "paixões tristes", com a redução da potência e força vital. A produção do cuidado, portanto, guarda uma forte conexão com a intenção, as tecnologias relacionais e a liberdade do próprio trabalhador em operar o seu processo de trabalho.

No entanto, na concretude do real ressalta-se a processualidade da produção da subjetividade que no agir cotidiano de uma prática, pode operar entre si diferentes modos de fazer, uma vez que afeta e sofre afetamentos, atravessa e ao



mesmo tempo é atravessado por diferentes lógicas agenciadoras de micro-redes de todos os tipos e matizes: a capitalística e a humanitária, a solidária e a fascista, a clientelista e a de “pendor para ajuda solidária” entre outros.

Deleuze e Guattari (apud BAREMBLITT, 1998) não pensam o real como estrutura, porque estas são como uma dessas ilhotas de regularidade molar<sup>56</sup>, a partir das quais as ciências produzem suas leis, mas como produção e fluxos a realidade vai sendo construída em um processo incessante de realização denominado de produção, onde todos os devires a produzem. Os processos da realidade em seu devir constitui um todo e cada um desses todos vai se agregando sem totalizar-se nunca, é infinito.

*(...) a essência do real, o que é verdadeiramente produtivo, não são as estruturas são os fluxos, são o reverso da estrutura. (...) quando um sujeito é produzido, quando é produzida uma subjetivação, ela é produzida como componente de um acontecimento. E não existe uma forma estrutural que dê conta desse sujeito. Porque esse sujeito não é variação de uma forma, pelo contrário, é uma forma radicalmente nova (BAREMBLITT, 1998, p.28).*

As separações artificiais produzidas no mundo e as hierarquias que se postulam destas relações, são produtos de uma concepção autoritária de universo, que fragmentam e coisificam a realidade considerando um setor mais respeitável, mais temível, mais poderoso que o outro. Torna-se importante salientar que para Deleuze e Guattari (apud BAREMBLITT, 1998) *em tudo que existe há uma imanência que faz com que cada um desses campos seja igualmente importante.*

A realidade por ser dinâmica é capaz de mutações e inovações e não se prende a uma estrutura ou a um sistema, de modo diferente prende-se a um

---

<sup>56</sup> Correspondem ao instituído, organizado como o estado, igreja, escolas, representações, bancos, dinheiro, empresas e estruturas edipianas. A este nível cristalizam-se os territórios. É o lugar das identidades e do controle e da repressão generalizada.

acontecimento. Em sua trajetória, os encontros se dão ao acaso sem prévia programação como se fosse uma cartografia. É formada por três superfícies que são imanentes entre si (BAREMBLITT, 2002, 1998):

a) superfície de produção (Libido): composta por duas entidades conhecidas como O Corpo Sem Órgãos<sup>57</sup> (CSO) e as Máquinas Desejantes<sup>58</sup> (MD). Nessa superfície, ocorre o processo de produção da produção, a formação de intensidades puras e a geração de tudo que existe, são compostas pelas singularidades intensivas, pelos afetos. É plano da molecularidade. No CSOs, ocorre o encontro com o outro corpo em que são agenciados fluxos de intensidades singulares pré-individuais ou proto-subjetivas;

b) superfície de registro-controle (Númem): compõe os territórios existenciais é onde se situam as identidades, as pessoas, os sujeitos, os códigos, os controles e repressões. Aqui, as entidades são organizadas, estruturadas e ordenadas, predominando as relações de causas e efeitos e os processos de reprodução e antiprodução. Tem como função selecionar, aceitar, capturar, reprimir e destruir a incoercível e inconciliável geração de novidades da superfície de produção desejante. Corresponde ao plano molar;

c) superfície de consumo-consumação (Voluptas): refere-se ao espaço de consumo de toda e qualquer potência das individuações. Ou seja, tudo que é produzido pelas duas superfícies anteriores são consumidas pelos agentes históricos.

---

<sup>57</sup> É uma espécie de rede sobre a qual se dispõem ao acaso as intensidades pensadas como máquinas inespecíficas e indeterminadas que se conectam de maneira binária em todas as direções. É seu suporte e o grau zero das intensidades.

<sup>58</sup> São infinitamente pequenas, por isso se denominam moleculares, e permanecem no seio das entidades molares que é àquelas que estamos acostumados a reconhecer seja qual for a materialidade que assumam, por exemplo: um homem, uma planta, uma montanha, um país, uma máquina mecânica, uma instituição, etc.

A partir do conceito de produção<sup>59</sup> de Marx como algo que precisa ser produzido, Deleuze e Guattari (2004a) ampliam e complexificam essa definição afirmando que Produção “se produz a si mesma”, seus elementos se produzem ao mesmo tempo em que funcionam e o fazem pelo encontro ao acaso das intensidades, que são caóticas e imprevisíveis. A idéia de produção representa uma multiplicidade de processos pelos quais toda realidade realiza a si mesma como auto-criação permanente, tendo inexoravelmente imanente o conceito de desejo (BAREMBLITT, 2002, 1998).

O conceito de produção no pensamento desses autores parte sem dúvida da importância que atribuem as máquinas, em substituição à noção de estrutura (superestrutura e infra-estrutura), o maquínico contrapõe-se ao mecânico por se tratar de movimentos diferenciais, de geração de fluxo e intensidades, por ser processual, ser produtivo e agenciador de singularidades, e ainda ser temporal (LUNARDI FILHO, 2004). Opõem-se, ainda, a idéia de estrutura, de equilíbrio, de sobrecodificação, de irreversibilidade e a-historicidade. O maquínico não está somente centrado na subjetividade humana, participa dos mais variados *fluxos de signos, fluxos sociais e materiais* da existência como um todo (GUATTARI, 1987).

*A noção de maquínico, que causou tanta controvérsia, define a operação por excelência do desejo: agenciar elementos de uma infinita variedade de universos e, a partir do que se engendra nesse agenciamento, produzir as múltiplas figuras da realidade – e não só da realidade subjetiva (ROLNIK, 2007a, p.4).*

---

<sup>59</sup> É considerada como um processo pelo qual a matéria trabalhada por meios/instrumentos específicos animados por uma força de trabalho, gera um produto que não existia na matéria prima da qual se originou. Ou ainda como prática ou processo produtivo de trabalho (BAREMBLITT, 1998).

Deleuze e Guattari (2004a, p.312) comentam que Michel Foucault<sup>60</sup> fez uma análise acerca da importante ruptura produzida pela produção ao apelar para os fluxos e cortes que vazam e atravessam o mundo das representações por todos os lados, ou seja, *como 'uma imensa toalha de sombra' estendida por baixo da representação.*

Outra questão fundamental a ser discutida acerca do real social diz respeito à produção do desejo, a separação artificial criada entre a macropolítica e a micropolítica e a produção da subjetividade. Aqui, o desejo será tratado como a síntese de todas as máquinas desejantes, como um arranjo maquínico, ou seja, como matéria-prima de toda a realidade seja ela social, econômica, maquínica, psíquica, natural, onde *o desejo é da ordem da produção e qualquer produção é ao mesmo tempo desejante e social* (DELEUZE; GUATTARI 2004a, p.308).

De acordo com os autores citados, o desejo<sup>61</sup> atua em todo e qualquer âmbito da vida social, não carecendo de objeto, ignora lei, não precisa ser simbolizado porque se processa sempre de forma inconsciente. Não tende à morte porque representa a essência da vida como "*Eterno Retorno das Diferenças Absolutas*". É imanente à produção.

Na sociedade ocidental, o desejo tem uma larga tradição que o situa desde a filosofia pré e pós-socráticas que o entendem como uma força do mundo da Physis (Natureza, Matéria), estendendo-se ao mundo da Psyche (Alma, Espírito) e chegando àqueles que o pensam como interior ao próprio sujeito ou pensamento

---

<sup>60</sup> Michel Foucault, *Les Mots et les Choses*, Gallimard, 1996: p.221-224 (sobre a oposição do desejo ou da produção desejante à representação).

<sup>61</sup> Nietzsche se refere ao **desejo** como *Vontade de Potência*, Espinosa como *Substância* e os estóicos como *Acontecimento* que resulta do encontro entre os corpos (devir) (BAREMBLITT, 2002).

seja do homem ou da divindade. Na atualidade, pode ser pensado na perspectiva do mecanicismo ou do vitalismo; do materialismo ou idealismo e espiritualismo. Porém, para fins desta investigação o mesmo será discutido através do pensamento de Deleuze e Guattari.

Freud a partir dos processos primários organiza o mundo das significações do sujeito em dois territórios: o consciente, racional e voluntário e o inconsciente, involuntário e irracional, dotado de outra racionalidade<sup>62</sup>. Considera que as forças que animam o organismo biológico são os instintos, e as que mobilizam o psiquismo são as pulsões, e essas quando se inscrevem nos sistemas de representações psíquicas inconscientes recebem o nome de desejo (BAREMBLITT, 2002). Nessa perspectiva, é considerado como uma representação imaginária que nunca se realiza ou se satisfaz e para ser satisfeito existe a necessidade de ativar uma cena inconsciente que transcorre em outro lugar, o que na psicanálise se define como Fantasma<sup>63</sup>.

No inconsciente temos um mundo altamente diferenciado, de sentidos, representações, imagens, enunciados que depende de uma lógica diferente daquela do processo secundário, visto que veicula representações de objetos os quais aquele não pode veicular, pelo menos, não do mesmo modo; ela tem uma maneira de encarar a negação diferente do consciente, pois desconhece a negação tal como

---

<sup>62</sup> Freud ao descrever as características dessas entidades identifica em cada uma delas uma lógica de funcionamento. A primeira, o consciente, chamada de Processo Secundário, age no mundo conforme o pensamento aristotélico da única lógica do possível, nela existe positividade e negatividade e com isso a idéia de falta, de ausência, de diferenças, etc. E, a outra situada no inconsciente também conhecida como Processo Primário, nela só existe positividade, não reconhece a falta e a ausência, não na ordem que conhecemos.

<sup>63</sup> São montagens de representações imaginárias inconscientes que transcorrem em “outra cena” (BAREMBLITT, 2002). Ou seja, são cenas do inconsciente ocorridas em outro lugar.

essa é trabalhada pelas significações dominantes. Ela atua por deslocamento, sobredeterminação, condensação, etc (GUATTARI; ROLNIK, 2005).

Parte da lógica do recalque, expressa pelo conflito, entre estes modos de significação, para depois se tornar dominante outro modo de referenciação, o da identificação, em que não estão em jogo as pulsões<sup>64</sup>, (leis, ordens), mas as fases de integração ao social, de *sistemas de identificação imaginários denominados de pólos personológicos*, que irão utilizar diversos tipos de modelização (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p. 249). A partir dessa modelização os processos primários vão perdendo progressivamente sua consistência, não levando em conta os processos de singularização do inconsciente, passa das pessoas para os objetos, destes para proto-objetos estruturais até as semiotizações das estratificações subjetivas no âmbito do campo social.

Os diferentes modos de cartografias do inconsciente assumem uma nova abordagem e perspectiva a partir das proposições de Deleuze e Guattari, que ao invés de criar níveis de cientificidade entre eles, passam a distingui-los em função da apreensão de semiotização de realidades heterogêneas. Acreditam ser necessário propor um modelo de inconsciente que permita revelar as articulações entre esses diferentes modos de semiotização. Ou seja, um inconsciente que não reduza tudo aos modelos familiares ou à semiotização do significante e ainda do sistemismo em voga (GUATTARI; ROLNIK, 2005).

Propõem, de um lado, um inconsciente capitalista representado por uma subjetividade produzida pela mídia e pelos equipamentos coletivos que é chamada

---

<sup>64</sup> A teoria das pulsões considera as diferentes representações do inconsciente da alçada de um sistema pulsional que não é nem instinto nem representação no sentido consciente, depende da uma energia diferente da biológica e da psíquica do organismo chamada libido (GUATTARI; ROLNIK, 2005).

de *subjetividade capitalística*. Por outro lado, o inconsciente maquínico que *corresponderia ao agenciamento das produções de desejo e, ao mesmo tempo, a uma maneira de cartografá-las* (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p.255). Referem, ainda, a que essas formações de inconscientes tenderiam a produzir singularidades subjetivas, que não estão dadas, são construídas, produzidas e inventadas.

Baseado nas reflexões que vinha fazendo acerca do inconsciente maquínico, Guattari formula as suas principais características, a saber: a) não é sede de conteúdos representativos, mas de interação entre componentes semióticos e de diversos sistemas de intensidades (semióticos econômicos, semióticos linguísticos, econômicos icônicos, etc.; b) seus diferentes componentes dependem de uma sintaxe singular e não universal; c) as relações inconscientes que se estabelecem entre os indivíduos não dependem de estruturas universais. As relações intersubjetivas e interpersonalógicas ocupam posição importante no interior dos agenciamentos inconscientes, mas não são tudo, pois nele se encontra de tudo; d) pode voltar ao passado, retrair-se ao imaginário, como também pode abrir-se para o aqui e agora e ter escolha em relação ao futuro; e) Não é o mesmo em todo o mundo e não pára de evoluir no decorrer da história; f) suas estruturas de enunciação analíticas não dependem dos serviços de uma corporação de analistas (GUATTARI, 1987).

O inconsciente<sup>65</sup> será concebido em uma perspectiva esquizoanalítica inspirado mais no modelo maquínico por não estar essencialmente centrado na subjetividade humana, mas por participar de diversos fluxos de signos, fluxos sociais

---

<sup>65</sup> É um nó de interações maquínicas através do qual somos articulados a todos os sistemas de potência e a todas as formações de poder que nos cerca (GUATTARI, 1987). Os processos inconscientes devem ser analisados em termos de enunciação, de *agenciamentos coletivos de enunciação*.

e fluxos materiais. Essa forma de pensá-lo tem acarretado ruídos micropolíticos por produzir rupturas com as significações dominantes. O dualismo tradicional do tipo consciente-inconsciente referente à triangulação edipiana, ao complexo de castração, etc., perde o sentido visto que este outro inconsciente se superpõe a múltiplos estratos de subjetivações, estratos heterogêneos, de extensão e de coexistência maiores ou menores, isto é, um inconsciente esquizo mais voltado para práxis atuais do que para fixações e regressões. Como diz Guattari (2006) o inconsciente é formado mais de fluxo e máquinas abstratas do que de estrutura e linguagem.

Na atualidade, o inconsciente tem sido constantemente manipulado pelos agenciamentos materiais e semióticos, não podendo ser considerado uma entidade intra-psíquica, visto que atinge o maior número possível das singularidades individuais e aprisiona mais intensamente as forças sociais e as realidades históricas. Seus domínios estendem-se a territórios insólitos porque trata de compreender como uma sociedade pode viver num mundo atravessado por sistemas maquínicos que tendem a roubar (expropriar) toda sua singularidade e toda vida de desejo existente.

Por outro lado, sabe-se que as vontades, os desejos mais potentes que dirigem a conduta ou vida dos homens, são inconscientes, não fazem parte de seu saber e de seu querer deliberado (BAREMBLITT, 2002). No entanto apesar desta força se situar ao nível de inconsciente, o homem só entra em processos de dominação, exploração, de mistificação ou, em processos revolucionários, se estes, de algum modo, coincidem com suas crenças, representações, suas vontades, desejos e convicções acerca da vida social.



Em Deleuze e Guattari (2004a) o desejo está relacionado ao funcionamento dos processos primários do inconsciente subjetivo, sendo considerado como uma energia produtiva que “flui livremente pelas representações”, onde não há tempo – espaço clássico, só existe positividade, não há noção de ausência, de falta, de morte ou de castração. As representações aí não interessam, mas as forças, as intensidades, as multiplicidades e as diferenças que movimentam, liberam, propiciam e deflagram a potência de produção do desejo e a sua natureza revolucionária. Não tem como objeto os corpos das pessoas ou coisas, mas vibrações e fluxos de qualquer natureza.

O considera, ainda, como uma força que tende a criar o novo, o imprevisível, é uma força de conexão, de invenção, sendo imanente à produção, representa o aspecto psíquico provisório, mas não é apenas a ele comparado, é a força que no campo social é o instituinte (BAREMBLITT, 2002). Ou como todas as *formas de vontade de viver, de vontade de criar, de vontade de amar, de vontade de inventar uma outra sociedade, outra percepção do mundo, outros sistemas de valores* (GUATARRI; ROLNIK, 2005, p. 261).

Uma questão de toda ainda não resolvida e que merece reflexão diz respeito à problemática teórica de como o desejo é visto no campo social. A maioria dessas elaborações identifica a dimensão subjetiva como algo primitivo, como uma energia indiferenciada, uma desordem, ou a uma essência bestial que funciona de forma totalmente diversa e diferente em relação aos de uma prática social. Quando na verdade o desejo para a esquizoanálise é sempre modo de construção, modo de produção desejante; como produção tem a energia de criação de mundos, de criação de um novo devir, é revolucionário, enquanto que o contrário, como falta

opera na reprodução do mundo real, na repetição, na sobrecodificação e na estrutura, é conservador.

Rolnik (2006) tendo por bases estes autores considera o desejo como um artifício, aglomerados de afetos e língua, indissociáveis, formando constelações existenciais singulares. A análise do desejo é análise de suas linhas de fugas, linhas esquizo por onde se desmancham os territórios existenciais. Refere, ainda que a formação do desejo no campo social se dá através dos movimentos realizados pelas linhas que o compõe e não pode ser pensado ou reduzido à representação de um ego ou de uma unidade de pessoa, bem como ser reduzido ao movimento molar dos territórios existenciais.

Segundo a autora o desejo opera por agenciamentos e está sempre em atividade através de suas três linhas abstratas, traçando em seus movimentos a produção do *real social* em todas as dimensões da vida. A primeira linha a **dos afetos** é invisível, inconsciente, molecular, nômade e incontrolável, para estancá-la só é possível simulando, pois em seu caminho vai fazendo um traçado contínuo e ilimitado do qual emergem os movimentos de atração e repulsa dos corpos em seu poder de afetar e ser afetado. Mais do que uma linha é um fluxo que se origina do encontro dos corpos na sua longitude<sup>66</sup> e latitude<sup>67</sup> e só apreensível pelo corpo vibrátil<sup>68</sup>. O plano que cria em seu movimento é feito de estado de fugas. Vale ressaltar que, na maioria das vezes, essas linhas passam a ser apenas duas.

---

<sup>66</sup> Refere-se as relações cinéticas dos corpos representada pelo movimento e repouso, velocidade e lentidão entre as partículas (DELEUZE, 2002).

<sup>67</sup> Conjunto de afetos que preenche um corpo a cada momento, isto é, os estados intensivos de uma força anônima, força de existir, poder de afetar e ser afetado. É esse poder que define um corpo em sua individualidade. Representa as relações dinâmicas (DELEUZE, 2002).

<sup>68</sup> Corpo sensível aos efeitos (eróticos, sentimentais, perceptivos, estéticos, cognitivos) dos encontros dos corpos e suas reações: atração e repulsa, afetos, simulação e matérias de expressão (ROLNIK, 2006).

A linha seguinte, a da **simulação** faz um duplo traçado inconsciente e ilimitado. O primeiro vai do invisível e inconsciente, produção dos afetos para a visível e consciente composição dos territórios, percurso do *movimento de territorialização*; o segundo faz o inverso vem do visível, consciente, dos territórios para o invisível, inconsciente, dos territórios escapando, percurso esse do *movimento de desterritorialização*. Essa linha tem dupla face: uma na intensidade (invisível, inconsciente e ilimitada) provocando desmanchamento de territórios e a outra na expressão (visível, consciente e finita) provocando simulação. Nela se opera a negociação entre o plano constituído pela primeira linha, a dos afetos que nascem do corpo em seu poder de afetar e ser afetado e o plano traçado pela terceira linha, a dos territórios existenciais.

Esse seu caráter de dupla face faz com que apresente uma ambigüidade congênita por provocar desmanchamento de mundos e expressar na subjetividade dois movimentos: a) sensação de familiaridade e de alívio, onde o território ganha credibilidade, faz sentido, oscilando na direção das representações e da imediatez do movimento de simulação; b) sensação de estranheza, de não reconhecimento, de perda de sentido, ou seja, de crise. Pelo fato de a ambigüidade ser inerente a esta linha paira no ar uma angústia expressa pelo medo que compõe as suas faces: a) a **ontológica**, representada pelo medo de a vida se desagregar, dela não conseguir preservar, ou medo de morrer; b) a **existencial**, expressa pelo medo de a forma de exteriorização das intensidades perder credibilidade, ou seja, de certos mundos perderem a legitimidade, desabarem, ou medo de fracassar; c) **psicológica** refere ao medo de perder a forma tal como vivida pelo Ego, ou medo de enlouquecer (ROLNIK, 2006).

Por fim, a terceira linha, finita, visível e consciente organizadora dos territórios vai criando roteiros de circulação no mundo. Em sua cartografia vai riscando um desenho que constitui o campo da visão, plano da representação que em seu traçado vai formando constelações funcionais de máscaras, territórios bem discriminados, toda uma segmentação dura.

As discussões realizadas anteriormente sobre o inconsciente e a produção desejante apontam para existência de conexões e composições que a depender de onde está se falando, podem aumentar ou diminuir as potencialidades criativas dos afetos. Ao situar o desejo como força produtiva e matéria-prima da produção do *real social* que se forma no nível do inconsciente e como dimensão constitutiva da subjetividade estão dadas as possibilidades de mudanças e transformações da realidade, em que os sujeitos são protagonistas da construção e desconstrução de mundos e de territórios existenciais.

Essas formulações se interpenetram e entrelaçam, apontando que a produção e a reprodução do mundo se dão por subjetividades desejantes que operam no âmbito do inconsciente em fluxos de intensidades e em conexões com os outros corpos e vazam para formação de novos devires que vão se constituindo em inúmeros processos independentemente de onde e como ocorram. O que importa aqui, são as construções processuais que permitam acumular forças para devires mais radicais.

Pensar nas cartografias traçadas pelo desejo nos levou a interrogar sobre a produção da subjetividade e mais ainda de como se dão os processos de sua apropriação pelo capital, e em que medida contribuem para essas capturas, uma vez que não somos, apenas, vítimas destes processos, mas temos com eles alguma

implicação e podemos de alguma forma mudar a situação existente. Esse processo de introspecção possibilitou a elaboração dessas questões, mas esclareço de antemão que não foi de forma despretensiosa, teve a intencionalidade de acompanhar as produções teóricas ofertadas por estes autores e ao mesmo tempo fazer uma aproximação ao campo empírico e com o objeto de estudo.

Esse movimento foi permitindo fazer algumas composições e acompanhar as linhas que iam sendo traçadas e conformando a subjetividade do ACS para produzir o cuidado de si e do outro em seu cotidiano de trabalho. Outro aspecto também trazido para o centro desta discussão parte do pressuposto de que a subjetividade do ACS como um “agente do cuidado”, não está dada foram formulados por documentos técnicos da política governamental da qual se originam, e a grande maioria dos estudos que versam sobre a temática, como os de Nogueira, Silva e Ramos (2000), Silva e Dalmaso (2002a, 2002b), Nunes et al (2002), entre outros, não tratam desta questão.

A partir dessas reflexões e do entendimento de que a problemática micropolítica da produção da subjetividade não se situa apenas no nível da representação e da ideologia, mas também nos diferentes registros semióticos, expressos tanto pelas máquinas sociais quanto pelas máquinas tecnológicas de informação e de comunicação. Esses componentes operam no núcleo da subjetividade humana, não apenas no seio de suas memórias e de sua inteligência, como também de sua sensibilidade, dos seus afetos e dos seus fantasmas inconscientes (GUATTARI, 1993, 2006; GUATTARI; ROLNIK, 2005).

A discussão acerca dessas dimensões maquínicas que participam da produção da subjetividade levou Guattari (2006) a redefinir os seus diferentes

componentes: a) componentes semiológicos significantes expressos através da família, da educação, da religião, da arte, do esporte, do meio ambiente; b) elementos produzidos pela indústria do cinema, da mídia, televisão; c) componentes semiológicos a-significantes que se manifestam através das máquinas informacionais dos signos por produzirem e veicularem significações que não são propriamente lingüísticas.

Tendo por referência a forma como é fabricada e a composição maquina e heterogênea de seus componentes, ela tem sido considerada como plural e polifônica. A presença dessas características leva Guattari a propor uma definição provisória e mais englobante de subjetividade:

*o conjunto de condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como território existencial auto-referencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade ela mesma subjetiva (GUATTARI, 2006, p. 19).*

Os processos de subjetivação participam de todas as fases da vida através das instâncias individuais, coletivas e institucionais valorizando desde o início da vida da criança, os *valores trans-subjetivos que não dissociam o sentimento de si do sentimento do outro*. Não estão centrados nem nos indivíduos nem nos grupos, são duplamente desconcentrados e implicam o funcionamento de máquinas de expressão de natureza extracorporal e extra-individual e/ou infra-humana, infrapsíquica e infrapessoal (GUATTARI, 2006, p.16). Conforme esse autor, as fases emergentes da subjetividade se estruturam em uma relação dialética entre os afetos partilháveis e os não partilháveis que não cessam de se encontrar no sonho, no afeto, no delírio, nas tramas, na exaltação criadora, na linguagem, nos signos e nas formas de se expressar.

A subjetividade não é passível de totalização ou centralização no indivíduo, é essencialmente fabricada e modelada, transborda no indivíduo por todos os lados e em certos contextos sociais e semiológicos ela se individua e em outros se faz coletiva. Não permanece apenas no âmbito das representações e das ideologias, mas se insere no território da modelização por dele fazer parte os comportamentos, sentimentos, percepções, emoções, relações sociais, memória, desejos, atravessando todo tecido social e se constitui a matéria prima de toda e qual quer produção (GUATARRI; ROLNIK, 2005).

Na atualidade vem sendo discutida como uma condição necessária para construção de sujeitos plenos, capazes de atuar na constituição do novo, de outro devir para produção das práticas sanitárias. No campo da saúde, é produzida a partir de vivências e dos registros que as pessoas acumulam em suas experiências de vida, é socialmente construída, não é dada e por isso é dinâmica e mutável, podendo, portanto, ser (res)significada. Dessa forma, o que estrutura os comportamentos e as atitudes de cada trabalhador em relação aos usuários é a expressão do seu desejo em atuar no mundo de certo jeito, ou seja, o seu modo singular de ser, agir e de se relacionar consigo e com os outros no mundo.

Sabe-se que a subjetividade é histórica e socialmente construída com base nos diversos agenciamentos sociais, culturais, subjetivos, técnicos e políticos que atravessam o mundo da vida das pessoas e dos coletivos<sup>69</sup>. Como também se sabe que todo trabalhador opera o seu trabalho com alto grau de liberdade e autonomia exercendo relativo autogoverno, com seus saberes e práticas, sobre sua atividade

---

<sup>69</sup> O termo coletivo é utilizando no sentido de guattariano, ou seja, como uma *"multiplicidade que se desenvolve para além do indivíduo, junto ao socius, assim como alguém de pessoa, junto a intensidades pré-verbais, derivando de uma lógica dos afetos mais do que de uma lógica de conjuntos bem circunscritos"* (GUATTARI, 2006, p.20).

produtiva. Dessa forma, a produção do cuidado pode agenciar uma multiplicidade de práticas de cuidado e de gestão a depender do desejo e da singularidade de cada trabalhador em construir projetos que se identifiquem com o modelo hegemônico em curso ou com projetos que signifiquem mudança, implicando a construção de novos modos de produzir os atos assistenciais em saúde.

Atualmente distinguem-se, na sociedade capitalista dois tipos de subjetividades, a capitalística e solidária. A primeira estruturada pelo ideário do mercado tende a individualizar o desejo se deixando manipular pelos equipamentos colocados a serviço do capital e tem como expressão a serialização e a identificação; a segunda se baseia em valores de auto-referência, societários, humanitários e de cidadania (GUATARRI; ROLNIK, 2005).

O lugar ocupado pelas diversas subjetividades presentes nos atos produtivos da saúde vai definir um dado modelo de intervenção que pode ser produtor de atos cuidadores singulares, de vínculo com responsabilidade e de envolvimento afetivo, representando um novo patamar no modo de operar os atos assistenciais. Ou ser produtor de relações sumárias, prescritivas, burocráticas e impessoais, centrado na doença e no procedimento, que conduz a uma postura de desvalorização da vida e banalização da dor e do sofrimento trazidos pelo usuário.

Dessa interação advêm as subjetividades uniformes, sujeitadas e submetidas, como também infinitos e heterogêneos processos de produção de subjetivação livre, desejante, revolucionária e produtiva que absolutamente contingenciais dependem do contexto de cada lugar e de cada conjuntura. Para os institucionalistas afiliados a esquizoanálise,



*(...) não existe um sujeito com uma estrutura universal e com variações apenas de desenvolvimento, conteúdo ou estilo. O que existem são processos de produção de subjetividade pelos quais as sociedades tendem a reproduzir sujeitos idênticos e similares, segundo os padrões dominantes do grupo ou classe de que se trate e de acordo com os moldes do instituído, organizado, estabelecido (BAREMBLITT, 2002, p.170).*

Os processos de modelização da subjetividade se inserem no *socius* através das relações estabelecidas pelo indivíduo e grupo social a partir de territórios existenciais, bem delimitados, traçam uma cartografia não apenas cognitiva, mas musical, lingüística, fantasmática, mística, sintomatológica, que dão aos agenciamentos de subjetivação a sua forma de existência subjetiva.

Guattari (2006) chama atenção para o processo de destruição que vem ocorrendo no âmbito das solidariedades sociais e modos de vida psíquicos e para necessidade de sua reinvenção tendo como pressupostos outros rearranjos políticos que levem em consideração as dimensões éticas, estéticas e analíticas implicadas com o meio ambiente, com o *socius* e a psique.

Acompanhar esta trajetória nos levar a refletir sobre a micropolítica do processo produtivo do cuidado dos agentes como um território de disputas constituído pelos conflitos e tensões que atravessam as relações dos sujeitos interessados, que nesse espaço produzem atos de saúde. Na interseção deste espaço o cuidado pode assumir características mais *solidárias por suas dimensões ético-estéticas* de comprometimento e responsabilidade com os problemas e necessidades dos coletivos *ou capitalistas* (GUATTARI, 2006) pelos compromissos assumidos com os projetos neoliberais privatistas para saúde que se materializam nas relações sociais e subjetivas ocorridas nesse espaço-tempo onde ocorre o processo de trabalho.

As transformações ocorridas nos campos científicos, técnicos, e estéticos produzem mutações substantivas da subjetividade dos trabalhadores que não funcionam apenas no registro das ideologias, mas do coração, em sua maneira de perceber o mundo, de se articular com o tecido social, com os processos maquínicos do trabalho e com a ordem social, suporte dessas forças produtivas (GUATTARI; ROLNIK, 2005).

Assim pode-se dizer que os processos de subjetivação e a fabricação da subjetividade permanece massivamente controlado por dispositivos de poder e de saber que colocam essas transformações a serviço das mais atrasadas figuras da sociabilidade. No entanto, outras modalidades alternativas de produção subjetiva, processuais e singularizantes podem ser inventadas e conduzir a uma reapropriação e autovalorização da vida.

Em relação à macropolítica, importa descartar que não se trata de dois sistemas de referências de naturezas distintas ou de oposições binárias, como o grande e o pequeno, ou ainda, o do campo molar<sup>70</sup> das representações, como sendo o mau e o do campo molecular<sup>71</sup> das intensidades como sendo o bom, mas sim estamos falando de fluxos, intensidades e movimentos do desejo no real social. Até porque alguém pode estar situado no campo da segmentaridade molecular e do instituído e está a serviço das máquinas de guerra totalitárias e repressivas tipo fascismo e ditaduras.

O Macro e micropolítica se referem a duas formas particulares, a duas espécies de multiplicidades e de evolução, ou seja, a duas políticas que se

---

<sup>70</sup> Linha dura, sedentária, consciente, dos territórios, do instituído e organizado.

<sup>71</sup> Representa a segmentaridade flexível, inconsciente, é a linha das atrações e repulsas dos afetos e de suas simulações, é nômade, instituínte (ROLNIK, 2006).

distinguem pela ausência dos mesmos termos, das mesmas referências, multiplicidades, natureza e correlações e se são inseparáveis é porque coexistem e passam de acordo com diferentes figuras, mas sempre uma pressupondo a outra. Ou seja, *“tudo é político, mas toda política é ao mesmo tempo macropolítica e micropolítica”* (DELEUZE; GUATTARI, 2007, p.90). Sobre esse aspecto Suely Rolnik citando os autores acima referidos refere,

*Não se trata de uma diferença de grau, mas de natureza. Não se trata de uma diferença de tamanho, escala ou dimensão, mas de duas espécies radicalmente diferente de lógica (ROLNIK, 2006, p.59).*

Nessa direção, Guatarri (1987) nos informa que existe sempre uma política dirigida tanto para o desejo do indivíduo quanto para o desejo que se manifesta no campo social mais amplo e que ambas as formas atuam tanto no espaço da micropolítica quanto no da macropolítica. E quanto esse aspecto acredita que

*O problema, portanto, não é o de construir pontes entre campos já constituídos e separados uns do outro, mas de criar novas máquinas teóricas e práticas, capazes de varrer as estratificações anteriores e estabelecer as condições para um novo exercício do desejo (GUATARRI 1987, p.174)*

A micropolítica entendida como espaço do agir cotidiano dos ACSs em seu processo de trabalho, de produção dos processos de subjetivação através das relações que estabelece com o *socius* e onde a realidade se apresenta em um movimento contínuo de construção, desconstrução e criação do real social. Nesse espaço-tempo se dão as disputas, os conflitos, as pactuações e consensos possíveis para produção de certo tipo de cuidado que vai refletir o modelo technoassistencial<sup>72</sup> em curso.

---

<sup>72</sup> Modo de “organização da produção dos serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projeto de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais. (...) deste modo que os modelos assistenciais estão sempre se apoiando em uma

O espaço de intervenção da micropolítica se produz a partir do agir cotidiano de cada trabalhador, onde o trabalho vivo em ato através da ação dos sujeitos opera projetos singulares de cuidado que representam a forma como esses sujeitos vão dando significado ao seu saber-fazer no mundo real social. Através dessa dinâmica de produção ocorre a produção tanto de sujeitos quanto de processos de subjetivação como componente de um acontecimento<sup>73</sup>, não existindo uma forma estrutural que dê conta desse sujeito (BAREMBLITT, 1998).

A idéia de produção como acontecimento esta vinculada ao pensamento de Nietzsche quando afirma que se deve viver *desejando os acontecimentos* como afirmação radical da *vontade de potência*. Ou seja, de cultivar e permitir nos espaços da micropolítica do trabalho a formação de afetos e de fluxos de intensidades que sirvam como dispositivo para aumentar a potência das forças que procuram criar o novo absoluto (BAREMBLITT, 1998).

Convém lembrar que toda sociedade como todo indivíduo são feitos de investimentos de desejo nesta ou naquela direção, com esta ou aquela estratégia, como também não existem investimentos de desejo que não sejam movimentos de atualização de um certo tipo de prática e discurso, ou seja, atualização de um certo tipo de sociedade (ROLNIK, 2006).

Assim, como o processo último da realidade é produtivo o que significa introduzir a idéia de desejo na materialidade produtiva e de produção no processo

---

*dimensão assistencial e uma tecnológica para expressar-se como projeto, de política articulado a determinadas forças e disputas sociais (...)*" (SILVA JUNIOR, 1998).

<sup>73</sup> Atualização do virtual que apesar de não existir faz parte da realidade e tem grande valor como orientador da prática. Refere-se ao momento de aparição do novo absoluto, da diferença e da singularidade. Ou ainda o ato, processo e resultado da atividade afirmativa do acaso e de conexões insólitas que escapam da captura do instituído, organizado, estabelecido e são o substrato de transformações de pequeno ou grande porte que revoluciona a História (BAREMBLITT, 2002)

criativo do desejo, ou seja, colocar o desejo na produção e a produção no desejo. Tal forma de pensar deve-se ao fato de Deleuze e Guattari (2004a) acreditarem que desejo e a produção são imanentes entre si e geram uma nova categoria de produção que abrange todas as formas materiais corporais e incorpóreas de geração possíveis, produtora da diferença e do novo absoluto e radical.

### 2.3. A PRODUÇÃO DO CUIDADO E A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA

*... pensamos que o mal-estar humano é sempre causado pela incidência de múltiplas determinações, e que se expressa em inúmeras manifestações, invariavelmente concorrentes a todas disciplinas e a todas modalidades do saber e do afazer. Isso inclui não só a inteligência e a eficácia dos conhecimentos e práticas artísticas e religiosas e idiossincráticas (sexuais, raciais, nacionais etárias, etc., mas também os saberes e maneiras de proceder pragmático, popular, espontâneo e não-enquadráveis (BAREMBLITT, 1997a, p.7)*

O cuidado que antes parecia pertencer ao domínio comum, ao domínio de todos, desde sempre, aos poucos passa para o domínio dos especialistas que passam a assumir o controle exclusivo deste campo como seu território de saber e prática. A sua produção tem se situado em um campo que qualquer um pode ter acesso, sem cometer a injúria do curandeirismo ou charlatanismo, um território aberto de todos os lados as interações (GUATTARI, 1987; PEREIRA NETO, 2000).

Entre muitos outros afazeres todos desempenham funções clínicas, definidas como um conjunto de práticas assistenciais de certa dimensão de tudo que operamos (BAREMBLITT, 1997). Todos atuam em processos clínico-pedagógicos pelo exercício do ensino de procedimentos clínicos.

Esse debate com o qual concordamos, teve como substrato a reflexão sobre os modos como os trabalhadores de saúde entre si e com os usuários se produzem mutuamente no cotidiano dos serviços para produzir o cuidado. Acompanhar essa cartografia nos levou, necessariamente, a dialogar com a micropolítica do processo de trabalho em saúde, sua relação intrínseca com o trabalho vivo em ato, as tecnologias de saúde que utilizam e os núcleos cuidadores com os quais operam.

Sob esse ângulo, buscou-se compreender os aspectos relacionados com a produção dos sujeito-trabalhadores, das subjetividades, dos modos de sentir, de

representar e vivenciar as necessidades e demandas definidoras de certo modo de saber-fazer o cuidado e do modelo tecnoassistencial operado pelos serviços. Essas dimensões presentes na produção do cuidado nos levaram a interrogar sobre as distintas lógicas conformadoras dos trabalhadores e que definem quem é ou não cuidador e como se dá a apropriação e o controle deste território. De certa forma, quando no capítulo anterior a análise ficou centrada na teoria da sociologia da profissão, teve o objetivo de apontar as potencialidades do trabalho em saúde de está aberto às distintas lógicas e possibilidade, tendo em vista a potência e criatividade do trabalho vivo em ato.

Aliás, a realização de qualquer abordagem ou intervenção assistencial do trabalhador no seu encontro com o usuário ocorre através do trabalho vivo em ato em um processo de relações intercesoras, atravessado por distintas lógicas, a saber: aquelas voltadas para modos de produzir centrado no trabalho morto e as que operam processos maquínicos desejanter centrado nas tecnologias relacionais e nas necessidades dos usuários.

Vimos até agora que o trabalho em saúde é dependente do trabalho vivo em ato o qual não se deixa facilmente capturar pela lógica do trabalho morte que instrumentaliza a sua ação. A plena captura do autogoverno do trabalho vivo dos trabalhadores não só é muito difícil, mas impossível de acontecer devido à própria natureza tecnológica desse processo produtivo em que o trabalhador em situação/ação governa e decide acerca do que e como fazer o seu trabalho por dominar certos conteúdos e etapas da sua produção-consumo.

Atualmente, diversas estratégias de gestão têm sido colocadas em prática com o objetivo de capturar e domesticar a liberdade do trabalho vivo, alterando sua

lógica de agir. Esses processos, normalmente, ocorrem na gestão organizacional dos estabelecimentos de saúde, onde alguns trabalhos vivos tentam capturar outros e conformá-los ao seu modo de agir; e na gestão da micropolítica do processo de trabalho, em que a lógica instrumental do trabalho morto presente nas máquinas, equipamentos e saberes estruturados tentam aprisionar a liberdade do trabalho vivo em agenciar processos instituintes de mudanças no campo da subjetividade.

Destacam-se, nesse processo, duas dimensões de grande importância e que devem ser levadas em consideração quando se pretende mudar a lógica de organização do cuidado. A primeira está vinculada às estratégias de capturas ensejadas pelas ideologias dominantes na constituição e reprodução dos territórios existenciais auto-referenciais onde os trabalhadores estão situados, fabricando uma subjetividade de grupos sujeitados e a segunda diz respeito às mutações da subjetividade ocorridas na própria dinâmica do processo produtivo ao modelar o corpo do trabalhador como ferramenta de trabalho bem como seus modos de sentir e perceber o mundo

Caberia acrescentar, ainda, que a realização de qualquer intervenção assistencial pelo trabalhador de saúde, ouvir, acolher, orientar, é um processo relacional que se dá de modo compartilhado e clinicamente implicado, em que existe um jogo entre modos tecnológicos de agir e necessidades. Sob essa perspectiva, todos os trabalhadores de saúde são produtores de cuidado e de uma forma ou de outra fazem clínica. Sendo esse o campo de domínio do núcleo das atividades cuidadoras, em que operam em ato as tecnologias leves produtoras de relações e de encontros de intersubjetividades, em uma lógica diferente dos saberes



tecnologicamente estruturados e comandados centralmente pelo trabalho morto e o núcleo de saberes específicos por problema e o profissional.

O que se quer destacar, é que não existe a produção de espaços de falas e escuta qualificada, de cumplicidades e de responsabilidade, de acolhimento e vínculo se não houver uma intervenção tecnológica e assistencial clinicamente implicada. Também não desconhecemos a existência de ações distintas entre os diversos profissionais, vinculadas às suas competências específicas em responder aos problemas colocados. Inclusive não se questionam, em momento algum, as enormes contribuições da ciência e tecnologia no campo da medicina e a validade e competência deste saber, mas se interroga a validade de uma prática discursiva se intitular como verdade única e inquestionável, discriminado e sujeitando outros saberes e fazeres a sua verdade e racionalidade.

O interessante é que a clínica enquanto campo de *ação se constitui em processos de intersubjetividades, como lugar dos interseções, no qual os instituintes situados disputam a direcionalidade dos projetos terapêuticos* (MERHY, 1997, p. 110). Como também seu raio de atuação não se reduz apenas ao domínio de uma teoria, de um método ou de uma técnica, no exercício de uma especialidade e de uma profissão (BAREMBLITT, 1997).

Diz respeito, também, a outros modos de agir que busca no interior do processo de trabalho ampliar a liberdade dos trabalhadores em inventar e criar outras conexões e virtualidades voltadas para necessidades dos usuários e para uma co-gestão da produção de subjetividade em que as atitudes de autoridade e de controle presentes no território do cuidado sejam relativizadas e anuladas. Cabe acrescentar que essa clínica opera no interior do núcleo cuidador presente em

qualquer prática assistencial e utiliza a liberdade e o autogoverno do trabalho vivo dos trabalhadores, para em processo intercessor operar em qualquer tempo-espaço, “vontades de ajuda” que modelem subjetividades capazes de agenciar forças produtivas instituintes disparadoras de virtualidades desejantes (BAREMBLITT, 1997).

Não existe a pretensão de fazer um estudo exaustivo acerca da clínica, até porque não é o nosso objetivo, mas apenas destacar algumas contribuições que apontem para sua potência em enriquecer e qualificar as intervenções tecnológicas e assistenciais presentes no trabalho vivo em ato de todo trabalhador pela possibilidade de nesse espaço intercessor abrir linha de fugas em múltiplas direções. Aliás, podem operar intervenções terapêuticas comprometidas ou não com a tarefa de acolher, de responsabilizar, de resolver e autonomizar os usuários em seu modo de andar na vida.

A clínica tradicional fundada na crença da neutralidade, do desvio, da norma e de princípios epistêmicos tem privilegiado dicotomia dos sistemas duais e maniqueístas entre consciente e inconsciente, sujeito e vida, interioridade e exterioridade, clínica e política, impondo modelos de identificação a serem reproduzidos em nome da ordem e do bem-estar, colocando-se como instrumento biopolítico de controle da vida (FONSECA; KIRST, 2004).

Em contraste a este, outro modo clínico deve se constituir como uma máquina desejante de *arrebatamento e transgressão para fazer ver e dizer uma outra realidade que não aquela já representada e idealmente construída* (FONSECA; KIRST, 2004, p.32). Seu campo de atuação se faz por deslocamentos e assume os movimentos *do rizoma, transitando por um espaço liso, an-exato, mas rigoroso,*

onde os processos se dão por variação contínua, por emergência de linhas fugas, fluxos de intensidades puras e de multiplicidades (BAGGIO; BAREMBLITT, 1997).

Ainda para esses autores a Clínica é

*... o espaço epistemológico da criação, da inventividade. Como não existe prescrição para a invenção, o clínico deve partir da liberdade de criar em colaboração do usuário. [...] não é a sala de visitas onde se exhibe como troféus a soberba formalidade das conquistas burguesas. É mais a cozinha, onde quase incessantemente está em preparo o alimento. É o lugar do súbito, do agora, da permanente surpresa. Do inesperado. Do espaço de confecção, onde a matéria-prima (psíquica ou não) bruta e dessarumada se transforma em algo útil, dotada de intenção e sentido. Enfim surge uma produção cultural. A Clínica é o lugar da poiésis (BAGGIO; BAREMBLITT, p.36- 38).*

É nessa perspectiva, de ressignificar o seu sentido e direcionalidade (intencionalidade) para uma ação clinicamente orientada as necessidades dos usuários e coletivos que a situo, não me refiro apenas ao valor negativo desta, mas de sua positividade, em imprimir nos sujeitos instituintes em ação novos modos de assistir, onde o jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir estará sempre presente. Ou seja, a partir da micropolítica do trabalho vivo em ato, território onde operam as tecnologias leves permanentemente em processos e em relações, buscando agenciar diferentes linhas de fugas capazes de interrogar as capturas do trabalho vivo no exato momento produção/consumo nos processos produtivos e instituir processos de singularização nos modos de operar cotidiano das práticas de saúde.

Está posto, assim, que essas interlocuções permitiram aproximações diversas e sucessivas<sup>74</sup> ao objeto de investigação e ao mesmo tempo possibilitou acompanhar como na micropolítica do trabalho do ACS foram aparecendo os ruídos

---

<sup>74</sup> Através das oficinas de capacitações, da realização do grupo focal, das entrevistas semi-estruturas individuais, da observação direta em momentos definidos a priori e por demandas dos ACS para rodas de conversas ocorridas na final da tese.

e as fissuras que o desestabilizam, o dessubjetivam e o reificam, colocando-os em uma permanente tensão; dobra que o arrasta em direção a diferentes modos de intervir ora sustentados na lógica molar normalizadora do PSF e do saber-fazer estruturado dos núcleos profissionais, do modelo tecnoassistencial operante; ora na lógica molecular dos processos intercessores ocorridos com as famílias, com a equipe, entre os próprios agentes, e outros fluxos semióticos, materiais e sociais que atravessam a sua subjetividade e que podem levá-los em um momento para um lugar e em outro sem que percebam o instalem confortavelmente em outro.

Todas as dimensões discutidas não mantêm entre si posições estanques, opostas, tipo maniqueísta em que uma é melhor do que a outra, uma é do bem e a outra é do mal. Não se trata de diferença de tamanho ou dimensões, mas de duas diferentes lógicas que se definem pelas relações de movimento e repouso, de velocidade e lentidão e de poder de afetar e ser afetado, de atração e repulsa, mas de processos que trazem em si uma imanência e operam na realidade, agenciando processos de subjetivação que atravessam a subjetividade e, neste interior/exterior, neste fora/dentro, um existe no outro.

Seguindo esse mesmo raciocínio, pode-se afirmar que existem momentos em que predominam a lógica do plano molar, instituído e organizado. Contudo, esses momentos estão abertos a outras possibilidades inclusive de rompimento partindo para outro platô ou ainda permanecendo no mesmo território ou podem nesse território ter ações instituintes, novas e criativas que fortalecem e reproduzem essa dimensão.

A esse respeito, Deleuze e Parnet (2004, p.21) nos ofertam a seguinte contribuição ao tentar explicar que várias são cartografias que nos constitui.

*... tento explicar que as coisas, as pessoas, são compostas de linhas bastante diversas, e que elas não sabem, necessariamente, sobre qual linha delas mesmas elas estão, nem onde fazer passar a linha que estão traçando: em suma, há toda uma geografia nas pessoas, com linhas duras, linhas flexíveis, linhas de fuga etc.*

Estes aspectos podem ser observados no campo do cuidado através de práticas intervencionistas do tipo pastoral e compassiva, exercidas pelo poder pastoral, apoiadas na caridade, na ajuda para o pendor solidário e na punição pela culpabilização dos desviantes ou “resistentes” à prescrição; e do tipo racional e utilitarista expressas pelo poder disciplinar têm como fundamento a exclusão e a normalização que transformaria a pobreza perigosa em sujeitos dóceis e laboriosos adestrando-os ao imperativo de saúde e bem-estar para todos (CAPONI, 2000).

A produção do cuidado em saúde envolve um conjunto milenar de saberes e práticas desenvolvidas nos diferentes contextos e praticadas por diversos grupos, não sendo espaço exclusivo de nenhuma atuação profissional nem de uma única abordagem diagnóstico-terapêutica. Aparece como resultado de um processo de trabalho coletivo que envolve relações, trocas, comunicações e inúmeros atos associados uns aos outros e que, entre si, forma o processo produtivo da assistência, onde os profissionais põem em prática seus saberes e modos de agir para interferir no processo de saúde-doença, curando, mantendo e restaurando a vida.

Anteriormente, a ascensão e o predomínio da medicina científica, as práticas de cuidado e de cura utilizavam basicamente componentes da natureza associados freqüentemente a forte caráter religioso, ao sincretismo africano ou ao saber popular passado entre gerações. Ao longo do tempo, estes saberes foram sendo desqualificados e desvalorizados pela ciência médica dominante como estratégia de

veicular uma imagem negativa e de risco da ação realizada por aqueles considerados a partir de então como curandeiros e charlatões. Os novos detentores deste território instituído formalmente passam a afirmar a sua identidade e autonomia desqualificando as demais concepções e práticas de saúde.

Em relação a esse aspecto, observa-se que a produção da subjetividade se deu pela difusão e assimilação de um discurso que articulava frases políticas e conceitos “científicos” popularizados acerca da medicina como a única portadora da verdade e com capacidade de legislar sobre os avanços do conhecimento técnico e científico da ciência. Uma das características dessas concepções é a sua pretensão de ser universal, ou seja, de serem aplicáveis a todos os grupos em todas as épocas (NUNES, 1989).

Sob este ângulo, sabe-se que nem todo julgamento que perpassa o ato clínico dos profissionais baseia-se apenas numa decisão da ciência, muitas delas advém de valorações decorrentes das vivências e experiências conformadoras da dimensão subjetiva e singular de cada um. Algumas profissões mais que outras, como no caso da medicina, adquirem capacidade de *articular competentemente sua base cognitiva com os avanços tecnológicos, mantendo sólida credibilidade de mercado* (MACHADO, 1995, p.24), uma vez que consegue associar a sua prática como inseparável da percepção de progresso, do avanço da tecnologia e da ciência.

O campo organizacional do cuidado é um território de disputa, em que todos os atores envolvidos estão implicados com a sua produção e com sua sabedoria e prática, governa certos espaços, conteúdos e etapas do processo produtivo, dado o grau de liberdade que existe no agir cotidiano do seu trabalho vivo em ato. O que nos leva a dizer que tanto o modelo tecnoassistencial quanto a organização da

assistência se constituem sempre, a partir de certos recortes, consensos e pactuações entre os diversos atores sociais e políticos, mesmo que esta contratualidade se dê sob forte tensão (MERHY, 2005).

### **2.3.1. O cuidado em Saúde: território de produção de vida?**

Inicialmente, o cuidado será abordado na perspectiva de ressignificá-lo no contexto de transformação das práticas sanitárias, que depende de mudanças no modo de pensar e fazer saúde, especialmente nos aspectos relacionados: a) a micropolítica do processo de trabalho em saúde e a potência transformadora do trabalho vivo em ato; b) a produção da subjetividade como matéria-prima de toda e qualquer produção desejante; c) dos seus pressupostos ético-político-estético e fundamentos filosóficos.

Essa compreensão parte de um lado da necessidade de interrogar os distintos modos, lógicas e intenções que comandam a produção do cuidado na micropolítica dos atos produtivos buscando saber como se articulam as dimensões tecnológicas? Como operam os núcleos do cuidado? E como opera o trabalho vivo em ato em processo interseçor? Como se dá a conformação da subjetividade para produzir o cuidado? Qual o seu papel no agenciamento de processos instituintes e como se dá?

Por outro lado, buscou-se entender em que medida o sentido ético-estético e filosófico reclama uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações concretas onde se reclama uma ação terapêutica (AYRES, 2004). Nesse sentido, observa-se no cotidiano dos serviços que tais atitudes se relacionam mais com a ausência do que com a presença de alguns

atributos nucleadores da prática clínica dos profissionais, que tem contribuído para sua mediocrização como: a responsabilidade, o acolher solidário, o respeito em compartilhar, a escuta qualificada e um olhar que não fique apenas na superfície, mas que vibre, atravesse e sinta os afetos dos corpos que se apresentam em seu cotidiano de trabalho como singularidades desejanças.

A produção do cuidado opera sempre no campo dos processos de subjetivação e ganha concretude na fabricação de subjetividades implicadas com a produção de certos sentidos para as práticas de saúde. Operar essas práticas em conexão com outros fluxos na realização dos atos de saúde, pressupõe a utilização das tecnologias de trabalho (duras, leve-duras e leve) e a mobilização de *pelos menos dois núcleos de constituição tecnológicos: o núcleo cuidador e o profissional-centrado* (MERHY, 2005, p.200). Esse processo de produção, conforme Franco e Merhy (2007, p.5-6), produz e é produzido por dois grandes vetores da realidade:

*... um primeiro, diz respeito à produção de subjetividades presente nesse contexto, a semiotização dos fluxos, que os deixa carregados de significados. Um segundo, os afetos entre os sujeitos, ou seja, estes ao produzirem o mundo do cuidado em saúde, produzem a si mesmos e se afetam mutuamente, o que vai lhes imprimindo uma certa identidade subjetiva, na alteridade.*

A finalidade de qualquer ato assistencial operado no interior de um processo de trabalho, em um encontro, é produzir o alívio de um sofrimento, o alcance do bem-estar e autonomizar as pessoas em seu modo de andar à vida. É no espaço intercessor desse encontro entre o trabalhador e o usuário, sempre mediado por saberes e práticas específicas, representações e intencionalidades que o trabalho vivo em ato opera com liberdade no território das tecnologias leves, governando ele mesmo as suas ações de certa maneira em função de sua subjetividade.



O cuidado de si trata-se de uma noção que apesar de ser bastante rica e complexa foi relegada a uma posição marginal e sem importância durante toda cultura grega. Deve-se a Foucault a escolha de utilizar a noção de *epiméleia heautoû* (cuidado de si mesmo) para tratar das relações entre sujeito e verdade, quando se acreditava que a questão do conhecimento do sujeito estava vinculada à prescrição délfica do *gnôthi seautón* (conhece-te a ti mesmo), o qual não tinha, originalmente, o valor que posteriormente lhe foi conferido (FOUCAULT, 2006a).

O apogeu do desenvolvimento histórico de *epiméleia heautoû* ou *cura de si*, situa-se entre o século V a.C. e o século V d.C, onde passa a ser considerada como a emergência de uma “arte da existência” inteiramente nova, que passou a ser denominada de “o cuidado de si” (FOUCAULT, 2006a). De inspiração grega essa expressão passa a ser compreendida a partir de três dimensões: a) aparece como uma atitude para consigo, para com os outros e para com o mundo, certo modo de encarar as coisas, de estar no mundo, de ter relação com o outro; b) implica uma certa forma de atenção, de olhar, de perceber a si e o mundo , de converter o olhar para si , estar atento ao que se passa no pensamento; c) significa algumas ações que são exercidas de si para consigo, ações pelas quais nos assumimos, nos transformamos e nos transfiguramos.

Ainda a respeito da noção délfica *conhece-te a ti mesmo* creio ser necessário trazer estas considerações tendo em vista a importância que vai assumir nas sociedades ocidentais a partir dos estudos de Descartes com o método cartesiano. Aparece no pensamento filosófico através de Sócrates e não representa um princípio de conhecimento de ti, conforme Epicteto, Roscher, Defradas, (apud FOUCAULT, 2006a) os três preceitos délfico era tidos como imperativos gerais de

prudência sem nenhum fundamento moral. Ademais, sabe-se que o *gnôthi seautón* sempre esteve de forma muito significativa acoplado, atrelado, subordinado ao princípio *do cuidado de si mesmo*.

No entanto, em relação ao *cuidado de si mesmo* parece existir uma certa tradição que nos desestimula a pensá-lo como um valor positivo e, sobretudo como um fundamento moral, visto suas formulações estarem relacionadas com o egoísmo, o individualismo e uma ruptura ética. Apesar de em todo o pensamento antigo *ocupar-se consigo mesmo* tenha tido um sentido positivo, nunca negativo, essas suas dimensões constitutivas vão explicar parcialmente porque esta noção foi se perdendo e posta à sombra. Estas mesmas regras são retomadas e assentadas pelo cristianismo e pelo mundo moderno numa moral do não-egoísmo.

Outras explicações consideradas essenciais relacionadas à história da verdade indicam que a presença do momento cartesiano contribuiu com esse quase desaparecimento através de duas maneiras: a primeira houve uma requalificação filosófica do *conhece-te a ti mesmo* através da égide do conhecimento como verdade e uma desqualificação do princípio do cuidado de si mesmo com conseqüente exclusão do pensamento filosófico.

A noção de *epiméleia heautoû* traz em seu bojo todo um corpus que define uma maneira de ser, as atitudes, formas de reflexão, práticas que constituem fenômenos importantes na história das noções ou teorias e da subjetividade. Cuidar de si significa estar atento ao que se pensa e ao que se passa no pensamento, exercitar a meditação; ou ainda designa ações que são exercidas de si para consigo, ações pelas quais nos purificamos e nos transfiguramos. Passa a fazer parte da *arte*

da existência e posteriormente toma as dimensões e formas de uma *cultura de si* sendo um princípio válido para todos, em todo o tempo e durante toda a vida

*(...) o preceito segundo o qual convém ocupar-se consigo mesmo é em todo caso um imperativo que circula entre numerosas doutrinas diferentes; ele também tomou a forma de uma atitude, de uma maneira de se comportar, impregnou formas de viver; desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e em receitas que eram refletidas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e ensinadas; ele constitui assim uma prática social, dando lugar a relações interindividuais, as trocas e comunicações, e até mesmo instituições; ele proporcionou, enfim, um certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber (FOUCAULT, 2007, p.50).*

Ao localizar a sua presença neste período, ainda que não pudesse afirmar, está situada aí sua primeira formulação, Foucault através de seus estudos pode argumentar que a origem do cuidado e suas implicações do ponto de vista biopolítico são anteriores ao capitalismo e a moral burguesa, muito embora possa ter assumido importância particular neste contexto (AYRES, 2004).

A elaboração filosófica mais acabada sobre o tema foi formulada por Epicteto que define o ser humano como o ser ao qual foi confiada a graça de zelar o cuidado de si a partir da razão. Essa recomendação não tem em vista apenas a dimensão filosófica de modo de vida dedicado à sabedoria, mas o aperfeiçoamento da própria alma com a ajuda da razão.

*O homem que vela por seu corpo e por sua alma (hominis corpus animunque curantis) para construir por meio de ambos a trama de sua felicidade, encontra-se num estado perfeito e no auge de seus desejos, do momento em que sua alma está sem agitação e seu corpo sem sofrimento (FOUCAULT, 2007, p.51).*

Convém ressaltar que *epiméleia heautoû* não designa apenas uma preocupação com princípios de aplicação geral relacionados a um saber-fazer de responsabilidade individual, mas um conjunto de ocupações, de um labor que era

designado a diversas atividades, que iam de uma dona de casa a um príncipe cujas tarefas zelam pelos seus, até os cuidados dispensados a um ferido ou doente.

Posteriormente, esta articulação entre o cuidado de si e o labor vai estabelecer uma estreita relação com a medicina tendo no galenismo sua maior fonte de inspiração por ser considerado o *lócus* de desenvolvimento e de aplicação das tecnologias do cuidado de si tendo como substrato a racionalidade da teoria dos humores aplicada a partir de leis universais da natureza.

Em certa medida, essas formulações corroboram com o pressuposto de que a produção do cuidado à saúde, individual e coletivo, nunca foi um espaço exclusivo de atuação profissional, nem envolveu uma única abordagem diagnóstico-terapêutica, mas, antes de tudo, representa um conjunto milenar de saberes e práticas desenvolvidas em diferentes contextos e praticadas por diversos grupos<sup>75</sup> que tomam como objeto uma multiplicidade de expressões de vida.

O cuidado tem sido apenas percebido como um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito do tratamento sem levar em consideração outros aspectos que têm causado o empobrecimento e a mediocrização da prática clínica. Contudo, não é no sentido de um conjunto de recursos e medidas terapêuticas, nem de procedimentos auxiliares que permitem efetivar os conteúdos de uma intervenção terapêutica, que o mesmo será apreendido e abordado.

---

<sup>75</sup> O cuidado de si esteve presente na cultura grega através do ideal do cidadão espartano de treinamento físico e guerreiro, em detrimento as atividades de cultivo da terra conforme relatado por Plutarco e nas idéias de Ciro ao referir que os grandes feitos dos homens de nada valeriam se não fosse feitas à custa do sacrifício de ocupar-se consigo mesmo. Até então esta forma de pensar era dada a alguns ou era um privilégio, uma dádiva. A partir da Apologia de Sócrates este ocupar-se de si passa ganhar forma de um cuidado de si adquirindo dimensões e formas de uma cultura (FOUCAULT, 2007).

Cuidar não é apenas projetar, é um projetar responsabilizando-se e nesse sentido quem cuida e quem é cuidado deverá tomar para si o sentido mais radical de responsabilizar-se, ou seja, responder por si e para si no plano aplicado participando da (re) construção de um novo devir para as práticas sanitárias (AYRES, 2004). Para Ayres (2004, p.86), esse processo envolve o desenvolvimento *de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se ela a ação em saúde.*

Na interseção desse encontro, entre trabalhador e usuários, recortado de interesses, intencionalidades, positivities e necessidades, os corpos se afetam mutuamente e o trabalho vivo pode sofrer captura pelo modo como socialmente as necessidades são construídas e modos fabricados de satisfazê-las. No entanto, nesse espaço, também, se constitui um jogo de forças instituintes, às vezes de confronto, às vezes de conflito, em que na dependência dos processos de subjetivação sofridos poderão ocorrer encontros intersubjetivos genuínos.

As contribuições de Boff (1999, 2005) guardam uma estreita relação com o sentido dado ao cuidado de si pela cultura grega como pode ser observado nessa definição, em que o cuidado é considerado como um modo-de-ser mediante o qual a pessoa sai de si e se centra no outro com desvelo e solicitude, ou seja, é a forma como a pessoa se estrutura e se realiza no mundo junto com os outros. Significa estar presente, navegar pela realidade e relacionar-se com as demais coisas. Trata-se de uma atitude fundamental e por sua própria natureza, inclui duas significações básicas, articuladas entre si. A primeira designa a atitude de desvelo, de solicitude, e atenção para com o outro. A segunda advém primeira: a preocupação e a

inquietação pelo outro, porque nos sentimos envolvidos e afetivamente ligados ao outro.

*O cuidado* aparece como resultado de um processo de trabalho coletivo que envolve relações, trocas, comunicações e inúmeros atos associados uns aos outros e que, entre si, forma o processo produtivo da assistência, onde os profissionais põem em prática seus saberes e modos de agir, para interferir no processo de saúde-doença, curando, mantendo e restaurando a vida. A depender do modelo produtivo em curso, poderá expressar-se de forma partilhada ou integrada, podendo ser “trabalho centrado na equipe” ou “trabalho centrado no profissional” (FRANCO, 2003a).

### **2.3.2. A Gestão Organizacional e da Produção do Cuidado: possibilidades e limites do saber-fazer**

A organização<sup>76</sup> do cuidado no Brasil ocorre, principalmente, em *instituições assistenciais reconhecidas formalmente pela sociedade* (PIRES, 1999) por estarem estruturadas e funcionando de acordo o arcabouço jurídico institucional do país, sendo reconhecidas legalmente como espaços de produção do cuidado. Tais instituições possuem códigos próprios e rígidos de conduta e atendimento cristalizados que nem sempre levam em consideração as necessidades, desejos e direitos dos usuários, estando longe de um modelo de atenção centrado no usuário e na defesa radical de sua vida.

---

<sup>76</sup> Será entendida como a forma de relação que se estabelece entre as pessoas para realização de determinada tarefa ou o cumprimento de uma função (TESTA, 1997).

As reflexões realizadas acerca da organização tecnológica do processo de trabalho em saúde têm se constituído em importante *analisador*<sup>77</sup> (LOURAU, 1975; BAREMBLITT, 2002) da produção do cuidado nos serviços de saúde. Por revelar as tensões, conflitos e ruídos presentes neste território e apontar a sua potência em agenciar fluxos de intensidades capazes de produzir processos de subjetivação que amplie a liberdade de ação e a autonomia do trabalhador frente aos processos de captura que subordina o seu trabalho vivo em ato a lógica instrumental do trabalho morto, empobrecendo seu núcleo cuidador.

Nesse campo organizacional, ocorre o encontro entre os diversos agentes institucionais portadores de diferentes projetos e interesses que se relacionam, produzem contratualidades entre si conforme as relações e os tipos de poder (TESTA, 1982) presentes nas estruturas dessas organizações. A existência de zonas de incertezas nas relações de poder possibilita movimentos de aproximação, recuo e fugas, confrontos e conciliações e define o espaço de atuação dos diversos atores em situação.

A atual crise de legitimidade das formas de organização do cuidado na sociedade está relacionada à falta de confiança nos seus alcances éticos e técnicos, decorrente do progressivo afastamento da arte tecnocientífica da medicina em relação aos projetos existenciais que lhe cobram participação e lhe conferem sentido (AYRES, 2004). Outros fatores, também, contribuíram para essa crise<sup>78</sup>, dentre eles

---

<sup>77</sup> Os analisadores são considerados como fenômenos conflitivos, vivências sofridas, acontecimentos mais ou menos explosivos, lugares de atritos que permitem revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar (LOURAU, 1975; BAREMBLITT, 2002).

<sup>78</sup> Segundo Eugênio Vilaça Mendes (1996) essa crise é universal e os fatores explicativos da mesma encontram os seus fundamentos em três correntes do pensamento distintas: incrementalista, racionalista e estruturalista. A incrementalista refere-se ao baixo nível de recursos investidos para supri as necessidades de saúde. A mesma não encontra respaldo nas evidências empíricas; para a segunda, a racionalista ela decorre das ineficiências internas do setor e como consequência as reformas canalizam seus esforços no controle dessas

podemos citar a hegemonia do modelo de produção a saúde neoliberal de formação flexneriana e de cunho biologicista, em detrimento de modelos alternativos mais cuidadosos (SILVA JUNIOR, 1998).

O atual modo de organização e produção do cuidado territorializou um saber-fazer centrado na figura do médico que opera os atos em saúde de modo excessivamente prescritivo, através de relações sumárias e burocráticas, voltado para produção de procedimentos e utilizando centralmente as tecnologias duras (ferramentas e equipamentos) e leve-duras, (saber estruturado e sua aplicação singular) aprisionado seu trabalho vivo em ato a lógica instrumental do trabalho morto.

Marginalmente, nesse processo produtivo ocorre a produção de um cuidado centrado em uma abordagem leve do problema de saúde, onde o trabalho vivo em ato em sua potência criativa estimule a produção de espaços genuínos de acolhimento, e de vínculos de responsabilidade entre trabalhador e usuário, reforçando a criação de relações solidárias e atitudes ético-estéticas, fundadoras de bons encontros e de projetos terapêuticos singulares.

No campo da saúde, a captura plena do trabalho vivo em ato nas práticas assistenciais não é somente muito difícil como quase impossível devido à natureza

---

irracionais; a última estruturalista que considera que a crise tem uma determinação estrutural que decorre da impossibilidade de conciliar os conflitos entre as forças expansivas do sistema de saúde e os seus mecanismos de controle. Existe, também, outra tipologia do mesmo autor citado por Silva Júnior, referente a teorias que as explicam. Temos teoria gerencialista traz em seu bojo aspectos racionalizadores derivados da baixa capacidade gerencial reduzindo os problemas da crise as irracionalidades internas dos sistemas de saúde que operam tendo como eixo a ineficácia, ineficiência e desigualdade; a culturalista crê na ideologia do modelo industrial ser capaz de fazer convergir e moldar todos os sistemas sociais. Propõe como reversão para esse processo a construção de uma proposta antimedicina, articulada na desprofissionalização, na desburocratização e no incremento da autonomia do autocuidado; e a teoria política explica a crise da medicina científica como estrutural e decorre do crescente monopólio dos capitais que exige a expansão das atividades do Estado na garantia da infraestrutura econômica de e de legitimação da ordem social. Ademais, manifesta-se também em seu caráter centralizador e em sua tecnologia, concentrando poder político e administrativo.



tecnológica deste trabalho. Na atualidade, as estratégias de captura do trabalho vivo em ato estão centradas no campo da gestão com o objetivo de controlar, ampliar e viabilizar a sua captura pelos processos organizacionais de equipamento institucional, devido à dupla ação que exerce nesse processo. De um lado, localiza-se na dobra da gestão no espaço do processo de trabalho, de outro lado na dobra da gestão do espaço organizacional do estabelecimento de saúde.

Os projetos terapêuticos estruturados a partir do modelo de atenção hegemônico que comandam os processos realizados em cada microunidade de produção, e definem a forma de atuação de cada profissional poderá se dar em uma perspectiva médico-hegemônica ou o usuário centrado para produzir os atos assistenciais. Caso haja maiores graus de liberdade de produção das tecnologias leves e relacionais, o núcleo tecnológico do trabalho será centrado no Trabalho Vivo, e representará ganhos de autonomização dos profissionais na linha de produção da assistência. Assim, um projeto terapêutico que opera em fluxos assistências deverá comandar um processo de trabalho centrado em uma equipe multiprofissional, determinando os atos assistenciais realizados em cada unidade produtiva para produção do cuidado (FRANCO, 2003b).

Vale destacar que a supremacia do campo cuidador tende a diminuir as relações de dominação entre os vários trabalhadores, como representantes de certos interesses e modos de operar no interior dos modelos de atenção, e estimulará a abertura de espaços semelhantes e equivalentes ao trabalho de equipe que explore a cooperação entre os diferentes saberes e o partilhamento decisório (MERHY, 1997a, 2005).

A busca pelo cuidado e alívio de um sofrimento têm sido apontados como uma das principais demandas de atenção à saúde e têm vindo acompanhado por uma série de críticas as instituições, as práticas e os discursos. Essas críticas decorrem menos da ausência de conhecimentos técnicos e científicos da abordagem do problema do que a forma como clinicamente são construídas as relações entre trabalhador e usuário no interior desse processo de intersecção partilhada.

Um dos problemas vivenciados atualmente nos serviços de saúde refere-se à baixa incorporação do saber clínico na produção dos atos assistenciais e o empobrecimento do núcleo cuidador, o que tem comprometido a eficácia e a qualidade das intervenções e, concomitantemente, levando a *morte da ação cuidadora* de vários profissionais (MERHY, 1998, p.113).

Nessa perspectiva, o cuidado não deve ser apreendido apenas como um nível de atenção do sistema de saúde ou como um procedimento técnico simplificado, mas como uma ação integral atravessada de significados e sentidos voltados para o atendimento de uma necessidade e a construção de espaços genuínos de escuta e fala, onde o outro se sinta respeitado, acolhido e compreendido em seu sofrimento.

Anteriormente, foi dito que a realização de qualquer intervenção tecnológica e assistencial se dá no encontro em um processo intercessor e mobiliza saberes (materiais e imateriais) e modos de agir dos profissionais, através da utilização de diferentes tecnológicas, as duras (ferramentas e equipamentos), as leve-duras (o saber estruturado) e as leves (relacionais), (MARHY, 2000) que operam articuladas com os núcleos específicos por problema, o profissional específico e o cuidador. Essas tecnologias expressam na micropolítica do trabalho, processos singulares

implicados com certos produtos na dependência da articulação que assumam e das capturas que se processem.

Uma ação cuidadora integral deve ser entendida como o “entre-relações” de pessoas, como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas como tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

No tocante a produção do cuidado integral à saúde, Cecílio (2001, p.114-115) apresenta uma taxonomia que classifica as necessidades de saúde, a partir de quatro conjuntos de condições imprescindíveis que devem ser operadas no âmbito dos serviços, a saber: “ter boas condições de vida (...); ter acesso e poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida (...); criação de vínculos (a)fetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional (...); necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”.

As reflexões realizadas acerca do cuidado não podem deixar de fora questões que dizem respeito aos sujeitos do trabalho com seus desejos, suas vontades, seus afetos, suas paixões, seus amores e desamores, seus conflitos e medos, suas tramas e dramas. Bem como as redes de relações, interações e experiências vivenciadas no seu cotidiano, que dizem respeito aos aspectos materiais, éticos, estéticos e políticos, que fazem parte de sua construção de vida e que servem como matéria prima aos processos de subjetivação<sup>79</sup> que vão conformar as suas subjetividades.

---

<sup>79</sup> Refere-se a produção de subjetividades pela vivências que a pessoas vai tendo, nos quais vai se produzindo como sujeito (FRANCO, 2000).

Ressignificar o homem que trabalha a partir desses pressupostos requer explorar as tensões constitutivas presentes neste território e, no plano micropolítico do cotidiano de trabalho, criar dispositivos capazes de alterar os atuais arranjos do modo de produzir o cuidado e de instituir processos analíticos que favoreçam a constituição de novos sujeitos e de relações mais solidárias e acolhedoras que tenha como maior bem a ser cultivado a produção da vida e como diz Boff (2005, p.31) é ,

*(...) valor das coisas em si mesmas, oculto e revelado em sua natureza que irradia e se conecta com tudo e com todos. A partir do valor inerente às coisas, emerge a dimensão de alteridade, reciprocidade e complementaridade.*

As mudanças que se fazem necessárias à organização do trabalho e do cuidado envolvem a criação de forças instituintes, que amplie a liberdade do trabalho vivo em ato no interior do processo de trabalho, onde os trabalhadores podem operar o cuidado com alto grau de liberdade e produzir atos assistenciais mais relacionais e acolhedores, capazes de produzir vínculos de compromisso e responsabilização entre as equipes, os profissionais e destes com os usuários, em um movimento sincronizado de singularização da atenção e publicização da gestão organizacional e do trabalho.

Outro aspecto importante a ser levado em consideração é a família enquanto sujeito ativo na produção do cuidado em saúde, com representações e estratégias peculiares de subjetivação, que não devem ser desconsideradas pelos profissionais de saúde. Como também, não devemos esquecer que a família vem sendo utilizada, principalmente a partir do século XIX, como espaço privilegiado de medicalização e controle das instituições disciplinares e filantrópicas que passam a governá-las, tendo como aliado potente no campo da saúde as instituições médicas e suas intervenções de promoção e cura aos indivíduos e coletividades (CAPONI, 2000).

Ainda conforme essa autora essas estratégias evidenciam-se por meio de uma solidariedade não admitida nem anunciada nas práticas assistenciais cotidianas direcionadas às famílias pela qual a ética utilitarista (poder disciplinar) e piedosa (poder pastoral) se aliam complementarmente para modelizar as famílias tendo ainda hoje sua base de sustentação tanto nas instituições de controle disciplinar quanto das instituições de assistência médica e social.

Assim, como devem ser observadas as formas de aproximação e de abordagem com a comunidade, não deve levar em conta apenas o conjunto de procedimentos a serem ofertados, mas de estimular o exercício de cidadania através de sua participação nas lutas por uma atenção de qualidade, quer seja pela sua inserção nos conselhos locais e municipais, como em outras instâncias de organização social.

A consolidação de modelos comprometidos com o usuário passa pelo reordenamento das relações entre as tecnologias assistenciais leves e duras, mediadas pelas leve-duras as quais comportam, um conjunto das ações de saúde, mas dependem das ações dos sujeitos, de sua prática, suas vivências e experiências presentes e passadas e de seu modo de ser, ou seja, de sua subjetividade. Bem como da forma como articula os núcleos de competência profissional, o específico e o cuidador onde opera as tecnologias relacionais que pertence a todos os trabalhadores em suas relações intercessoras com os usuários e onde atua soberanamente a clínica.

Esse processo pode levar a reprodução e/ou manutenção do instituído, isto é, de uma prática realizada de forma automática, burocrática e prescritiva segundo diretrizes traçadas pelas corporações, pelos dirigentes da macrogestão da secretaria

de saúde, pelos conceitos, teorias e desejos de experts que orientam o seu fazer, bem como pelas redes de micropoderes presentes na micropolítica do seu cotidiano. Ou a criação de linhas de fuga agenciando em outros territórios práticas de gestão e de cuidado que supere as funções administrativas, e burocráticas que capturam o seu saber-fazer, controlando sua liberdade de ação, autonomia e criatividade na elaboração de outras práticas mais relacionais, afetivas, atenciosas, que se responsabilize, se preocupe e se envolva com outro.

### **2.3.3. Reestruturação Produtiva: uma possibilidade efetiva de mudanças no modo de operar o cuidado ou uma transição tecnológica**

A complexidade da crise vivida pelo capitalismo no início dos anos 70 foi de grandes proporções sendo necessário a compreensão de seus elementos constitutivos, uma vez que ocorreram nesse mesmo período mutações intensas no campo econômico, social, político e ideológico, com fortes repercussões no ideário, na subjetividade e nos valores constitutivos dos trabalhadores (ANTUNES, 2006).

Os efeitos dessa crise estrutural têm como uma das suas expressões, a implementação de amplo processo de reestruturação produtiva do capital como o objetivo de recuperar seu ciclo produtivo. Embora tivesse determinações mais profundas às estratégias utilizadas para seu enfrentamento situam-se, apenas em sua dimensão fenomênica, ou seja, ocorrem mudanças de padrão sem que haja uma transformação estrutural no modo de produção. Cabe acrescentar que sua lógica destrutiva, bem como os mecanismos utilizados pela reestruturação produtiva visam sobretudo capturar e reduzir a liberdade de ação de trabalho vivo e ampliar o espaço de ação do trabalho morto.

As alterações, nos sistemas de produção, têm se dado pela introdução de novos produtos no mercado de consumo, de novas formas de gestão e de organização do trabalho, pela intensificação do uso de tecnologias e pela descentralização da produção com sérias conseqüências para a saúde do trabalhador e coletividades, para os níveis de emprego e o meio ambiente (MATTOSO, 1995). Este processo de mudanças nos planos produtivos e político-ideológicos, na economia e no setor industrial, passa a ser conhecido como reestruturação produtiva (FRANCO, 2003b).

No setor saúde, as mudanças no modo de produzir o cuidado, de um modelo médico centrado em procedimentos para outro centrado nas necessidades dos usuários, requerem o enfrentamento dos interesses cristalizados no âmbito do mercado e das corporações profissionais no sentido de ressignificar a utilização da saúde como “valor-de-troca” e situá-la no universo mais amplo das necessidades individuais e coletivas como “valor-de-uso”. Esta tensão sempre presente se repete ao longo do tempo como círculo vicioso a denunciar a crise do modelo hegemônico e da necessidade de superação de suas práticas assistenciais pela introdução de novas modelagens no modo de produção.

Nesse sentido, destaca-se a forte pressão exercida pelo capital na gestão do processo de trabalho e gestão organizacional dos estabelecimentos de saúde no sentido de incorporação de tecnologia (máquinas) nos seus processos de produção. Essa pressão está relacionada à circulação e compras das mercadorias produzidas pelo complexo industrial no tocante a disponibilidade e oferta no mercado e o imaginário construído que associa a qualidade da assistência à incorporação destes equipamentos. Em contrapartida, a crescente tecnificação dos serviços não tem

expressado a diminuição da mão-de-obra nas frentes de trabalho, ao contrário ocorre uma absorção cada vez maior desse excedente (BRAGA; GÓES, 2006).

Em relação a essas questões Donnangelo (1979)<sup>80</sup> chama atenção para a dupla função da prestação socialmente organizada dos serviços de saúde nas sociedades modernas. A de reprodução da força de trabalho e de atenuação das tensões sociais que dizem respeito à contribuição dos serviços de saúde a manutenção das condições de trabalho e à preparação da força de trabalho que a substituirá no futuro. Além desses aspectos, outros problemas emergem no âmbito da esfera das relações sociais decorrentes da construção imaginária de que o consumo do arsenal tecnológico representando pelas tecnologias duras (máquinas e equipamentos) de ponta iria restaurar a saúde, melhor assistência e gerando ganhos de autonomia no modo dos usuários andarem a vida.

A reestruturação produtiva no setor saúde vem ocorrendo pela introdução e articulação dos novos arranjos tecnológicos na forma de organização da produção dos serviços que geram mudanças no modo de realizar as ações de saúde e na forma de assistir as pessoas sem, no entanto, operar uma mudança na composição técnica do trabalho, expressa pela razão entre trabalho morto e trabalho vivo (FRANCO, 2003b; MERHY, 2005). Esse novo arranjo no processo de trabalho poderá potencializar o trabalho vivo em ato como fonte criadora e criativa de um novo modelo de atenção, centrado nas necessidades dos usuários e na construção de espaços que possibilite a autonomização dos sujeitos enquanto protagonistas do seu cuidado.

---

<sup>80</sup> Para a referida autora, essa dupla função constitui-se o que se costuma chamar nas sociedades capitalistas de medicalização da sociedade, expressão maior do privilegiamento do modelo médico-clínico em detrimento das intervenções dirigidas a mudanças aos condicionantes e determinantes da saúde (DONNANGELO, 1975).



Os modelos assistenciais são considerados como formas de organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área (MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA, 1992; CAMPOS, 1991b). No cotidiano dos serviços de saúde, tem sido possível observar que para além dos instrumentos e conhecimento técnico, lugar de tecnologias mais estruturadas, existe outra dimensão tecnológica, a das relações, que tem se verificado como fundamental para a produção do cuidado, por operar sobre uma linha de fuga que permite subverter a lógica molar do organizado e operar novas conexões. Esse espaço poroso do trabalho em saúde é sempre relacional, se produz entre sujeitos em processo intercessor e é dependente da potência e atuação criativa de Trabalho Vivo em ato na micropolítica da ação cuidadora.

As diferentes formas de implantação de modelos de atenção à saúde, a partir das reestruturações produtivas do setor, apontam para importância estratégica de articulação entre os possíveis arranjos que as três valises tecnológicas permitem, na definição do sentido desses modelos, a partir das configurações possíveis, que adquirem internamente e entre si, as valises tecnológicas (MERHY, 1997a; MERHY; 2000).

No Brasil, existem em curso vários processos de reestruturação produtiva da saúde dentre os quais podemos citar como exemplo, o trabalho de Pires (2000) que trata do processo de incorporação de novas tecnologias na produção da assistência em dois hospitais, um público e outro privado. No caso analisado, é notório o impacto que causa a incorporação tecnológica no hospital, mudando o processo de trabalho, mas ao mesmo tempo, o núcleo tecnológico do cuidado permanece inalterado, isto é, centrado no trabalho morto, pouco relacional, o que revela a

captura do Trabalho Vivo pelo instrumental, a não valoração da tecnologia leve no processo produtivo.

O Programa Saúde da Família representa um caso exemplar do processo de Reestruturação Produtiva, em que ocorrem mudanças na forma de produzir sem, no entanto, alterar o processo de trabalho centrado nas tecnologias duras. Ou seja, o trabalho passa a ser em equipe, o território torna-se espaço privilegiado de intervenção e as práticas saúde assumem o referencial da vigilância à saúde, dando uma idéia de mudança do modo de produzir saúde. Todavia, a micropolítica organizacional e do trabalho revela, especialmente na atividade clínica, um núcleo do cuidado que continua operando um processo centrado na lógica instrumental de produção da saúde hegemônica (FRANCO; MERHY, 2003b).

Esses processos, atualmente, vêm sendo estruturado segundo uma lógica expressa de duas maneiras. A primeira refere-se à normatização dura, centrada nos aspectos administrativo-financeiros, refletindo os interesses econômicos e de mercado, que tem sua maior expressão na organização das propostas da atenção gerenciada no campo da saúde suplementar. E promove uma reorganização do processo de trabalho a partir do controle das microdecisões da prática clínica do médico exercido pela lógica da eficiência e da competência do mercado. Não existe aqui uma preocupação maior com a produção do cuidado prevalecendo a lógica do capital de estruturação dos serviços, de acordo com os interesses de mercado, subsumindo o processo de trabalho. Utiliza como instrumentos de avaliação indicadores bem-estruturados, formulados a partir de técnicas próprias da administração pública, que possibilita a captura dos processos de mudanças com mais facilidade.

Na saúde, a atenção gerenciada vem imprimindo essa lógica através do controle da capacidade de decisão do próprio trabalhador, que é transferida aos gerentes o poder de controlar e determinar o que fazer cotidiano dos trabalhadores por meio de protocolos padronizadores de condutas diagnósticas e terapêuticas (MERHY, 2005; FRANCO, 2003b). A saúde suplementar tem reestruturado sua produção, com objetivo de impactar os custos da assistência à saúde. Isto vem sendo feito, introduzindo no campo da micro-regulação do trabalho, diretrizes do “*managed care*”, que pressupõe o controle do ato prescritivo do médico, com base em protocolos técnicos e a auditoria de um administrador que, muitas vezes, é delegado o poder de autorizar procedimentos que fogem à norma previamente estabelecida. No entanto, a produção do cuidado continua tendo a hegemonia das tecnologias duras, apesar de haver impacto importante no processo de trabalho do médico, especialmente pela captura do seu micro processo decisório. (IRIART; MERHY; WAITZKIN, 1999; MERHY, 2005)

A segunda refere-se à mudança do modo de produção dos serviços de saúde e tem como representante as intervenções realizadas nos espaços da micropolítica de organização dos processos de trabalho, que incorporam práticas assistenciais cuidadores, que operam nos espaços de produção das tecnologias leves e leve-duras, as quais servirão de subsídio para elaboração dos projetos terapêuticos. Em relação aos processos avaliativos, as análises tornam-se mais difíceis devido à dificuldade de apreender movimentos instituintes em curso, e especialmente àqueles que se processam no nível micropolítico para inversão dos processos e tecnologias de trabalho em saúde (FRANCO, 2003b).

## 2.4. O AGENTE COMUNITARIO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO EXISTENCIAL DAS PROFISSÕES

*As pessoas que, nos sistemas terapêuticos ou nas universidades, se consideram simples depositários ou canais de transmissão de um saber científico, só por isso já fizeram uma opção reacionária. Seja qual for sua inocência ou boa vontade, elas ocupam efetivamente uma posição de reforço dos sistemas de produção da subjetividade dominante. E não se trata de um destino de sua profissão (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p.38.)*

O território existencial é aqui entendido não apenas como circunscrição geográfica e/ou de pertencimento, mas como configurações mais estáveis que se situam o organizado, os fluxos instituídos, os movimentos de lentidão, as repetições e reprodução comuns às instituições que na sociedade aprisionam a criatividade e a possibilidade de constituições de outros territórios - devires. Ao discutir o sentido de território Foucault (2006b, p.156), sem negar que seja uma noção geográfica a considera antes de tudo como uma entidade *jurídico-política: aquilo que é controlado por um certo tipo de poder.*

A noção de território foi aqui pensada como *uma experimentação ancorada no real* (DELEUZE; GUATTARI, 2004b, p.22) sujeito a modificações constantes, aberto, reversível, desmontável e com múltiplas entradas e saídas, podendo em certos momentos estar preso a centros de poder hierárquico e burocrático, às estruturas significantes e a relações biunívocas e binárias; como também pode em outros apoiar-se em linhas de fuga, escapar dos estratos e romper as raízes operando novas conexões. Teve como substrato o pensamento de Deleuze e Guattari (2004a) acerca do desejo enquanto potência de agir, força maquínica e agenciamento que participa da produção do social e, portanto, da criação de territórios.

Trabalhar a noção de território permitiu trazer para o centro dessa discussão um dos fatores de afetivação que faz parte dos territórios de implicação e de constitutividade do ACS, o território existencial das corporações profissionais. Refletir acerca desse encontro no espaço da micropolítica requer pensá-lo aquém das representações situando-o no âmbito da produção de subjetividade, do desejo, o que nos levou a pensar na organização cotidiana do processo de trabalho de ACS a partir deste lugar.

Fazer esse movimento nos permitiu interrogar o sentido do cuidado produzido pelo ACS no território e junto à equipe saúde da família, tendo como eixo as seguintes questões: como se compõem esses afetos para produzir o cuidado? Existem composições? De que tipos? Os centros de poder e de hierarquia estabelecidos *a priori* sobredeterminam a sua subjetividade? Quem comanda e controla a execução das atividades? Como o faz? Por que o faz deste e não de outro jeito? Existem espaços para o exercício da criatividade propiciada pelo trabalho vivo? As conformações possíveis entre as distintas configurações tecnológicas produzem potência de vida ou morte ao operar o cuidado?

Em verdade é bom lembrar que não existe nenhuma profissão totalmente policialesca que exerça o pleno domínio sobre outras, isto porque os processos de capturas não se dão apenas do exterior, mas também encontram-se interiorizadas entre seus próprios membros, não existe *subjetividade do tipo recipiente* onde seriam colocadas as coisas essencialmente externas, que seriam interiorizadas (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p.43).

Para Abbott (apud MACHADO, 1995), a delimitação e a avaliação dos fatores exógenos que moldam os sistemas de profissões permitem traçar o quadro de

referências para a compreensão do desenvolvimento profissional nas sociedades modernas. A característica principal deste sistema é a interdependência entre as profissões que se encontram em permanente disputa por espaço, isto é, cada profissão se dedica a um conjunto de atividades ligadas pelos espaços de jurisdição. A resistência e a fragilidade destes laços determinam o cotidiano de cada profissão, nesse sentido, nenhuma profissão se desenvolve isoladamente, mas influencia e é influenciada pelas demais.

Do ponto de vista micropolítico, toda *práxis* pode ou não ser policialesca, não existe garantia que um corpo teórico ou de referência tecnológica proporcione uma justa orientação. A garantia de uma micropolítica processual produtora de novos modos de subjetivação que singulariza não se encontra neste tipo de ensino, só poder ser encontrada, a partir dos agenciamentos que a constituem na invenção de outros modos de referência e de *práxis* (GUATTARI; ROLNIK, 2005).

Embarcar nesse território traz para o centro desta discussão duas grandes implicações do ACS, enquanto objeto de estudo desta investigação. Uma se refere ao seu pertencimento ao campo da produção do cuidado em saúde, território instituído na sociedade como locus onde se realiza o cuidado. Neste espaço, ele é construído societariamente como pertencente ao território das instituições onde se legitima a produção do cuidado, tendo com ele uma grande implicação.

A outra, diz respeito ao ACS não ser um ator social qualquer, ele é um trabalhador de saúde constituído a partir de outra institucionalidade, de uma outra racionalidade diferentemente daquela constitutiva do médico, do odontólogo e do enfermeiro, enquanto profissionais reconhecidos formalmente pelas instituições de ensino.

No que pese a presença desta característica taxonômica, o enfermeiro e outros profissionais são considerados pelos teóricos da sociologia da profissão<sup>81</sup> como semiprofissionais, por não apresentarem dois atributos inquestionáveis que define uma profissão, *a existência de um corpo teórico esotérico de conhecimento e a orientação para um ideal de serviços* (MACHADO, 1995, p14). Ou seja, estaria ausente um corpo específico de conhecimento, assim como a inexistência de um mercado de trabalho inviolável

*[...] profissão é uma ocupação auto-regulada, que exerce uma atividade especializada, fundamentada numa capacitação ou formação específica, com forte orientação para o ideal de servir à coletividade, norteadas por princípios ético-profissionais definidos por ela mesma (STARR, 1991 apud MACHADO, 1997, p.21)*

Outrossim, o que distingue um 'verdadeiro' profissional e o 'quase' profissional é que o primeiro além de negociar com uma clientela específica tem o monopólio sobre uma área do conhecimento capaz de hierarquizar outras ocupações. Refere que a autoridade legal da medicina em diagnosticar e prescrever a coloca em uma posição de destaque em relação a outras ocupações da saúde, incidindo também sobre as diferentes medicinas e no interior da medicina alopática hegemônica.

Apesar de o ACS não estar sendo construído e reconhecido *a priori* como trabalhador de saúde por ser detentor de um núcleo profissional adquirido em outras instituições que não as de ensino formal, onde legitima a sua existência; ele é um trabalhador do campo da saúde, produtor de cuidado, construído a partir de uma outra lógica que o atravessa como morar na comunidade onde trabalha, ter identidade com comunidade, ter pendor para ajuda solidária, ser mediador entre as necessidades de saúde da população e outros tipos de necessidades, tradutor de

---

<sup>81</sup> Como Freidson, Larson, Moore, Abbott, Wilensky, Machado.

universos lingüísticos e culturais diferentes (ESF/usuários) entre outras características conformadoras de seu perfil como dadas, naturalizadas.

A produção do cuidado envolve um conjunto milenar de saberes e práticas desenvolvidas em diferentes contextos e praticadas por diversos grupos, não sendo um espaço exclusivo de atuação profissional nem de uma única abordagem diagnóstico-terapêutica. Resulta de processos de trabalho individual e coletivo, institucionalizado ou não, envolve relações, trocas, comunicações, afetos e inúmeros atos associados entre si, em que os cuidadores sejam eles profissionais, semiprofissionais, quase profissionais, 'trabalhadores' e práticos, põem em prática seus saberes e modos de agir para interferir no processo saúde-doença, curando, mantendo e restaurando a vida. Utilizam, para tanto os meios empíricos (tradicionais/culturais) não reconhecidos como uma intervenção clinicamente orientada para uma necessidade pela comunidade científica e as corporações da área de saúde ou o conhecimento técnico reconhecidos pela racionalidade da medicina científica.

A construção dessa ideologia de mundo não passa só pela ampliação dos domínios dos agenciamentos semióticos e material mas também por sua difusão em todo o campo social. Assim, como a fabricação da hegemonia de determinadas profissões não se dá apenas nas instituições de ensino formais, atravessa e se conecta com as máquinas produtivas e de controle social dominantes, as instâncias subjetivas que definem a forma de perceber o mundo, alojando-se em um sistema de produção que utiliza *a subjetividade como matéria-prima de toda e qualquer produção* (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p.36).



Esse modo de ver e de perceber o mundo não é novo, desde a antiguidade encontra-se presente nas descrições feitas por Platão sobre a prática médica, na sociedade espartana, onde para os escravos, um tratamento veterinário, ao cuidado de *simples praticantes; os homens livres, ricos ou pobres tinham tratamento diligente ou resolutivo e os homens livres e ricos poderiam dar-se ao luxo desse ócio*, de contratar um médico (NUNES, 1989, p.54).

No entanto, é na sociedade escravista que vai se desenvolver a divisão do trabalho manual e intelectual. O trabalho manual ficava a cargo dos escravos e dos cidadãos mais pobres, enquanto a atividade intelectual era exercida pela classe dominante surgindo o desenvolvimento de uma cultura até então desconhecida (NUNES, 1989), ou melhor, a produção subjetiva da desvalorização das atividades manuais por serem realizadas por criaturas inferiores e não cidadãos<sup>82</sup> além de ser desabonador, não tinham nenhum prestígio social.

O capitalismo e as forças sociais que o administram não permanecem apenas no âmbito da representação, produzem uma modelização nos comportamentos, na sensibilidade, nas relações sociais e sexuais, na percepção, na memória e nos fantasmas imaginários com clara intenção de reforçar, manter, reproduzir e desvalorizar determinados recortes da realidade concreta, assumindo o seu controle. Esses aspectos explicam o sucesso e o poder dos núcleos profissionais em fomentar a dependência do cliente no que diz respeito à competência e o conhecimento que detém.

---

<sup>82</sup> A sociedade contemporânea herda da Grécia a desvalorização e discriminação imputada ao trabalho braçal. Neste tipo de sociedade os escravos eram tão discriminados pela estrutura social que eram considerados como instrumento semi-vocali, enquanto o gado era considerado instrumento vocali, estava um grau abaixo do gado. Mesmo quando ricos não tinham prestígio social nem político. Os periecos estrangeiros que iam morar em Esparta após fundação da cidade não eram considerados cidadãos, pois não descendia dos fundadores da Esparta.

A trama das relações sociais entre a medicina, o Estado e as elites dominantes é socialmente construída, tem um caráter fortemente simbiótico e foi amplamente discutido por diversos autores no campo das ciências sociais<sup>83</sup>, da filosofia e inclusive da saúde coletiva. Conforme Machado (1997) a medicina possui algumas prerrogativas monopolistas que a diferenciam da maioria das profissões que disputam o mercado de trabalho, tendo inclusive um certo domínio sobre várias delas: a) tem um projeto profissional bem sucedido no transcorrer de sua história que possibilita uma notável aliança com o Estado, do qual consegue o direito legal para seu exercício exclusivo, e com as elites, as quais vendem serviços particulares a preço de mercado; b) adquiriu um vasto, sólido e complexo conhecimento empírico e científico, transformando sua prática num sofisticado ato técnico-científico. A idéia de *expert* torna-se uma realidade incontestável na medicina.

Cartografar a micropolítica do processo de trabalho do ACS possibilitou um mergulho na cotidianidade desses encontros, além de apontar a intrínseca relação do processo produtivo em saúde com os agenciamentos maquínicos presentes no mundo do trabalho no sistema capitalista. Por essa razão, buscou-se acompanhar as fissuras, os ruídos, os dramas e os amores reveladores da produção subjetiva de si e do mundo do agente neste território para operar o cuidado.

Um dos aspectos observados refere-se às mudanças impostas pelo capitalismo na organização tecnológica do trabalho das práticas sanitárias. Sua influência no modo de operar a assistência tem contribuído para a consolidação do modelo “anátomo-clínico” de estruturação de saberes e práticas, orientado para

---

<sup>83</sup> Donnangelo em Saúde e Sociedade, 1975; Medicina e Sociedade, 1973; Nunes (Org.), em Pensamento Social Na América Latina, (1989); Deleuze e Guattari, em Anti-Édipo, (2004); Foucault em História da sexualidade: o cuidado de si, (2007); Gonçalves em Tecnologia e organização social das práticas de saúde, (1994); Luz, Instituições médicas no Brasil, Natural, Racional, Social, (1986, 2004); Braga e Paula, em Saúde e Previdência: estudos de política social, 2006.

corpo individual e a doença, e para um modelo tecnoassistencial prescritivo, repetitivo centrado nos procedimentos e relações de poder, de dominação e de mistificação, aumentando e aprofundando a divisão social e técnica do trabalho

Essa forma de organização tem definido a posição e o lugar ocupado por cada profissão no mundo de trabalho, considerando como subalternas ou inferiores àquelas que assumem funções menos qualificadas, ou seja, manuais (FOUCAULT, 2006b). Opondo-se a essa visão, Durkheim acreditava que a divisão e especialização, ocorrida no âmbito do processo de trabalho das corporações profissionais, conduziriam a um poder moral capaz de impedir o individualismo, as relações de dominação e concomitantemente iria consolidar e aumentar o sentimento de solidariedade social (ABBOTT, 1988 apud MACHADO, 1995).

O pensamento Guattariano nos oferta elementos novos para compreensão dessa discussão ao situar o desejo e a subjetividade como matéria prima de todo e qualquer processo de produção social, material e semiótico, inclusive dos modos como se trabalha, como se ama e de ver e perceber o mundo.

*"a divisão social do trabalho, a designação dos indivíduos à seus postos de produção não dependem, unicamente, dos meios de coerção ou do sistema de remuneração monetária, mas também e talvez, de modo mais fundamental, das técnicas de modelização dos agenciamentos inconscientes operados pelos equipamentos sociais, pelos meios de comunicação, pelos métodos psicológicos de adaptação de todos os tipos".(GUATTARRI, 1987, p.171)*

De fato, observa-se que a subjetividade circula em todos os conjuntos sociais, *é essencialmente social e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares. (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p.42)* Apresenta uma dupla desconcentração, visto que o funcionamento de suas máquinas de expressão

podem ser tanto de natureza extra-individual, extracorporal<sup>84</sup>, quanto de natureza intrapessoal, infrapsíquica, infra-humana.<sup>85</sup>

De acordo com essa visão, a formação do trabalhador no capitalismo implica sua integração nos diferentes sistemas de semiotização e de representação dos seus valores, que tem a função de enquadrar o desejo dos indivíduos aos códigos de linguagem, aos códigos perceptíveis, aos modos de relações interpessoais, à hierarquia, à autoridade do sistema sócio-econômico dominante (GUATTARI, 1987). Ou seja, tende a aprisionar os agenciamentos do desejo às cadeias significantes molares e os enunciados às instâncias subjetivas, que o submetem a toda tecnologia capitalista das relações sociais dominantes a fim de que possam decodificar todos os códigos de poder que deverão nortear a sua conduta e prática.

O capitalismo, em seu estágio atual, apresenta tendências que atuam sobre o processo de trabalho das profissões diminuindo sua autonomia e ampliando sua especialização como conseqüente perda de controle sobre seu processo produtivo. Dentre essas tendências, destacam-se três e estão mais vinculadas àquelas profissões que exigem treinamento de alto nível: a) incremento e consolidação da divisão do trabalho com aumento da transferência de tarefas rotinizadas para trabalhadores de nível inferior (grifo nosso) e proliferação de especializações laterais; b) intensificação do trabalho com redução dos períodos de inatividade e de ociosidade de produtores independentes em prol de processos mais uniformes; e c)

---

<sup>84</sup>Refere-se aos sistemas maquínicos, econômicos, políticos, sociais, tecnológicos, ecológicos, de mídia, isto é, sistemas que não são mais antropológicos (GUATTARI; ROLNIK, 2005).

<sup>85</sup> Incluem os sistemas de percepção, de sensibilidade, de afeto, de representação, de desejo, de imagine e de valor, modos de produção de idéias e de memorização, sistemas corporais orgânicos, biológicos, fisiológicos, sistemas de inibição e automatismo e assim por diante (GUATTARI; ROLNIK, 2005).

rotinização das tarefas de alto nível sendo mais intensa quanto mais simples forem às tarefas passíveis de rotinação (LARSON, 1980 apud MACHADO, 1995).

No caso específico do ACS, sua incorporação na equipe Saúde da Família (SF) não implicou uma relativização da lógica de poder dominante entre os componentes da equipe nem ampliação dos espaços de ação em comum e de cooperação entre os diferentes saberes e agir.

*Até mesmo dentro da própria unidade acontece isso, montarem os projetos, palestras e cursos, deixam as coisas assim mais difíceis, mais pesadas, sobram para os agentes comunitários, não é só assim o corpo a corpo, boca a boca (ACS Jade – GF).*

Os profissionais que detêm um saber específico e territorializado, geralmente planejam e assumem o comando e o controle dos projetos terapêuticos impondo o seu modo tecnológico de operar o cuidado, muitas vezes, com baixa incorporação do saber clínico, empobrecendo a dimensão cuidadora dos outros produtores dos atos de saúde. Além disso, reforça os processos de subjetivação produtores das relações binárias, biunívocas e dicotômicas do tipo: divisão social e divisão técnica, trabalho intelectual versus trabalho manual, profissional versus não profissional, saber e não saber entre outras segmentações.

O caráter oficial, adquirido pelas Associações Médicas para regulamentação profissional, levou a que todas as demais atividades profissionais<sup>86</sup> fossem categorizadas artificialmente como paramédicas e, portanto, conformadas a um papel acessório (SCHRAIBER, 1993, 1995). Este aspecto da autonomia vincula-se ao corporativismo enquanto recurso inconstitucional para garantia de privilégios e atitudes normativas, bem como representa também uma estratégia para ampliar e

---

<sup>86</sup> Atividade profissional é entendida como um conjunto de conhecimentos novos mais fortemente relacionados à esfera ocupacional (MACHADO, 1995).

garantir o controle de fatias do mercado, ou seja, uma clara tentativa de garantir reserva no mercado de trabalho (FREIDSON, 1998). Este comportamento em específico é observado em todas as profissões de saúde, que centradas em seu próprio núcleo profissional especializado disputam entre si o mercado de trabalho e a suposta competência para operar sobre o corpo e a doença.

Apesar de ocorrer ampliação de seu campo de ação e de sua responsabilidade, as atividades desenvolvidas pelo ACS são consideradas menos “importantes e secundárias” por exigirem um saber pouco estruturado, de baixo custo e “baixa complexidade tecnológica,” em se tratando das tecnologias duras. Essa suposta desvalorização de seu saber e prática encontra respaldo nos critérios que conformam o processo de profissionalização como uma história natural, isto é, conferem fundamental importância ao elevado ganho de prestígio e influência, a aquisição de um conhecimento complexo e inacessível, a autonomia, ao código de ética, monopólio de tarefas e outros.

Como também é disseminada em todo tecido social através de sistemas maquínicos, econômicos, políticos, sociais, tecnológicos e sistemas de percepção, de sensibilidade, de afeto, de representação, de desejo, de imagine e de valor, modos de produção de idéias e de memorização, entre outros.

Essas estratégias têm como objetivos subjacentes a afirmação da identidade profissional, da autoridade do saber, garantia de reserva de mercado de trabalho, moldar padrões de comportamento, o controle do processo de trabalho do ACS, em uma tentativa de aprisionar a liberdade e autonomia do seu trabalho vivo no núcleo duro das profissões, diminuindo a potência de agir de seu núcleo cuidador.

Essas dimensões que estruturam as profissões a partir de um saber esotérico e lhes outorgam poder estão intrinsecamente imbricado com as relações de poder, saber e verdade presentes na sociedade. Ao representar um domínio, uma região, um território, uma interpretação, um deslocamento, o saber funciona como um poder e reproduz os seus efeitos através de *conteúdos históricos ou em forma de discurso* de instâncias teóricas unitárias, que tem a clara intenção de depurá-los, hierarquizá-los, ordená-los em nome de um conhecimento verdadeiro, em nome dos direitos de uma ciência detida por alguns (FOUCAULT, 2006b).

Merhy (1997a, 1998) amplia um importante debate na saúde coletiva sobre o trabalho em saúde e suas tecnologias ao trazer conceito de tecnologias leves como um processo relacional que só existe no encontro, no exercício do trabalho vivo em ato. Assim como recupera a importância e a potência do conceito de trabalho vivo, enquanto dispositivo capaz de interrogar e de duvidar do sentido do trabalho morto e de agenciar a partir dos ruídos presentes no seu cotidiano modos criativos de cuidar. Sua importância aplicada ao processo de trabalho é de revelar a possibilidade que todo trabalhador tem de operar seu trabalho com alto grau de liberdade, exercendo um relativo autogoverno e autonomia sobre sua atividade produtiva.

Vale considerar, ainda, que todo profissional de saúde envolvido com os usuários dos serviços de saúde, independentemente do papel que desempenha como produtor de atos assistenciais é considerado como pertencente a este campo e tem com ele alguma implicação, sendo, portanto, considerado como operador de cuidado. Dito de outro modo, todo trabalhador de saúde faz clínica e é tão fabricante do cuidado quanto ao médico, à nutricionista e ao enfermeiro, uma vez que neste

encontro há produção de uma intervenção clínica através das relações de vínculo, de acolhimento e responsabilização (MERHY, 1997a, 1998).

Nesse sentido, o simples fato de prestar uma informação, conversando com o usuário e tomar uma decisão acerca do seu fluxo assistencial no serviço, significa estar prestando um cuidado em relação a uma queixa, a um problema ou sofrimento trazido pela pessoa, ou seja, está se fazendo uma intervenção terapêutica com forte conteúdo clínico ao intervir no processo assistencial.

Não está em jogo e em disputa se esta é uma produção cuidadora ou não, se autonomiza ou não autonomiza o outro, se está centrado nas necessidades dos usuários ou nos procedimentos até porque nem sempre a realização de um ato assistencial garante *a priori* o restabelecimento, a cura e atendimento de uma necessidade. Quer dizer, não existe a garantia de que a utilização extensiva e prescritiva dos núcleos de competência específica, por problema e o profissional, em detrimento da dimensão do núcleo cuidador seja capaz de dar conta de todos os aspectos de um problema.

Convém lembrar que não basta apenas a implicação e o comprometimento do trabalhador para que uma intervenção seja eficaz, requer colocar a serviço do usuário o conjunto dos recursos tecnológicos disponíveis, a fim de que seja possível esclarecer e responder aos problemas de saúde e necessidades apresentadas. Assim, como promover a elaboração de intervenções potentes e com forte conteúdo inclusivo capaz de autonomizar as pessoas em seu modo de andar a vida.

Os atuais modelos assistenciais em curso encontram-se centralmente organizados a partir de problemas específicos, em estreita relação com o saber



médico e o que é pior, dentro de um modelo de ação clínica do médico empobrecedora, ou mesmo anuladora do núcleo cuidador (MERHY, 1998, p.118) que assume papel complementar. Ao aprisionar as ações dos outros profissionais submete seu núcleo específico de intervenção profissional e ocorre tanto o empobrecimento do núcleo cuidador dos outros recortes quanto à diminuição das intervenções e atividades que poderiam ser ofertadas aos usuários.

A realização de atos assistenciais envolve a coexistência desses três núcleos. Nos dois primeiros, o núcleo de saber específico sobre o problema e o núcleo de saber territorializado no campo profissional opera com centralidade as tecnologias duras e leve-duras; no terceiro representado pelo núcleo das atividades cuidadoras, atuam as tecnologias leves. Independentemente da interseção produzida e as configurações tecnológicas assumidas pelos dois primeiros núcleos, a dimensão cuidadora estará sempre presente em qualquer intervenção assistencial e tecnológica.

Não importa qual seja a abordagem assistencial utilizada pelo trabalhador de saúde em seu encontro com o usuário, ela se dá através do trabalho vivo em ato, em um processo de relações, de afetamentos e de composições. Se considerarmos as tecnologias em saúde, os núcleos de saber através da qual se expressam e suas possíveis articulações poder-se-á dizer que *todos os trabalhadores de saúde, de uma forma ou de outra, fazem clínica* (MERHY, 1998, p.107).

Tendo por substrato essas proposições, serão expostas a seguir as análises realizadas por Merhy (1997a, p.76) para explicar por que todo *trabalhador de saúde pode interferir claramente no conteúdo de uma dada etapa do processo de trabalho, ou mesmo de todo processo*, com sua sabedoria e práticas, e atuar clinicamente:

- a) Os usuários ao serem atendidos buscam nos seus encontros com os trabalhadores a produção de espaços de acolhimento, de escuta qualificada, de vínculos, de solidariedade e ajuda para minimizar o seu sofrimento;
- b) A clínica não se remete apenas ao saber profissional específico e por problema do tipo saber diagnosticar, tratar, prognosticar e curar os problemas e necessidades de saúde, enquanto uma disfunção ou distúrbio biológico. Refere-se, também, a um processo e um espaço de produção de afetos, de relações e intervenções desenvolvidas de modo partilhado e solidário e no qual existe um jogo entre necessidades, demandas, ofertas e modos tecnológicos de agir;
- c) Não existe a produção de espaços de trocas de escuta e de fala, de cumplicidades e vínculos, de responsabilidades e aceitações, se não houver um encontro clinicamente implicado.

Isso nos leva a crer também que não existem encontros sem afetamentos e composições de intensidades, sejam eles *alegres* ou *tristes*, sem movimentos de desterritorialização e (re)territorialização, sem capturas e fugas, que não se possam atuar clinicamente mesmo que esta esteja seriamente empobrecida e comprometida em sua potência de agir por estar subjugada a lógica de saber dominante.

As contribuições trazidas por Merhy (1998) encontram suas bases teóricas nos estudos de alguns autores<sup>87</sup> que já há algum tempo vêm fazendo uma reflexão crítica muito instigante sobre saúde, sociedade/capitalismo e medicina, e os seus efeitos na produção de subjetividade. Priorizam em suas abordagens categorias ou

---

<sup>87</sup> Deleuze (2002), Deleuze e Parnet (2004), Deleuze e Guattari (2004; 2007), Guattari (1987; 2005; 2006), Guattari e Rolnik (2005; 2006), Foucault (2006), Luz (2004), Barembliitt (2002), Lourau (1975; 2004); Donnangelo (1975; 1979), Gonçalves (1994).

analísadores capazes de interrogar, duvidar e revelar o sentido das máquinas de guerra dominantes, apontando os seus ruídos, fissuras, implicações e intencionalidades.

O território de produção do cuidado expresso pelas dimensões tecnológicas são produtos de disputas e tensão entre os vários atores interessados neste espaço de ação social e que definem com suas ações as conformações tecnológicas impondo suas finalidades nos processos produtivos. Nessa medida, a medicina enquanto campo social de saberes e práticas contribui com a reprodução e manutenção de certos modos de produzir ancorado em uma racionalidade *voltada para a normalização dos sujeitos e para constituição – ou reprodução – de certas relações sociais* (LUZ, 2004, p.21).

Colocar-se simbólica e socialmente distante dos interesses da história das relações dos homens entre si, e destes com as coisas materiais tem sido um traço inerente e ao mesmo tempo revelador da racionalidade científica moderna. Foi através da objetivação do seu discurso sobre o corpo, a vida, a morte e o sofrimento humano, ordenando-os teoricamente como categorias específicas que a medicina moderna adentra no território teórico da razão científica (LUZ, 2004) colocando-se como detentora inquestionável de um saber e prática tida como a única verdade discursiva. A institucionalização do discurso científico disciplinar da medicina tem contribuído para a hegemonia e autonomia da prática médica nesse campo em detrimento de outros saberes e práticas.

Fazem parte desses pressupostos os deslocamentos epistemológicos e clínicos ocorridos na medicina moderna que vão da arte de curar o indivíduo doente para uma disciplina de doenças, em virtude das transformações ocorridas na

anatomia e na patologia clínica que passam a subsidiar teoricamente a prática clínica bem como a ciência assume uma posição privilegiada sobre a arte.

A medicina instaura a disciplina das doenças e seus profissionais, os médicos são considerados os teóricos da ciência moderna das doenças instituindo a doença e o corpo como temas de enunciados positivos e científicos, ou seja, como discurso racional e objetivo excluindo do mesmo, questões positivas como a vida, a cura e a saúde. Assim, a saúde deixa de ser vista como afirmação de vida, mas como ausência de doença e o processo de cura será atribuído a cessação de sintomas-chaves de uma doença (LUZ, 2004).

Uma leitura criativa desse processo e suas repercussões para o trabalho em medicina é feita por Gonçalves (1994), que chama a atenção para o modo como a necessidade perpassa a construção do objeto. Melhor dizendo, quando o indivíduo porta queixas ao médico, o trabalho é desencadeado pela retradução destas queixas em sinais, sintomas e rotinas. Tal objetivação não é completa, pois o objeto constituído (a doença), não foi completamente deslocado de suas conexões naturais (de ser sujeito social). O doente não se completa e se extingue na doença, embora a rotinização do trabalho médico persiga tal intento. Quando se instala o processo diagnóstico e terapêutico, via relação médico-paciente, a objetivação do doente enquanto doença o coloca sujeito a lógicas distintas de seu cotidiano. Suas necessidades passam a ser objeto de trabalho para o médico, mas não se dissolvem nesse processo.

Desse modo, afirma-se nas sociedades capitalista ocidental entre o final do século XVII e XIX o discurso da racionalidade científica na medicina que se consolidará no início do século XX com a publicação do Relatório Flexner

redirecionando toda a prática médica. Ao impor uma supervalorização da racionalidade técnica em detrimento da arte e da subjetividade, ocorre uma *mediocrização da prática clínica inclusive no sentido dos saberes estruturados que incorpora*, construindo uma relação usuário-trabalhador *marcada por um processo de alienação/desresponsabilização custosa e ocasionalmente resolutiva* (MERHY, 1998, p.109).

O que se verifica no território existencial das profissões é a regularidade, a repetição mecânica e acrítica deste fenômeno pelas outras profissões de saúde, que adotam para si a mesma racionalidade instrumental, subordinando os processos de trabalho mais relacionais, dialógicos e criativos a uma dimensão complementar. Foto este que poder ser observado nas profissões, de Enfermagem, de Nutrição, de Odontologia, Farmácia e Engenharia, em relação aos técnicos de nutrição, de enfermagem, de farmácia e higiene dental (THD), atendente de consultório dentário (ACD) e o ACS. No caso específico, deste último é importante frisar que apesar de está diretamente vinculado ao enfermeiro sofre os efeitos destes outros núcleos profissionais.

Acompanhando as cartografias traçadas no campo da produção do cuidado atentamente, observa-se anteriormente que o cuidado pertencia ao domínio comum, aos poucos acaba ficando restrito a determinando territórios que o privatizam como seu e cobram acirradamente a prerrogativa exclusiva do seu uso. De acordo seus detentores, os iniciantes só teriam o privilégio de ter acesso a esse campo após uma longa e difícil preparação, *depois de uma espécie ascese extremamente controlada* poderiam fazer parte da corporação (GUATTARI, 1987, p.166).

Observa-se que as sociedades mais estruturadas caracterizadas por sistemas de saúde mais complexos, a presença das organizações profissionais estruturadas tendem a controlar o seu próprio trabalho e as atividades de outros profissionais, ficando menos expostos ao contexto externo. Esse controle tem a ver com a autonomia adquirida por meio do conhecimento, o prestígio e o privilégio seriam uma delegação dada pelo Estado, sociedade ou clientela.

Nessa perspectiva Starr (apud PEREIRA NETO, 2000) chama a atenção para contribuição das estratégias persuasivas e coercitivas para consolidação da autoridade cultural enquanto instrumento de desvalorização efetiva de outras práticas concorrentes com a médica, ao tempo em que aponta o papel relevante do positivismo nesse processo ao contrapor os princípios teológicos e metafísicos ao primado da razão/racionalidade científica tida como neutra, objetiva e desinteressada.

Acredito que esse debate reforça todo o esforço da reflexão feita anteriormente e de certa forma contribui e nos aproxima de uma discussão antiga, mas sempre presente no campo da saúde coletiva e de muita importância para esta investigação por nos ajudar a pensar acerca de um dos incômodos sempre presentes na coleta e análise de dados, qual seja: o ACS é ou não produtor de cuidado ou não profissional de saúde por não ter um domínio de um certo saber presente nos núcleos de competências específicas das profissões formalmente instituídas.

#### **2.4.1. Uma Breve Viagem ao Território das Profissões**

A análise das profissões tem sido objeto de intenso debate intelectual<sup>88</sup>, frente à sua importância para a compreensão das trajetórias e dos papéis assumidos pelo associativismo, na conformação dos campos de saber e na construção e manutenção dos elos que compõem a trama das relações em sociedade no mundo atual.

Segundo Muller (apud PEREIRA, 2005) as profissões surgem em nossa sociedade através de um estágio, onde aquilo que um indivíduo faz porque tem talento, gosta e tem necessidade de expressar uma vocação pessoal, se torna útil e importante para o seu grupo cultural. Quando isso acontece, o trabalho desse indivíduo passa a preencher as necessidades do grupo em questão, e a sociedade passa a exigir que essa atividade seja feita regularmente. Compreender uma profissão requer conhecer a sociedade a qual está inserida, as relações que estabelece com as elites políticas, econômicas e com o Estado e os territórios com os quais estão fortemente implicados.

O termo profissão é originário da palavra latina *profesione* e remete ao ato ou efeito de professar. Este termo assume o sentido de confissão pública de uma crença, sentimento, opinião ou modo de ser, conduzindo à concepção de uma atividade ou ocupação especializada que requer preparo e formação (TARGINO, 2000). Neste sentido, o profissional se apresenta como portador de um conhecimento específico, capaz de realizar uma tarefa e em troca da realização deste trabalho a sociedade lhe outorga credibilidade para o exercício de suas atividades.

---

<sup>88</sup> Esta temática encontra-se presente nos estudos clássicos das ciências sócias, como os de Durkheim e de Max Weber.

Os estudos sobre a sociologia das profissões têm como referência obrigatória, entre os anos de 1950 a 1970 a obra de três autores, a saber: Greenwood, em 1957, Wilbert Moore, em 1970 e Harold Wilensky, em 1970. Cada um deles propõe: a) definir o conjunto de atributos de uma profissão; b) elaborar uma escala de atributos para aferição do grau de profissionalismo e c) analisar o processo de profissionalização.

Para Freidson (1998) existem dois grandes tipos de profissões: as mais acadêmicas ou científicas, que sobrevivem obtendo o apoio de grupos poderosos como o Estado e as associações profissionais e por isso prescindem da adesão de uma clientela leiga; e aquelas como a medicina e o direito, que dependem da confiança de seus clientes, obtida mediante a solução prática dos problemas que os afligem. Essa tipologia focaliza a questão da autonomia profissional como atributo imprescindível para o poder de uma profissão, uma vez que o seu status viria dessa autonomia, que deveria ser preservada apesar de esse prestígio ser uma delegação dada pela sociedade, ou pelo Estado ou pela clientela, e em muito caso pelos três (grifo da autora).

Ainda para esse mesmo autor, *“o único critério verdadeiramente importante e uniforme para diferenciar as profissões de outras ocupações é a autonomia”*, sendo esta entendida como uma posição de controle legítimo sobre o trabalho que deve sua existência à tolerância ou à proteção do Estado, e que, ademais, não inclui necessariamente todas as esferas da atividade profissional (FREIDSON, 1998, p.93). Em relação ao papel assumido pelas profissões decorrentes do poder auferido pela a autonomia e o conhecimento que detém, esse autor aponta a necessidade de estabelecer limites deste domínio no âmbito privado.



*[...] numa sociedade livre deve limitar-se à contribuição técnica de que os indivíduos necessitam, para que, baseados em seus valores, possam tomar suas próprias decisões. Quando a profissão usa sua autoridade para dirigir ou constranger a decisão humana pautada em seus valores, os profissionais deixam de ser experts e passam a membros de uma nova classe de privilegiados disfarçados de experts. (FREIDSON, 1998, p.93)*

Sobre esse aspecto a análise institucional oferta enormes contribuições, com as quais comungo, quando traz os conceitos de *auto-análise e autogestão* (BAREMBLITT, 2002; LOURAU, 1975) como dispositivos capazes de recuperar e revitalizar o saber das pessoas acerca de suas necessidades e seus desejos e ao mesmo tempo se organizar para produzir os recursos que precisam para gerir a sua vida. Para tanto, não haveria a necessidade que alguém venha de fora ou de cima para lhes dizer quem são, o que podem, o que sabem, o que devem pedir e o que podem ou não conseguir. Foucault (2006b, p.71) discutido sobre o papel dos intelectuais, comenta:

*O papel do intelectual não é mais o de se colocar um pouco na frente ou um pouco de lado para dizer a muda verdade de todos; é antes o de lutar contra as formas de poder exatamente onde ele é, ao mesmo tempo, o objeto e o instrumento: na ordem do saber, da 'verdade' da consciência, do discurso'.*

Fazer essa opção não significa prescindir a ajuda ou excluir por completo desse processo, a participação dos experts visto que têm acumulado uma quantidade de conhecimento importante e muitos dos quais são produtivos poderão contribuir com a autonomia desses coletivos. Apenas que existe a necessidade de um afastamento dos seus territórios existenciais, a fim de que possam fazer uma crítica das posições, postos, hierarquias, que assumem nos aparelhos acadêmicos e jurídico-políticos do Estado ou da direção das grandes empresas nacionais e multinacionais. Somente assim, poderá reformular sua prática, aprendendo e ensinando os seus saberes e práticas em que poderá, através desse convívio, reinventar sua disciplina aprendendo a agenciar outros movimentos autogestivos e auto-analíticos quando for chamado a participar.

Na definição de profissão, estão implícitas “noções de monopólio de conhecimentos, de autonomia e de prestação de serviços. Prestar serviços pressupõe uma competência no domínio em questão e conhecimentos específicos adquiridos através de formação” (CUNHA, 2000 apud PEREIRA, 2005, p.42). A profissão tem sido definida como a ocupação que possui prestígio e poder especial (PEREIRA NETO, 2000). A diferença entre ambas reside no fato de que a primeira adquire por meios políticos, culturais e ideológicos, reconhecida autoridade cognitiva e normativa.

Do ponto de vista cognitivo, a atividade profissional detém as seguintes características: a) ser complexa e indecifrável para o leigo; b) ser institucionalizada em estabelecimentos de ensino; e c) ser aplicável, isto é, resolver problemas tidos como relevantes. Vale dizer que o caráter técnico não quer dizer científico. A sua presença pressupõe condição *sine qua non*, mas não suficiente, para o uso exclusivo e privativo acerca de determinada atividade por uma categoria profissional.

A dimensão normativa requer para o exercício da prática profissional o cumprimento de certos requerimentos assegurados por leis, normas, portarias, a saber: a) submeter-se ao treinamento previsto em currículos padronizados; b) sujeitar-se aos mecanismos reguladores de conduta profissional através do Código de Ética relativo a seus pares, a seus concorrentes e a seus clientes; e c) submeter-se aos mecanismos reguladores orientadores do exercício profissional. Essa dimensão faz com que as profissões se tornem comunidades com identidade, compromisso pessoal, interesses específicos e lealdade corporativa, contribuindo para a conquista da autonomia e autoridade cultural junto à clientela.

O exercício da prática profissional no mercado de trabalho deve ser exercido com ampla autonomia econômica e técnica, o que permitiria de um lado, a liberdade de o profissional atuar em sua área de competência específica (MACHADO, 1996) e, de outro lado, a dimensão técnica da autonomia seria capaz de invalidar o serviço do leigo e regularia o ingresso na profissão (SCHRAIBER 1993). Como exemplo, Machado (1997) cita a prática médica como estereótipo de profissão com alto grau de autonomia técnica (saber) e econômica (mercado de trabalho) por ser uma profissão auto-regulada, apresentar complexo corpo de conhecimento científico e controle sobre o processo de trabalho.

A referência a estes atributos como critérios de definição e de verdade da profissão tem sido questionado por não analisar os fatores externos e históricos que interferem nessa definição, uma vez que não está deslocada da realidade que o profissional atua, apesar da simplificação feita pelos modelos analíticos na realidade social. Acreditamos que uma análise que leve em consideração a produção da subjetividade, articulada a outras dimensões, seja a cognitiva, taxonômica, histórica possa contribuir com a produção de uma teoria das profissões menos elitista e ideológica e mais colada à realidade social.

Autonomia profissional refere-se à capacidade de uma profissão controlar uma área do conhecimento, ter o monopólio sobre o campo, não depender de outras profissões para sua prática rotineira. Tem como atributo fundamental o poder de uma profissão em se articular com outros aspectos que garantam a sua preservação (FREIDSON, 1998). A auto-regulação, embora seja vinculada também a questões técnicas, vai mais além devido à "exclusão de terceiros". Serve para preservar ou mesmo promover melhores padrões, mas pode ser, simplesmente, para aumentar o

prestígio ocupacional, controlar o número de práticas, diminuir a competição e aumentar a renda (MOORE, 1970 apud MACHADO, 1995)

Enquadrar as profissões a partir da dimensão cognitiva e estratégica relacionadas às questões éticas, delimitação de território, identidade, interesses profissionais para analisar suas diferenças e similaridades reduz e impede uma visão mais abrangente e flexível. O exemplo da autonomia como critério de validação destas diferenças pela capacidade de gerar prestígio, status e poder as profissões na instituição de seus territórios de domínio coloca esses pressupostos diante de matriz discursiva do poder, saber e verdade.

Toda formação de poder necessita de um saber para se constituir e do qual pode prescindir, mas que, sem ele não teria eficácia. O saber pode apresentar-se sobre uma forma oficiosa se instalando nos poros com a intencionalidade de obstruir as fissuras da ordem estabelecida ou então assume uma forma oficial, ao se constituir como uma ordem simbólica máxima aceita como verdade inquestionável tomada como um tipo ideal a ser seguido pelos poderes estabelecidos (DELEUZE; PARNET, 2004)

A este tipo de poder a algum tempo vem se contrapondo uma insurreição dos saberes dominados<sup>89</sup> o qual Foucault, (2006b) chamou de *crítica local* entendida como uma produção teórica autônoma, não centralizada que prescinde da

---

<sup>89</sup> Pode ser entendido de duas maneiras: a) a primeira, os conteúdos históricos que possibilitam revelar a clivagem dos confrontos, lutas que as organizações funcionais ou sistemas (prisão, asilos, orfanatos, manicômios, universidades, profissões: medicina, enfermagem, advocacia) tem por objetivo mascarar. São blocos de saber histórico que estão presentes e mascarados no interior desses conjuntos e esta crítica o faz reaparecer; b) este se refere aos saberes que foram desqualificados como não competentes ou insuficientes elaborados: saberes ingênuos, hierarquicamente inferiores, abaixo do nível requerido de conhecimento ou cientificidade. Foi o reaparecimento destes saberes que estão abaixo, do doente, do enfermeiro, do ACS, do delinqüente, da benzedeira, do médico paralelo e marginal em relação ao saber médico, chamados de particular, regional, local que possibilitaram a crítica contra os efeitos dos poderes centralizadores ligados à instituição e ao funcionamento do discurso científico organizado no interior da sociedade (FOUCAULT, 2006b).

concordância de um sistema comum para estabelecer sua validade. Esse *saber dominado* tem sido desqualificado como não competente ou insuficiente, hierarquicamente inferior, abaixo do requerido pelo conhecimento científico como forma de fazê-lo calar, de interditar seus fluxos, conexões e forças agenciadoras outros devires. No entanto, ele irrompe e reaparece não como alguma forma de saber comum mas, ao contrário, um saber diferencial incapaz de unanimidade e que só deve sua força à dimensão que o opõe a todos aqueles que o circundam, e realiza a crítica a tirania dos discursos totalizantes com suas hierarquias e com os privilégios da ciência positivista. Esta visão foucaultiana se acopla a idéia do institucionalismo referente aos processos de auto-análise e de autogestão.

*Trata-se de ativar saberes locais, descontínuos, desqualificados, não legitimados, contra a instância teórica unitária que pretenderia depurá-los, [...] Trata-se da insurreição dos saberes não tanto contra os conteúdos, os métodos e os conceitos de uma ciência mas de uma insurreição dos saberes antes de tudo contra os efeitos de poder centralizadores que estão ligados à instituição e ao funcionamento de um discurso científico organizado no interior de uma sociedade como a nossa (FOUCAULT, 2006b, p. 171).*

Tendo como substrato essa visão de que os conteúdos históricos presentes e mascarados em diversas organizações revelam os ruídos, os confrontos e as lutas de certas formações discursivas. Então, quando a maioria dos autores da teoria sociológica faz a associação entre alguns critérios ou atributos presentes em diversas profissões, como se fosse uma condição natural para a autonomia profissional, fazem aí um duplo movimento, pois ao tempo em que definem as diferenças, os dualismos maniqueístas e as continuidades que permitem vazar os conflitos e os paradoxos que tem por objetivo mascarar.

Ao transpor esse pensamento para o campo da saúde, não se quer dizer que algumas profissões deste campo não tenham poder e prestígio mas de chamar a

atenção que autonomia enquanto representante da dimensão cognitiva da medicina científica se constitui na máquina abstrata (o saber), da qual essas profissões precisam para organizar o seu poder, no espaço e tempo.

Para Schraiber (1995) a autonomia surge em meio a uma relação estrutural entre serviços e reprodução social que ocorre através da “produção” voltada para a satisfação de uma necessidade e da “certificação da forma” voltada para manter ou modificar os critérios de inserção de dada função produtiva, sendo esta última um atributo dos serviços.

*O profissionalismo representa mais uma forma de controle profissional do que uma qualidade inerente a certos trabalhos onde o fracasso ou êxito na obtenção dos objetivos desejados depende dos meios de organização coletiva de que dispõe a profissão e também na receptividade do público e do governo. Não obstante, o autor acrescentar que o profissionalismo é também uma espécie de solidariedade, uma fonte que dá significação ao trabalho e um sistema de regulação de crenças próprias das sociedades modernas (STARR, 1991, p.31).*

Outros autores também vão procurar explicar o fenômeno do profissionalismo recorrendo à análise de condicionantes externos. Para Larson (apud MACHADO, 1995), o processo de profissionalização está relacionado à dimensão do conhecimento abstrato passível de aplicação prática, que a profissão controla, bem como ao mercado, sendo este, por sua vez, determinado pelo desenvolvimento econômico e social e pela ideologia dominante. Freidson (1996) o considera um método logicamente distinto de organizar uma divisão de trabalho e expressa uma circunstância em que as ocupações negociam entre si os limites de suas jurisdições e controlam seus mercados.

Nesse enfoque, a “criação, a exposição e a aplicação de corpos de conhecimentos são vistas como empreendimentos de ocupações que lutam por controlar seu trabalho” (FREIDSON, 1998, p.141). Para ele, as profissões são uma especialização de trabalho, que evoluem através de uma certificação dada por uma educação formalizada. As ocupações se diferenciam das profissões por não necessitarem desta certificação formal e por não manterem compromisso com o desenvolvimento científico profissional.

Os conflitos, as tensões e as negociações revelam as disputas entre as profissões e no interior das próprias profissões. Destacam-se as tentativas de controle acirrados das corporações tais como a da Medicina de garantir territórios cartoriais e limitar o exercício de atribuições comuns entre as categorias e o autoritarismo dos Conselhos de Classe, no caso da Enfermagem, em proibir a realização de inúmeras atividades por outras ocupações (SANTOS; FARIA, 2008) como, por exemplo, interditar o ACS de aferir a pressão arterial. Essas instituições propõem,

*... uma língua oficial que ela tenta soldar à lingüística em geral, para tomar uma posição de Invariante. Ela se ocupa cada vez mais com um “pensamento” puro. [...] enquanto isso, todas as forças de minoria, todas as forças de devires, todas as forças de linguagem, todas as forças de arte, estão fugindo desse terreno – falando, pensando, agindo, tornando-se de modo diferente (DELEUZE; PARNET, 2004, p.110-111)*

Um dos aspectos importantes constitutivos de uma profissão é a cooperação mútua entre seus pares, chamado usualmente de corporativismo. Dentre suas características temos: senso de identidade; permanência na corporação; compartilhamento de valores, definição de limites claros, continuidade através da produção de novas gerações, controle da seleção dos iniciantes. Sua exacerbação

se expressa na relutância em criticar julgamentos ou destrezas de colegas, tornando difícil o julgamento do trabalho do profissional por leigos (MACHADO, 1995).

Os estudos de autores clássicos da sociologia das profissões sofreram uma série de críticas quanto seu alcance e dimensão, tendo em vista as deficiências teóricas de suas definições, que se baseavam na especificação de traços e atributos das ocupações. Tais abordagens taxonômicas não dão conta das regressões e ainda criam uma dicotomia artificial e simbólica entre profissão e não profissão, tendo em vista a impossibilidade de aplicação dos critérios classificatórios (abstratos e teóricos) em situações concretas (MACHADO, 1995).

Outro aspecto a ser considerado é a crítica realizada ao conceito de profissão, em relação ao seu viés ideológico do ideal de serviços na perspectiva weberiana do tipo ideal e o erro de perspectiva ao entender a organização profissional como comunidade de interesses e âmbito de socialização não leva em conta o movimento de desprofissionalização (DURAND, 1975 apud MACHADO, 1996). O estudo de Donnangelo (1975) sobre a profissão médica assume o pensamento marxista como eixo privilegiado de análise do processo de trabalho, a partir do olhar interessado no mercado, prioriza as relações de trabalho e mantém a dicotomia entre capital e trabalho.

Sobre essa questão, a autora ao analisar o surgimento da medicina comunitária dos Estados Unidos nas décadas de 1950 e 1960, identifica a relação que houve entre o aparecimento deste campo de saber e prática, a expansão do mercado de trabalho médico, aumento do consumo e o controle sobre os modos de vida da população. Se de um lado esta análise é bastante substantiva, de outro ela perde potência ao não incluir no campo de estudo a ação dos sujeitos, sejam eles os



médicos ou usuários, na produção desta nova realidade. É como se tudo fosse determinado pela estrutura econômica apenas.

Dentre os critérios que discutem as profissões acima destacam-se: ausência da variável competição visto que as pessoas e as ocupações competem uma com as outras pelas recompensas na sociedade; sua a-historicidade; omissão de alguns elementos da profissionalização no que diz respeito a separar o que é genérico do que é essencial; conferir grande importância ao elevado ganho de prestígio e influência, a educação formal, a autonomia, o monopólio de tarefas, código de ética, entre outros, apontando para inconsistências desses atributos.

As contribuições ofertadas pela sociologia da profissão são importantes contudo, abordam apenas um dos muitos aspectos envolvidos na conformação de uma profissão. Outras apostas têm sido feitas por diversos de autores<sup>90</sup> que fazem uma reflexão crítica sobre o papel das instituições e as estratégias que utilizam para dominar, explorar e mistificar, sobre a potência do desejo e os processos de subjetivação, sobre as relações de poder, saber e verdade, com o objetivo de revitalizar os saberes menores, ou seja, torná-los capazes de oposição e de luta contra a coerção de um discurso, teórico, formal, científico e unitário.

*... os intelectuais descobriram recentemente é que as massas não necessitam deles para saber; elas sabem perfeitamente claramente, muito melhor do que eles; e elas o dizem muito bem. Mas existe um sistema de poder que barra, proíbe, invalida esse discurso e esse saber. Poder que não se encontra somente nas instâncias superiores de censura, mas que penetra muito profundamente muito sutilmente em toda trama da sociedade (FOUCAULT, 2006b, p.71).*

---

<sup>90</sup> Luz (1982, 1986, 2004); Foucault (2006a, 2006b 2007); Lorau (1975, 2004); Barembliitt (1998, 2002); Guattari (1987, 1990, 2005, 2006); Guattari e Rolnik (2005); Deleuze e Parnet (2004); Deleuze e Guattari (2004a, 2004b, 2007); Lunardi Filho, (2004); Santos e Faria (2008).

## DESENVOLVIMENTO

### CAPÍTULO 3

#### A PROCESSUALIDADE DE UMA VIAGEM: TRAÇADOS METODOLÓGICOS

*A construção do conhecimento se distingue de um progressivo domínio do campo de investigação e dos materiais que nele circulam. Trata-se, em certa medida, de obedecer às exigências da matéria e de se deixar atentamente guiar, acatando o ritmo e acompanhando a dinâmica do processo em questão. Nesta política cognitiva a matéria não é uma força cega nem mero suporte passivo de um movimento de produção por parte do pesquisador. Ela não se submete ao domínio, mas expõe veios que devem ser seguidos e oferece resistência à ação humana. Mais que domínio, o conhecimento surge como composição (KASTRUP, 2007, p.21.)*

A metodologia, deste estudo, foi construída de forma processual, uma vez que se tratou de investigar um processo de produção, e não representar um objeto. Embora não se tenha buscado definir um conjunto de regras abstratas para serem aplicadas na apreensão do objeto, sua construção envolveu o estabelecimento de algumas pistas que teve o objetivo de descrever, discutir e coletivizar a experiência do cartógrafo a partir do funcionamento dos fatores de afetivação que emergem durante o trabalho de campo.

As sucessivas aproximações ao objeto foram construídas pela ativação desses fatores que muito tem a ver com a atenção *flutuante, concentrada e aberta* e o *reconhecimento atento*, descritos por Virginia Kastrup (2007) a partir do pensamento de S. Freud e H. Bergson, cuja finalidade, em linhas gerais, consiste, respectivamente, em: desativar ou inibir a atenção seletiva que domina a função cognitiva e evitar o relaxamento passivo e a rigidez controlada do processo investigativo; cartografar um território desconhecido e a partir do seu esquadramento construir um conhecimento durante o processo de pesquisa.

A partir da possibilidade de ativação de um conjunto de condições pré-existentes, no campo empírico foi possível a emergência do território existencial auto-referencial que serviu de dispositivo para situar o ACS como sujeito em ação, atravessado por fluxos e linhas de toda natureza, desde os materiais, aos imateriais, maquínicos e virtuais, no plano em que se edifica a sua alteridade e se constrói a sua singularidade.

Nessas condições, foi possível não só pensar os métodos, as técnicas, os procedimentos e a estratégia de pesquisa que melhor se adequassem ao objeto, mas também, que fosse capaz de revelar as mutações ocorridas em sua subjetividade e as estratégias utilizadas para aumentar a sua potência de agir e produzir uma *subjetividade que enriqueça de modo contínuo sua relação com o mundo* (GUATTARI, 2006, p. 33).

A esse respeito, é mister destacar que a produção dos dados da pesquisa ocorreu desde a etapa inicial da pesquisa de campo, continuando em etapas posteriores, atravessando as análises subseqüentes dos dados e a elaboração textual e, continua ainda com a publicação dos resultados.

### **3.1. Análise de Implicação: a Difícil Opção de Começar Pelo Meio**

A elaboração da investigação acompanhou o processo de produção e de transformações de paisagens que foram sendo tecidas na subjetividade da pesquisadora, do estudo enquanto sujeito *epistêmico, interessado e implicado* (MERHY, 2004), a partir das representações que tem acerca de certos aspectos da realidade que pretende investigar. Teve como ponto de partida a gênese dos

territórios existenciais, teórico e social, nos quais se situa e determinam os conceitos e práticas norteadoras do campo de análise e intervenção.

Dentre eles, destaca-se para fins desta investigação o território do trabalho em saúde onde se legitima a existência dos trabalhadores de saúde, o território da produção do cuidado, a micropolítica do trabalho vivo em ato, o movimento da reforma sanitária e o território da educação com destaque para formação profissional. Cada uma destas institucionalidades participa da construção histórica, política, ética e social das diversas subjetividades que são constitutivas e a faz transitar no mundo de diferentes maneiras simultaneamente.

Na busca de contribuir com investigações em que a implicação do pesquisador aponta para existência de identidade, semelhança e reciprocidade ou ao contrário estranhamentos, incômodos e diferenças entre ele e seu objeto, Merhy (2004) nos oferta a seguinte tipologia: a) *sujeito epistêmico* é aquele pesquisador portador de teorias e métodos que lhe permite refletir e estudar certos objetos da ciência; b) *sujeito ideológico, também chamado de cultural* é um sujeito interessado que dá valor a certas coisas e a outras não, faz certas opções e outras não, tem certas concepções ideológicas e não outras; e c) *sujeito implicado*, aquele que é em um só tempo pesquisador e pesquisado, analista e o analisando e por estar tão implicado com a situação estudada, consciente e inconsciente, ao interrogar o sentido da mesma, interroga a si mesmo e à sua própria significação, enquanto sujeito de todo este processo.

De forma mais geral, duas grandes correntes do pensamento se interpõe e disputam na conformação dos processos de investigação. Temos, de um lado, os mais consagrados pela comunidade científica, reconhecidos e aceitos sem restrição

pelos seus pares, por se tratar de estudos que obedecem aos desenhos investigativos, em que existe uma nítida separação entre o sujeito do conhecimento e o objeto, bem como, a garantia de objetividade e da neutralidade na pesquisa. Apresentam como aposta que a validação do conhecimento produzido dar-se-á no campo de encontro entre sujeitos epistêmicos, com suas teorias e métodos.

De outro lado, existem aqueles que apesar de serem consagrados, ainda, não são tão hegemônicos como os anteriores e representam o conjunto dos estudos que reconhecem a íntima relação entre sujeito e objeto, criando métodos e técnicas de pesquisa que transformam essa *relação-contaminação* em componentes de procedimentos metodológicos.

Sob esse aspecto, sabe-se que muitos dos estudos realizados na saúde necessitam de abordagens que tomam emprestado o conhecimento produzido no campo das ciências históricas e sociais e as reflexões de Mario Testa (1997) e Michel Foucault (2006a) acerca da constitutividade dos sujeitos epistêmicos muito tem contribuído para este debate, ao revelar em suas análises, o quanto esses sujeitos são subsumidos pelas lógicas do poder, do saber, da ideologia e dos afetos, e, portanto, operam no mundo a partir da construção dos conhecimentos validados pelas comunidades as quais são afiliados. De modo diferente de Foucault que aponta outras possibilidades e estratégias relacionadas a estas questões; Testa acaba sendo capturado pelo pensamento hegemônico do saber científico em que o sujeito do conhecimento deve impor-se a conjunto de preceitos e dogmas instituídos por certa ciência.

Lorau ao discutir a nova concepção do papel do intelectual decorrente da ênfase posta na análise de implicação, traz a concepção de intelectual implicado

dizendo que o mesmo “*se define pela vontade subjetiva de analisar até o limite as implicações de seus pertencimentos e referenciais institucionais, bem como pelo reconhecimento do caráter objetivo deste conjunto de determinações*” (ALTOÉ, 2004, p.147). Para tanto, entrega-se aos efeitos dos analisadores do dispositivo de intervenção ao colocar no centro da investigação aquilo que alguns naturalistas consideram como um viés ou inconvenientes da investigação científica.

A análise de implicação constitui um constrangimento produzido pelo lugar que o intelectual ocupa na divisão do trabalho, da qual é um legitimador mais, ou menos consciente. “*Estar implicado (realizar ou aceitar a análise de minhas próprias implicações), é ao fim de tudo, admitir que sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar: fenômenos, acontecimentos, grupos, idéias, etc.*” (ALTOÉ, 2004, p.148)

O conceito de implicação foi incorporado nos anos 1960 na análise institucional como um dos elementos indispensáveis do seu projeto teórico, passando a incorporar “*os conceitos freudianos de transferência e contratransferência*<sup>91</sup> às situações coletivas, aumentando a sua abrangência”. (ALTOÉ, 2004, p.247)

A implicação são registros simbólicos que significa o mundo de forma singular para o sujeito e faz com que este opere em nível consciente ou não, na produção deste mundo, conforme estes registros. (ALTOÉ, 2004). Pretende problematizar e desmistificar a pretensa neutralidade analítica do cientificismo por entender que o observador já está implicado com o campo de observação e sua intervenção

---

<sup>91</sup> A transferência é um conjunto de processos repetitivos conscientes, pré-conscientes e inconscientes que se dão na subjetividade individual e coletiva. A esquizoanálise fazendo uma crítica a esse conceito considera o que se repete substancialmente é o diferente e nesse caso existiria uma transferência que não funciona como obstáculo ou resistência, mas como motor de transformações. A contratransferência seria a reação, consciente e inconsciente, que o material produz no analista (BAREMBLITT, 2002).

modifica o objeto de estudo, transformando-o. Através dela, a *análise institucional* subverte o tradicional 'corte epistemológico' e a 'perigosa neutralidade científica' do pesquisador (MARTÍN, 2004, p.168).

*A teoria da implicação conserva aspectos negativos, agressivos, voyeuristas (mexe na merda!) ou exibicionistas (accounts íntimos, ou muito íntimos, na técnica diarística, trate-se do diário de campo, do diário de pesquisa ou do diário institucional). Existe também o risco de delação. Enunciar não é denunciar, salvo quando nos desimplicamos, quando nos abstraímos da situação, assumindo uma postura objetivista clássica. Os limites da enunciação coletiva são conhecidos. O segredo existe como condição – imaginária ou real – de sobrevivência (ALTOÉ, 2004, p.240).*

Lourau (1975) faz uma crítica ao uso indevido deste conceito nos meios da formação profissional, da terapia, do trabalho social, onde “a palavra *implicação* tende, há alguns anos, a fazer concorrência a outras palavras da mesma nebulosa ideológica, tais como: *compromisso, participação, investimento e motivação*”. De acordo com o autor, este uso decorre de influências cristãs, existencialistas e psicologistas, que constituem juízo de valor “acerca de si mesmo ou dos demais, destinados a medir o nível de ativismo, o grau de identificação a uma tarefa ou a uma instituição”.

Não se pretende fazer julgamento sobre o conceito ou sua aplicação, mas expressar através da compreensão da *implicação* o grau de comprometimento do pesquisador com certos referenciais epistemológicos, simbólicos, culturais, que interferem de alguma forma nos registros e entendimento do objeto estudado, já que, não há separação entre sujeito-pesquisador e objeto, eles interagem e se afetam mutuamente nesta relação.

A implicação aparece como um “contágio” sobre a pesquisa em curso, um “extra-texto” que é produzido ao mesmo tempo em que o texto do próprio estudo é elaborado. Ficava até então como um texto oculto, que não se colocava em análise

nem para o pesquisador nem para seus interlocutores. O que Lourau propõe em relação à *implicação* do pesquisador é o seguinte:

*O empreendimento é de peso: trata-se de transformar o vergonhoso extra-texto em procedimento de trabalho, de transportá-lo para longe dos recônditos da introdução, das notas de pé de página ou de fim de capítulo, dos anexos e partes documentais etc. até atingir a página plena do texto – o que denomino, depois das pesquisas de Marc Guirard e de meu estudo sobre os diários secretos de Wittgenstein, escritura sinistra (AL TOÉ, 2004, p.251-252).*

O autor propõe reconhecer a ligação implícita da implicação com o texto ou ainda a sua existência como um texto oculto da pesquisa, revelá-lo para que ele seja analisado, contribui para melhorar a compreensão do estudo e os fenômenos que cercam a construção de uma pesquisa. Analisar a *implicação* significa evitar que seu “contágio” interfira nos resultados da pesquisa. O que se pretende é que se promova junto à análise do fenômeno estudado, a análise do próprio sujeito-pesquisador.

Ainda, conforme este autor a problemática de toda pesquisa científica advém do território social e teórico que a determina através dos conceitos constitutivos do seu campo de análise e das práticas fundantes do campo de intervenção. O problema é construído a partir de um tema por um pesquisador atravessado por suas implicações, que devem ser colocadas em análise o tempo todo. Assim sendo, essas implicações *co-determinam o que o pesquisador possa problematizar sua maneira de fazê-lo, em função da gênese social dessas mesmas implicações e da gênese teórica de seu campo de análise, determinando, assim, que campo de intervenção ele poderá, ou não, abordar (MARTÍN, 2004, p.171).*

Os desafios teórico-metodológicos requeridos por tal abordagem têm incorporado diversas contribuições e acompanhado as mudanças necessárias, que instrumentalizam o pesquisador a trabalhar com os processos de subjetivação que o



constituem tanto quanto ao objeto-sujeito de sua investigação. Conforme Paulon (2008) “*não se trata apenas da melhor forma de apreender sujeito e objeto, mas de como acompanhar processos de subjetivação que se objetificam e corporificam não necessariamente em sujeitos individuados*”.

### **3.1.1. Produção da implicação em ato: territórios existenciais e desterritorialização**

Vivenciar a angústia e o mal-estar do processo de desterritorialização, expresso pelo desmanche de mundos anteriores que se tornaram ultrapassados e davam sentido aos fantasmas de suas representações, possibilitaram a criação de novos territórios existenciais e a identificação dos fatores de afetivação que “teve de construir” para dar sentido a sua existência e serviram de estímulo para aguçar a sua sensibilidade aos afetos ocorridos no campo empírico, sobretudo sobre a micropolítica do processo de trabalho do ACS, permitindo-a localizar o ainda oculto (ROLNIK, 2006).

Iniciarei esta trajetória nômade<sup>92</sup>, procurando fazer uma contextualização do objeto de estudo e uma delimitação mais precisa do problema de investigação, tendo como ponto de partida as contribuições das discussões teóricas e orientações realizadas a partir dos encontros da linha de pesquisa da qual faço parte como aluna regular do doutorado. Se assim o faço é porque foi através desses encontros que fui

---

<sup>92</sup> Trajetória nômade significa uma viagem sem fronteira, em busca da constituição de novos mundos e devires. Significa movimentos de territorialização, desterritorialização e reterritorialização em busca de sentidos, movimentos de presença e ausência simultânea, afastamento e aproximações, num permanente dentro e fora, mas sempre deslizando entre. *As subjetividades dos nômades não dependem apenas de um território de que são apenas passantes, mas do grau de desterritorialização que conseguem inventar a partir dos encontros que lhes cabe viver* (PELBART, 2007).

afetada<sup>93</sup> e vivenciei em toda sua potência a tensão e ambigüidade dos movimentos das linhas do desejo, e dos seus efeitos expressos pela angústia presentes em suas faces: a ontológica ou medo de morrer, a existencial ou medo de fracassar e a psicológica ou de enlouquecer<sup>94</sup>.

Os efeitos provocados pelas linhas do desejo produziram na pesquisadora-praticante dois movimentos, a saber: o primeiro a deixou em estado de paralisia catatônica; o segundo a impulsionava a sair desta inércia e buscar caminhos através de trilhas vicinais que possibilitassem encontrar um território de ancoragem para os sentimentos confusos, disformes e contraditórios que brotavam feito borbotões de suas idéias, ainda perenes e precoces, buscando entender o que se passava e alçar vôos para além das representações, do dito, do prescrito e do apreendido na superfície do campo.

Meu plano de tese foi elaborado anteriormente à entrada de campo, nele foi feito a contextualização do objeto, delimitação do problema, seus pressupostos, objetivos e foram construídos os referenciais teóricos que dariam sustentação ao objeto, bem como as fontes de informações e os procedimentos de coleta e análise dos dados. A entrada em campo foi pensada tendo em vista a realização de três fases seqüenciais, as quais foram realizadas a fase exploratória da pesquisa, e o início da fase de coleta de dados. Em um primeiro momento foi feita revisão de literatura, pesquisa documental e o roteiro do grupo focal. A segunda etapa

---

<sup>93</sup> São as modificações que ocorrem nos corpos expressos por imagens/idéias das representações das coisas e seus efeitos sobre o corpo e espírito. Implica uma alteridade. Afetos/sentimentos é uma afecção do corpo pelas quais as potências de agir é aumentada ou diminuída, favorecida ou impedida (DELEUZE, 2002).

<sup>94</sup> A linha de simulação do desejo possui dupla face parte dos movimentos de territorialização para o de desterritorializa ou seu inverso; A última face possui uma ambigüidade congênita que provoca desabamentos de mundos e seus efeitos em termos subjetivos são por nós traduzidos, de um lado, como sensação de estranhamento, perda de sentido e angústia, instalação da crise, e, por outro lado, como também sensação de familiaridade e de alívio, onde o território ganha credibilidade, faz sentido para nós (ROLNIK, 2006).

destinou-se a preparação e realização do grupo focal que após ter sido gravado (áudio e vídeo) foi transcrito e feita a análise preliminar, a qual foi apresentada no segundo semestre de 2006.

Nessa apresentação, foram abordados alguns aspectos relacionados à implicação epistemológica da pesquisadora com o método anterior, que dificultava a passagem e composição de novos afetos, que iam se formando e davam sentido as intensidades presentes nos diversos encontros que pululavam no campo empírico, mostrando que a construção *a priori* de teorias e métodos para aquele objeto não estava dando conta da riqueza das informações presente no campo. A composição das relações de movimento e repouso e de velocidade e lentidão dos corpos, em sua potência de afetar e de ser afetado conformam um plano de imanência no qual aparecia com toda pujança, os novos agenciamentos e atravessamentos que iam acontecendo na concretude da micropolítica do processo de trabalho do ACS.

Esses movimentos foram tecidos *pari passu* às transformações ocorridas nas paisagens presentes no campo de estudo, como faíscas enlouquecidas buscavam procedimentos e técnicas capazes de acolher esses novos afetos, possibilitando sua travessia e composição em um novo plano de consistência. Foi somente a partir dessas transformações que pude entender e, sobretudo saber que teria de inventá-los, porque ao serem *abstraídos de determinados contextos*, tornavam-se *meros rituais esvaziados de sentido* (ROLNIK, 2006, p.67) e significado. Aqui o que importa, independentemente, do contexto a ser assumido é que se conserve o mesmo princípio, a mesma regra, e o mesmo roteiro de indagações de qualquer cartógrafo, levando em consideração as singularidades e especificidades de cada caso.

A partir de então se instala a angústia e a crise que dela advém: como suportar esse desencantamento que está nos constituindo, com a sua perda de sentido; como suportar a desilusão, a tristeza, de modo a liberar os novos afetos para investirem em outras matérias de expressões, permitindo a criação de novas máscaras, novos sentidos. Ou ainda, o quanto esse processo está sendo impedido por não podê-lo suportar. No entanto, o pior disso tudo será descobrir que “*atrás das máscaras não existe rosto algum apenas a necessidade de criar novas máscaras*” (ROLNIK, 2006, p.54).

Se considerarmos que ninguém *a priori* sabe dos afetos de que é capaz, porque isto envolve uma longa história de experimentações, de aproximações sucessivas, de uma cautelosa prudência, uma sabedoria Espinosista que implicaria a construção de um plano de consistência ou de imanência (DELEUZE, 2002, p.130). A esse respeito, Espinosa, também, questiona-nos acerca dos corpos, suas relações e as regras, conforme as quais essas relações se compõem e se decompõem, dizendo que nada disso sabemos na ordem de nosso conhecimento e da nossa consciência. Então, como podemos estabelecer algo *a priori* se o que conhecemos nos condena a ter apenas *idéias inadequadas*, confusas, mutiladas e imparciais das coisas, efeitos distintos de suas próprias causas.

Ainda refletindo sobre os afetos, este mesmo autor nos fala sobre as relações com o nosso corpo e nossa alma e dos outros corpos, e das idéias sob suas próprias relações, e acerca do que sabemos de todas essas relações e de suas composições e decomposições, considera que nada disso sabemos.

Quando falamos em implicação, normalmente, associamos está idéia com o estabelecimento de uma relação valorativa que expressa envolvimento, *motivação*

ou comprometimento (ALTOÉ, 2004, p.246). Contudo, no âmbito do invisível, do sensível e do inconsciente essa idéia pode traçar uma linha de segmentaridade molar, dura, estruturada, que te aprisiona em um determinado território e você passa a atuar no mundo a partir desse lugar. Ou seja, quando, por algum estímulo, você desterritorializa, o lugar que você estava situado perde a credibilidade e legitimidade, deixando de dar sentido a sua existência, e com isso, instala-se o mal-estar e a crise. Desse processo, participa todos os seus registros conscientes e inconscientes.

Essa especificidade do processo de desterritorialização faz com que apresente uma espécie de ambigüidade congênita, podendo ocorrer processos de territorialização e reterritorialização. Dito de outra maneira, os movimentos traçados por esta linha podem não se completar retornando ao lugar de origem, o antigo território existencial, ainda mais dessubjetivada ou levar a uma negociação interior acompanhada pela construção de um novo território onde a pessoa passa a se localizar. Os movimentos de territorialização (construção de território) e desterritorialização (operação da linha de fuga) são processos indissociáveis, se relacionam um perpassa o outro.

A implicação tem vários níveis de análise<sup>95</sup>, conforme tipologia desenvolvida por Lorau. Aqui, iremos utilizar o conceito de implicação institucional que se refere ao *“conjunto de relações existentes, consciente ou não, entre o ator e o sistema institucional e a paradigmática que é aquela “mediatizada pelo saber e pelo não-saber sobre o que é possível e sobre o que não é possível fazer ou pensar”*. Ainda conforme esse autor *“A segmentaridade e a transversalidade atuam de maneira a*

---

<sup>95</sup> A partir desses níveis Lorau, inspirado em Lefebvre, desenvolve a seguinte tipologia: implicação institucional, paradigmática, prática, sintagmática e simbólica. Posteriormente, desenvolve outra que sintetiza a primeira, a saber: as primárias com três níveis e as secundárias com dois (LORAU, 1975).

*especificar e modificar as implicações de cada um, ao passo que a ideologia se esforça por unificá-los” (LORAU, 1975, p.273; ALTOÉ, 2004, p.255).*

Posteriormente, desenvolve outra tipologia, também utilizada neste estudo, conhecida como implicação primária e secundária que abordam respectivamente as implicações do pesquisador-praticante com o objeto de estudo e as implicações epistemológicas relacionadas aos aspectos sociais, históricas e de modelos utilizados (ALTOÉ, 2004).

A questão da implicação epistemológica da autora do estudo, a qual foi feita alusão, nasce dos questionamentos que faz de si mesma enquanto sujeito que se investiga e ao mesmo tempo está sendo investigada. Conforme Merhy (2004, p.31) existem estudos em que o pesquisador está *tão implicado com a situação, que ao interrogar o sentido das situações em foco, interroga a si mesmo e à sua própria significação enquanto sujeito de todos estes processos.*

Sendo esse um processo de difícil maturação e aceitação, mas de certa forma necessário, porque mesmo sem saber, ela sabe que terá de compor outras matérias de expressões que dê conta de acompanhar as modificações ocorridas nas paisagens desses encontros e que vão (re)atualizando o objeto de estudo através de agenciamentos que compõem sua prática afetiva, seus amores, suas aventuras, seus riscos e tramas, suas paixões alegres e tristes, apostando na abundância de materiais que são fabricados no campo empírico e que poderão ser utilizados como campo magnético para expansão da vida que pulsa na multiplicidade dos encontros que se dão no cotidiano do processo de trabalho do ACS e que poderão estar agenciando encontros cuidadores em defesa da vida.

Em relação a todos estes aspectos Rolnik (2006, p.55) nos lembra que “*cada um de nós passamos pelas mais variadas micropolíticas e, em cada uma delas, muda nossa maneira de pensar, sentir, perceber, agir – muda tudo*” como ocorreu no processo de busca de entendimento acerca do objeto de investigação, o qual teve de adotar outros planos de compreensão e de interação os quais pudessem me apoiar, para analisar a realidade que se colocava pedindo um outro referencial teórico e outras dimensões de análises.

Dá-se, assim, o início dessa travessia tensa e incerta, não sei ao certo se é início, meio, fim ou recomeços, remete a necessidade de revisitar a contextualização do objeto de investigação, buscando situá-lo, justificando sua importância e relevância assim como delimitar melhor as novas questões ou quem sabe atualizá-las, utilizando para tanto a ajuda do fator de afetivação para questionar o sentido desses encontros apreendendo a singularidade dos mesmos através do olhar sensível do corpo.

O *fator de a(fe)tivação*<sup>96</sup> funcionou aqui como um estímulo que aguça a sensibilidade a latitude<sup>97</sup> do ambiente, permitindo localizar e *habitar o ilocalizável* (ROLNIK, 2006), ou seja, elementos que impactam a sensibilidade do sujeito, produzindo subjetivações, expressas pela necessidade de ressignificar antigos modos de pensar, sentir e agir e sobretudo entender as novas dimensões que passam a compor a realidade na qual passa a transitar.

---

<sup>96</sup> Pode ser um filme, uma música, um poema, um mal-estar, uma angústia, um leitura acerca de dados coletados em pesquisa, uma implicação epistemológica com determinados métodos enfim, algo que toque a sua sensibilidade e aprofunde o seu olhar, abrindo o macro olho para o ilocalizável, do território sensível e invisível do corpo.

<sup>97</sup> Refere-se ao conjunto de afetos que preenche os corpos a cada momento, aos estados intensivos de uma força *anônima* (força de existir, potência de afetar e de ser afetado dos corpos), onde ocorre a dinâmica das ondas e vibrações dos afetos. Ou seja, o poder de um corpo de afetar e ser afetado definirá a sua individualidade representando um movimento dinâmico (ROLNIK, 2006; DELEUZE, 2002).

### 3.2. A Singularidade da Construção de uma Estratégia de Pesquisa: Produzindo Sentido

*Encontrar é descobrir, capturar, roubar. Mas não há método para descobrir, apenas uma longa preparação. Roubar é o contrário de plagiar, de copiar, de imitar ou de fazer como. A captura é sempre uma dupla-captura, o roubo, um duplo-roubo. É assim que se cria, não algo de mútuo, mas um bloco assimétrico, uma evolução a-paralela, núpcias, sempre "fora" e "entre"(DELEUZE e PARNET, 2004, p.17).*

A metodologia representa o esforço intelectual de sistematizar um conjunto de teorias, métodos e procedimentos, estabelecidos geralmente *a priori*, que norteiam o ato de pesquisar. Enquanto modos de assumir determinada postura e atitude permitirão uma articulação entre um conjunto de axiomas e métodos que possibilitam à luz do material empírico, em um determinado contexto e recorte de tempo, o estabelecimento de evidências que podem contribuir com a apreensão e a busca de sentido do objeto de estudo.

Por outro lado, existem pesquisas em que a construção teórico-metodológica se dá *pari passu* as transformações ocorridas nas paisagens do campo de estudo e que servem de pistas e indícios para o agenciamento das *matérias de expressão* que darão sustentação ao objeto de estudo possibilitando a sua produção através de *fluxos de intensidade* que revelam o seu sentido

Deleuze (2002), citando Espinosa, chama atenção para necessidade existente de definir a priori os afetos que participam da composição de uma dada realidade alertando para impossibilidade de se saber de antemão *os afetos de que é capaz*. Considera que, *isto envolve longa e sucessivas experimentações e aproximações, uma cautelosa prudência, uma sabedoria Espinonista*, onde sobre isso tudo nada sabemos, visto que, a experiência imediata nos concede, apenas, os efeitos dos fatos mais visíveis.



Espinosa nos oferta uma maneira diferente de pensar um corpo em sua individualidade e o define de duas maneiras simultâneas e intrínsecas tendo como base, as seguintes proposições: A primeira, a proposição cinética nos diz que um corpo se define pelas relações de movimento e repouso, de velocidade e lentidão entre suas partículas. Ele não é definido por sua forma ou função. A forma global, a específica, as funções orgânicas dependerão das relações de velocidade e lentidão, do estado extensivo de velocidades diferenciais. Essa relação complexa entre velocidades diferenciais, entre abrandamento e aceleração de partículas é conhecida, como longitude de um corpo.

A proposição dinâmica nos remete ao poder que tem os corpos (ou a alma) de afetar e serem afetados. Um corpo não é definido por sua forma, nem por seus órgãos ou funções, mas por aquilo que podem, pelos afetos dos quais são capazes, tanto na paixão quanto na ação; tampouco são pensados como uma substância ou um sujeito; mas, como modos, aqui entendido como uma relação complexa de velocidades diferenciais, no corpo; mas também, no pensamento, e refere-se ao poder de afetar e ser afetado. Ademais, compõe o conjunto de afetos que preenche um corpo a cada momento, o estado intensivo de uma força anônima, a força de existir. Se definirmos um animal ou um homem pela capacidade de seus afetos, muita coisa muda

Para pensar essa investigação optou-se por utilizar o método sintético de Espinosa, por entender que, a procura da origem, em vez de um condicionamento, seja uma razão suficiente que nos faça, também, conhecer outras coisas e estabelecer outras relações e conexões entre os corpos. A síntese realiza desde o início um processo analítico intenso para alcançar o princípio da ordem sintética, que

parte da busca de uma hipótese/pressuposto, para ir em direção ao princípio não-hipotético de onde derivam todas as conseqüências e condições (DELEUZE, 2002).

Nesse sentido, podemos dizer que, muitos objetos de investigação ao serem abstraídos de determinados contextos, tornam-se meros rituais esvaziados de sentido, sendo necessária a invenção de outros referenciais teóricos e metodológicos que dêem conta de sua (re)atualização, visto tratar-se de investigar um processo de produção, e, não de representação de um objeto; mas, de criar e revelar sentido para o mesmo.

A realização desse deslocamento metodológico sugere o desvio da leitura do problema que tem por referência uma oposição binária e maniqueísta ou uma contradição inerente ao próprio objeto, entre o certo e o errado, *o bem e o mal*, ou o verdadeiro e o falso. Com isso, não se pretende apontar os outros métodos como ineficazes ou eficientes, ou, ainda, fazer qualquer outro tipo de valoração, mas apenas, afirmar que a transposição de um conjunto de regras abstratas para determinados contextos e recortes que não os convém, diminui a sua potência de agir, tornando-os obsoletos e enrijecidos.

O caminho da metodologia foi pensado como linhas de fluxos de intensidades que se interconectam, se sobrepõem e se entrecruzam e não cessam de passar e vazar, deslizando entre e situando-se no meio onde ocorrem os movimentos de territorialização, de desterritorialização e de reterritorialização no encontro dos corpos.

Este trabalho se insere no campo da investigação qualitativa onde estão em produção trabalhadores e usuários com seus sentidos, significados, sonhos,

desejos, crenças, valores e atitudes em constantes processos de singularização (GUATARRI; ROLNIK, 2005). Foi no sentido de capturar as inter-subjetividades presentes nos movimentos que foram sendo traçados pelo ACS, no cotidiano do seu processo de trabalho, que se utilizou como substrato o método cartográfico, por reconhecer a realidade como um mapa em aberto (ROLNIK, 2006) que se processa em redes rizomáticas, a partir dos fluxos-conectivos que operam entre os sujeitos na micropolítica do trabalho em saúde. A escolha dessa estratégia justifica-se por buscar na leitura do processo de trabalho do ACS, a produção de sentido, as relações inter-subjetivas, os afetos, os desejos no cotidiano de produção do cuidado.

Ademais, esse tipo de estratégia é normalmente utilizada nas pesquisas em que se busca a produção de sentidos, à medida que outros sentidos vão sendo produzidos, dinamicamente, neste mesmo processo. É como acontece em um efeito *pororoca*, (ABRAHÃO, 2004) em um vai e vem de produção de sentidos, mundos produzidos anteriormente se desestabilizam perdendo o sentido; novos mundos são produzidos, ganham sentido; e outros, ainda, que tinham perdido o sentido, criam novas conexões em um outro platô.

A compreensão do que é a cartografia vem de Rolnik (2006) que sugere ao pesquisador dar "língua aos afetos", pois é, através deles, que se processam a formação de novas subjetividades, capazes de fazer com que os sujeitos produzam determinadas formas de agir sobre a realidade, configurando-a conforme seus próprios sentidos. A mesma é considerada um antimétodo, por referir-se, basicamente, a processos de produção da realidade que questiona os sentidos dos movimentos instituídos e expressa as virtualidades e as singularidades (PASSOS; BARROS, 2000). Sua prática não está vinculada a um conjunto de regras e métodos

a serem aplicadas *a priori* a um objeto; mas, nos oferta pistas e indícios que nos ajuda a mergulhar e refletir acerca da experiência do cartógrafo e os infinitos fluxos que atravessam a sua caminhada.

Corroborando com essa idéia Deleuze (apud Kastrup 2002, p.7) nos oferta a seguinte contribuição:

*A cartografia não é um método que vise apresentar uma análise exaustiva ou totalizante, mas busca circunscrever um plano coletivo de sentido, sistemas de signos que não desenham uma identidade, mas ao contrario, permitem detectar os elementos de processualidade do território em questão.*

É isto, que se pretende buscar, os territórios sobre os quais o ACS transita ao produzir o cuidado, revelar seu processo de trabalho, dentro dos sentidos que lhe dá, e com base nas vivências cotidianas, nos encontros e por conseqüência, a produção de si mesmo como sujeito do trabalho em saúde.

Dessa forma o ato de cartografar permite em um único movimento a invenção de mundos e de sujeitos, uma vez que, ao interrogar o sentido dos territórios existenciais que habitam, seus limites, possibilidades e adjacências, revela suas fissuras, as perdas de sentido, as crises e possibilita novas composições e conexões de fluxos de intensidade que operam o seu plano de alteridade e criação. Trata-se sempre de um método *ad hoc* (FONSECA; KIRST, 2004. p.15).

Foi pensando nesse movimento e na possibilidade de interrogar as condições fundantes e o sentido do processo de trabalho do ACS que se buscou acompanhar os territórios existenciais que transita para operar o cuidado e nesse processo de produção, cria e, produz mundo e a si mesmo, como sujeito do trabalho, cuidando de si e do outro. Trilhar as redes e os fluxos traçados pelos sujeitos em ação para produzir o cuidado, em relações intercessoras no núcleo cuidador, serviu como

dispositivo analisador da micropolítica do trabalho vivo em ato, por revelar às disputas, os ruídos, as micro-fissuras e os processos de capturas presente nesse território.

Tal modo de interrogar o sentido das intervenções tecnológicas e assistenciais pensadas para atuarem sobre o objeto de trabalho, nesse espaço interseção e de atuação, coloca os profissionais frente à necessidade de revisar os conteúdos e a direcionalidade dos atuais modos do seu saber-fazer, para que possam dar conta de outras dimensões do cuidado que clamam por respostas mais solidárias. Advoga-se que a maioria dessas respostas estão inscritas em núcleos de saberes menos estruturados, como, por exemplo, na dimensão do núcleo cuidador e esperam a produção de atitudes, ações e atividades que respondam pela produção de um cuidado que cuide e se compromete de fato com a vida do outro.

Caberia acrescentar, ainda, que a cartografia é uma metodologia processual, que exige a paradoxal tarefa de começar pelo meio e deslizar entre. É como transitar num dentro e fora nos territórios da percepção e da sensação, dos encantos, encontros e desencontros, dos afetos e das paixões acompanhando os movimentos, as coreografias e as tramas dos corpos em seu poder de afetar e serem afetados.

*(...) é pela velocidade e lentidão que a gente desliza entre as coisas, que a gente se conjuga com outra coisa: a gente nunca começa, nunca se recomeça tudo novamente, a gente desliza por entre, se introduz no meio, abraça-se ou se impõe ritmos." (DELEUZE, 2002, p.128).*

Como método de pesquisa, a cartografia provoca, ao mesmo tempo, análise e intervenção, pois afeta os próprios sujeitos da pesquisa e, nesse sentido, provoca mudanças na constituição subjetiva dos mesmos e, por conseqüência, na sua percepção e atuação sobre a realidade (FERREIRA; FRANCO, 2008). Ou seja, significa acompanhar as estratégias de formação do desejo em qualquer fenômeno

da existência humana devorando tudo que servir de matérias de expressão e dê sentido às composições e intensidades que acontecem nesses encontros criando pontes para sua travessia, visto que “todas as entradas são boas desde que as saídas sejam múltiplas” (ROLNIK, 2006).

Para Franco et al. (2008, p.2) na cartografia está presente três elementos conceituais fundantes de sua constitutividade e imanentes entre si, isto é: a tese do rizoma, a teoria do desejo e do trabalho vivo em ato.

*... são constitutivos do método, ou, fundamentalmente compõem a cartografia, e lhe dá uma identidade conceitual. Os elementos em discussão são: a tese do **Rizoma** como fluxos de intensidades, em conexões, a produzirem a realidade social (Deleuze; Guattari, 1995), o que parece ser o conceito fundante da idéia geral de cartografia; o **Desejo** como força propulsora da ação dos sujeitos, significando a produção subjetiva do socius conforme propõem Deleuze e Guattari em O Anti-édipo (1972); e por fim a teoria do **Trabalho Vivo em Ato** de Emerson Merhy (1997, 2002) como o eixo de tensão que produz as linhas cartográficas. Esses três conceitos, na cartografia que se pretende produzir, são imanentes entre si e tão somente assim os concebemos.*

A proposta do método cartográfico de pesquisa na saúde coletiva conforme Franco et al. (2008) tem por base:

1. A compreensão do fenômeno de produção subjetiva do trabalho, do cuidado e dos modelos tecnoassistenciais. Considera o pressuposto segundo o qual, o processo de trabalho se forma com base nos saberes, instrumentos e relações (MERHY, 1997a), permeados por uma intencionalidade dos trabalhadores, pautada em uma ética do cuidado que é singular a cada um.

2. A necessidade de compreender o afetamento nas relações de trabalho, como expressão subjetiva de produção do cuidado. Parte-se do pressuposto de que o trabalho em saúde é sempre em redes (FRANCO, 2006b) e por isto requer uma

alta densidade de afetos circulantes nas relações intersubjetivas, no processo de trabalho.

3. A busca de uma análise complexa do modo de produção do cuidado, considera além das dimensões organizacionais, políticas e de estrutura do processo de trabalho, a singularidade presente na sua construção cotidiana.

Cartografar não implica em sistematizar, em organizar, e nem tampouco assumir uma atitude neutra por parte do sujeito-cartógrafo (FONSECA; KIRST, 2004), mas acompanhar os espaços de ruptura e propagação, deslocando-se das estruturas molares e invadindo o mundo das sensações, abrindo o corpo aos afetos, sons, vozes e imagens do mundo desconhecido e não vivenciado. Mas, de investigar um processo de produção sem estabelecer um caminho linear para atingir um fim, visto que os movimentos criam velocidades diferentes e os afetos traçam mapas sempre abertos a diferentes tipos, natureza e conexões.

Anteriormente, foi dito que a cartografia fornece pistas, revela ruídos e/ou um estado de afecção<sup>98</sup>, que atravessa o cartógrafo durante o processo de investigação. Esses estímulos emergem do processo de investigação como um todo, pois outros corpos já nos afetaram e também no trabalho de campo, em que serão articulados conhecimentos anteriores a outros conhecimentos criadores de sentido para sua aplicação no contexto do estudo.

---

<sup>98</sup> As afecções (*affectio*) remetem a estado do corpo afetado e implica a presença do corpo afetante, idéias e imagens. Das afecções decorrem sempre afetos. Quando compõe com uma idéia adequada que envolve indiretamente no estado deixam de ser paixão, pois exprime uma idéia interna ou uma auto-afecção que marca a convivência interior de nossa essência e das outras e os afetos daí originadas serão eles mesmo ação. Os afetos representam uma transição de um estado a outro, é transitivo; são afecções do corpo através das quais a potência de agir é aumentada ou diminuída, favorecida ou impedida. Ou seja, são variações e durações contínuas de perfeição, são mudanças que ocorrem com determinada frequência e duração através das experiências vivenciadas durante a vida e conforme as quais passamos para um estado de perfeição maior ou menor (DELEUZE, 2002).

Destaca-se, na construção do conhecimento<sup>99</sup> de um método desta natureza (cartografia), a existência de um tipo funcionamento de *atenção* imanente aos estímulos que aguçam a sensibilidade do pesquisador ao ambiente, físico, social, maquínico, semióticos, perceptivos, entre outros, buscando localizar, habitar e esquadrihar o ilocalizável, o ainda não habitado, conhecido como *fator de efetivação*. A formulação *paradoxal de uma produção de dados visa ressaltar a existência de uma real produção*, que de certa forma, já existiam virtualmente (KASTRUP, 2007, p.15).

Através do recurso a esses conceitos, incluindo os de base cognitiva numa perspectiva construtivista foi analisada a produção de dados da pesquisa tendo como orientação alguns marcadores que foram identificados a partir da ativação desses fatores. Desse modo, faremos uma breve abordagem do conceito de atenção e da sua tipificação: o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento. A atenção, conforme à referida autora pode ser comparada a um músculo em exercício e sua abertura precisa ser sempre reativada, sem jamais está garantida a fim de evitar tanto o relaxamento passivo como a rigidez controlada.

A partir dessa abordagem da atenção foi definido, segundo Kastrup (2007) quatro variedades do funcionamento: a) pouso é momento da exploração assistemática do território, com movimentos mais ou menos aleatórios, um ir e vir, sem preocupação com as redundâncias; b) toque é uma rápida sensação imperceptível, um estímulo que desencadeia o processo de seleção, os elementos observados antes homogêneos começam a se diferenciar e sobressair. Pode levar

---

<sup>99</sup> Refere-se aos pensamentos de Freud acerca da atenção flutuante, no capítulo do livro "Obras Completas de Sigmund Freud, 1996 (original, 1912) referente ao capítulo Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise; H. Bergson na obra *Matéria e memória*, 1990<sup>º</sup> (original 1897); no campo das ciências cognitivas numa perspectiva construtivista e em Deleuze, 2006, no *Abécédaire* (KASTRUP, 2004).



tempo para acontecer e podem ter diferentes graus de intensidades; c) gesto ocorre uma parada da percepção e o campo se fecha, um novo território se forma com reconfiguração do campo de observação. A atenção muda de escala ou janela atencional, a qual serve de referência aos problemas dos limites e das fronteiras da mobilidade da atenção; e, d) reconhecimento atento há uma recondução ao objeto para destacar seus contornos singulares. É a revelação da construção da percepção através do acionamento dos circuitos e da expansão da cognição, em que ela se amplia, flutua, sobrevoa, faz conexões, percorre fluxos de intensidades desliza, muda de plano produzindo dados que, enfim já estava lá, virtualmente dado.

A atenção assume diferentes funcionamentos e combinações<sup>100</sup>, ganhando concretude nas configurações das diferentes políticas cognitivas, expressas como uma atitude não consciente que se estabelece com o conhecimento, com o mundo e consigo mesmo (KASTRUP, 2007) reportando-nos ao cuidado de se discutido anteriormente. Sua função não se refere somente a uma seleção de informações, mas se faz através da detecção de signos e de forças e fluxos de intensidades circulantes. A apreensão e identificação de material inicialmente desconectada e fragmentada das cenas do vivido, e do observado e dos discursos parecem não fazer sentido, requerendo para Deleuze (2006), uma concentração desfocalizada, a qual chama de *atenção à espreita*.

O que se quer ressaltar diz respeito à atenção cartográfica sofrer processos de capturas pela atenção seletiva que tentar impor a sua supremacia. Como o ato de cartografar tem a ver com a atenção à espreita flutuante, concentrada e aberta, em certos aspectos opera outras conexões não recobertas pela função seletiva.

---

<sup>100</sup> Atenção seletiva ou flutuante; focada ou desfocada; concentrada ou dispersa; voluntária ou involuntária e ainda seleção voluntária, flutuação involuntária, concentrada desfocada entre outras (KASTRUP, 2007).

Em relação à política cognitiva existem duas perspectivas de abordagens: o primeiro se refere à *política cognitiva realista* em que as informações presentes no mundo são fornecidas como se estivessem prontas e bastasse a aplicação de um conjunto de teorias e técnicas para apreendê-las e tem a ver com a relação de objetividade entre sujeito-objeto; o segundo com o qual comungamos, toma o real social como uma invenção como engendrado conjuntamente com o agente do conhecimento, uma *política construtivista*. Essas duas categorias não representam apenas posições epistemológicas abstratas, mas constituem opções investigativas diversas, reveladas pelas diferentes atitudes atencionais (KASTRUP, 2007).

Vale ressaltar que a atenção produz mutações que modificam a própria estrutura da intencionalidade, contribuindo para atenção do cartógrafo (VERMERSCH, 2002 apud KASTRUP, 2007); o conceito de suspensão como uma atitude de abandono, ainda que temporário, da atitude recognitiva pode, também, trazer algumas contribuições quando sob suspensão a atenção é concentração sem focalização, aberta para o acolhimento inesperado, desdobrando-se na qualidade de encontro e de acolhimento (KASTRUP, 2007).

O processo de seleção do material exige uma atenção que a deixe em suspense onde se deve “prestar igual atenção a tudo”, quer dizer, está aberta, sem focalização específica a fim de captar não apenas os elementos que formam um texto coerente, mas também o material desconexo, fragmentário e sem sentido. A atenção flutuante não perceptível ao olhar da retina ao ser ativada faz emergir aspecto da realidade até então ilocalizável e o seu caráter caótico, muitas vezes, mesmo sem ser compreendido traz um certo incomodo que passa a acompanhar o

cartógrafo como um fantasma, até que possa vir a compor de alguma forma com ele, dando-lhe sentido.

Refletir acerca da cartografia, no âmbito da pesquisa qualitativa, sobretudo no campo da saúde, suscita algumas questões e considerações sobre o sujeito pesquisador, o cartógrafo. As considerações feitas, a seguir acerca do cartógrafo buscaram apoio no livro “Cartografia Sentimental” de Suely Rolnik (2006) que faz uma lista de afetos desse personagem levando em consideração seu princípio *extramoral* relacionado à capacidade de afeto, ou seja, seus limiares máximo e mínimo. Sua prática está, intrinsecamente, relacionada às estratégias das formações do desejo no campo social.

O pesquisador cartógrafo é considerado um viajante nômade que utiliza o ato de pesquisar essencialmente para acompanhar os movimentos de produção do desejo, pouco importando onde e como ocorra. Seus referenciais teóricos e conceituais podem surgir, em qualquer lugar, e se referir as mais diversas situações presente no campo social. Ele não revela sentidos, os cria; é através de seu corpo e do uso molecular de seu olho que capta o estado e clima das coisas e, para eles, cria sentido.

A teoria para ele é, sempre, uma cartografia e vai sendo tecida, juntamente, com as paisagens cuja formação acompanha, portanto absorve matéria de qualquer procedência não tendo o menor preconceito *de frequência, estilo ou linguagem*. Serve-se das mais variadas fontes, convencionais ou não, é um verdadeiro antropófago, está sempre buscando alimentos para compor suas cartografias. Seu critério de escolha é fazer composições que favoreçam às intensidades que percorrem o seu corpo no encontro com outros corpos que pretende entender. O

que quer é mergulhar na geografia dos afetos e inventar pontes de linguagem que sirva de veículo para criação de novos mundos e novas formas de história.

*“Não creio que um sistema de conceitos possa funcionar convenientemente fora de seu meio de origem, fora dos agenciamentos coletivos de enunciação que o produziram (GUATTARI, 1987, p.173).*

A questão do problema, para ele não é o do falso ou verdadeiro, nem do teórico e do empírico; mas, sim, de que seja vitalizante ou destrutivo, ativo ou reativo. O que quer é participar, embarcar na constituição de territórios existenciais e da realidade. Ele aceita a vida e se entrega de corpo e língua. Quanto aos seus procedimentos não os constroem a priori porque sabe que terá de inventá-los em função da especificidade de seu objeto e do que pede o contexto em que se encontra.

Seu perfil é traçado, tendo por base um tipo de sensibilidade que faz prevalecer em seu trabalho. Busca estar, sempre, junto às adjacências das mutações das cartografias, posição que lhe permite acolher o caráter finito ilimitado do processo de produção do desejo/realidade. Para tanto, utiliza de *composto híbrido*, feito de seu olho molar e do molecular, pois quer apreender a tensão, fecunda entre fluxo e representação: fluxos de intensidades escapando do plano de organização de territórios, desorientando suas cartografias, desestabilizando suas representações, estancando o fluxo, canalizando as intensidades, dando-lhes sentido.

O desafio permanente é o próprio motor de criação de sentido possibilitando a coexistência vigilante entre macro e micropolítica, dispares; mas, complementares e indissociáveis na produção da realidade psicossocial. O critério do cartógrafo é o grau de abertura para vida que cada um se permite a cada momento. Seu princípio é

*extramoral, é um antiprincípio.* O que interessa é o quanto a vida está encontrando línguas para se efetuar. Seu critério e princípio são vitais e não morais.

Tem como regra um limite, o quanto se suporta, a cada momento, *a intimidade com o finito ilimitado.* Ou seja, existe um limite de tolerância para a desorientação e a reorientação dos afetos, um limiar de desterritorialização. Trata-se de avaliar o quanto se suporta, em cada situação o desencantamento, de modo a liberar os afetos recém-surgidos para investirem outras matérias de expressões, permitindo que se criem novas máscaras, novos sentidos. Ou, ao contrário, o quanto esse processo – por não se suportar – está sendo impedido, ou produzindo morte.

O caráter político da prática do cartógrafo nada tem a ver com o poder, no sentido de relações de soberania e de dominação, pois esse é da alçada da macropolítica com sua lógica de totalidade, oposição, contradição e identidade. Tem a ver com o poder em sua dimensão de técnicas de subjetivação, que diz respeito à micropolítica e é fundamental para produção e reprodução do regime em curso.

Tendo o cartógrafo como propósito, a recomposição dos afetos que perdem sentido e pedem passagem, dele se espera um entendimento das intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens/máscaras que encontra, devore aquelas que permitam a composição das cartografias das quais vai precisar. Longe de buscar leis universais e totalizantes é movido pela escuta qualificada daquilo que ainda nunca foi visto e nem dito

Fonseca e Kirst (2004, p.31-32) ao traçar o sentido e significação dada ao mundo pelo cartógrafo traz as seguintes contribuições.

*O modo rizomático, não centrado, conectivo, heterogenético, expansivo e não totalizador conduz o observador-cartógrafo, mantendo-o mergulhado em suas próprias afecções e intensidades [...] ele não interpreta o mundo, apenas o experimenta através de ligações/afecções que possa a vir estabelecer com ele. [...] habita o movimento da caosmose que faz com que esteja ao mesmo tempo no tudo e no nada, na complexidade e no caos. Abre espaço para conexões múltiplas e imprevisíveis que venham a se efetuar.*

Toma-se emprestado, da esquizoanálise, algumas concepções por considerá-la como uma nova forma de pensar, de ser e de viver não possuindo, portanto, técnica nem metodologia próprias. Os princípios teóricos que a norteiam, propiciam por si, a invenção de estratégias singulares para cada caso ou situação, permitindo a compreensão dos aspectos da realidade.

Representa uma cartografia do vivido, um processo de investigação, de produção e aplicação do conhecimento para transformar o mundo. Constitui uma proposta, radicalmente nova que busca compreender as determinações alienantes do sistema, responsáveis pela dominação, exploração e mistificação presente na vida das pessoas e nas relações que estabelecessem consigo e os outros (BAREMBLITT, 2002).

A compreensão, desses aspectos, é possível a partir dos princípios teóricos que possibilitam entender e localizar a alienação, propiciando *per se* a invenção de metodologias e de técnicas, táticas e estratégias singulares para cada situação as quais não podem ser sistematizadas nem transferidas para outras. Nessa perspectiva, a esquizoanálise tem como proposta introduzir o desejo na produção e a produção no desejo e, nesse processo produtivo, criar o novo ou se configurar numa produção maquínica de subjetividade subjugada, repressiva, alienada e dominada (BAREMBLITT, 2002).

A elaboração do referencial teórico metodológico que compôs a caixa de ferramentas da investigação foi sendo construída em um processo antropofágico<sup>101</sup> de apropriação de idéias (ROLNIK, 2007b) de diferentes autores que fazem parte do movimento institucionalista, especificamente, Gilles Deleuze, Félix Guattari e Suely Rolnik, por tratarem da produção do desejo e sua participação na conformação da subjetividade, apontando para possibilidade do sujeito, a partir de sua ação no mundo, criar novos territórios e devires para a realidade social.

Para Deleuze e Parnet, (2004) a apropriação, roubo do outro e sua teoria, diferencia-se do plágio, visto que a repetição de modelos conhecidos provocaria o seu esgotamento e propiciaria a invenção singular de um novo método que se adequasse às questões e objetivos do estudo. Para eles, não existe hierarquia entre o mundo natural, o mundo subjetivo, o mundo maquínico e o social, como também, não existem discursos consagrados, textos adoráveis e discursos insignificantes. Um dos conceitos essenciais dessa teoria é o de Corpo sem Órgãos que acaba dizendo muitas coisas parecidas com o que diz a física quântica, a teoria dos fractais, teoria das catástrofes.

Nesse sentido, Rolnik (2006) refere que todas as ofertas são boas desde que as saídas sejam múltiplas e subsidie o cartógrafo acompanhar as modificações das paisagens traçadas no processo de trabalho, do ACS, dando pistas dos agenciamentos de enunciação capazes de explorar a produção dos afetos subjetivos e efeitos maquínicos presentes em sua subjetividade.

---

<sup>101</sup> De acordo com Rolnik (2007b) pode ser entendido como engolir o outro que admiramos, de forma que as partículas que compõe o universo desse outro se misturam com as que já povoam a subjetividade do antropófago e, na invisível mistura dessa química, se produza uma verdadeira transmutação. Refere que a antropofagia seria o contrário de uma imagem identitária.

Corroborando com esses pressupostos, o filme “O Carteiro e o Poeta” de Michael Radford em um dos diálogos do carteiro com Neruda, aquele o acusa de ser culpado pela situação em que se encontra e por estar apaixonado por Beatriz; então o poeta o responde: “*eu lhe dei meus livros... mas não lhe autorizei a roubar meus poemas*”, o carteiro retruca: “*A poesia não pertence a quem escreve, mas aqueles que precisam dela*”.

### **3.3. O Território do Campo Empírico e os Co-autores e atores sociais da Investigação**

O município de Itabuna localiza-se na Mesorregião Econômica do Estado da Bahia denominada Litoral Sul, a 429 Km<sup>2</sup> da capital, tem uma extensão territorial de 584 Km<sup>2</sup>, uma população estimada em 206.339 mil habitantes, sendo 48% do sexo masculino e 52% do feminino (BAHIA, 2007), integra a 7ª região administrativa. Conforme o IBGE (2005) apresenta um produto interno bruto (PIB) per capita de 7.573,18, índice de desenvolvimento social (IDS) de 5.058,19 e um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,747.

O Sistema Municipal de Saúde apresenta uma estrutura organizacional modular, dividindo o território em quatro módulos, cada um deles tem em sua composição alguns bairros onde estão distribuídos os equipamentos de saúde públicos, filantrópicos e privados. Em relação ao tipo de gestão, apesar das alterações introduzidas pelo pacto pela saúde, em 2006, o município encontra-se na Gestão Plena do Sistema Municipal desde 2001, é sede da Microrregião Sul de Saúde e tem como porta de entrada do Sistema de Serviços de Saúde a Unidade



Básica de Saúde (UBS) e a Unidade Saúde da Família, que estão distribuídas geograficamente por módulos.

Possui uma rede de serviços de saúde composta de nove (09) UBS, dezesseis (18) USF, dez (10) unidades especializadas, e 24 serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT). A rede hospitalar, conta com 7 hospitais, (IBGE, 2007) sendo um (01) público, com 220 leitos, dois (02) filantrópicos e três (03) privados e conveniados ao SUS, com 806 leitos. Os leitos hospitalares estão distribuídos nas seguintes especialidades: clínica médica, cirúrgica, obstetrícia, pediatria e UTI (BAHIA, 2007).

O PACS foi implantado em 1992 com 77 ACS. Em 1996 e 2000 foi ampliando com a oferta de 64 e 81 vagas respectivamente. Em 2002 existiam 170 ACS em atividade e após seleção passaram para 310. Atualmente, existem 137 ACS com uma cobertura de 73,84% e acompanham 27.400 famílias cadastradas. O PSF foi implantado em 2001, quando foram organizadas 5 equipes. A meta da Secretaria Municipal de Saúde pactuada com o Ministério da Saúde é de implantar 40 equipes até 2006, alcançando uma cobertura de 70% da população do município. Em julho de 2004 haviam 16 equipes organizadas. Encontram-se implantados 24 ESFs, com 151 ACS em atuação cobrindo 39,16% na zona urbana e 32,33% na zona rural (BAHIA, 2007). As equipes são implantadas de acordo com o critério de maior necessidade, do ponto de vista sanitário e das condições sócio-econômicas das regiões da cidade, formando assim um cinturão de cobertura do SF na periferia do município (FRANCO, 2006a).

Teve como campo de estudo uma Unidade Saúde Família Esperança<sup>102</sup> localizada no bairro Atlântida, no município de Itabuna Bahia, no período de abril de 2006 a setembro de 2008. O processo de escolha da unidade levou em consideração os seguintes critérios<sup>103</sup>: a) o tempo de implantação não deve ser inferior a dois anos; b) possuir uma equipe mínima trabalhando; c) estrutura física mínima para funcionar, d) equipe sensibilizada e predisposta a participar; e) ter grupo de gestante em atividade. Acredita-se que os espaços de intervenção da micropolítica dos processos de trabalho é o local onde existem microconexões que são o lugar do instituinte, ou seja, são os pequenos lugares intersticiais da vida natural-social-técnica e subjetiva que possibilitará um mergulho com profundidade nesta cotidianidade (BAREMBLITT, 2002). Teve como sujeitos da investigação sete agentes comunitários de saúde.

Acredito ser relevante fazer algumas considerações sobre o campo de estudo tendo em vista as alterações e mutações ocorridas em seu cenário e produção de subjetividade de seus agentes. Em 2004, realizávamos uma pesquisa sobre a produção do cuidado da rede básica e esta unidade, dentro dos critérios de escolha, foi elegida, principalmente por ter sido um primeiro PSF a ser implantado, em 2001, e a equipe permanece até início de 2007.

A partir de então, a rotatividade e períodos de ausência dos profissionais médico e enfermeira passam a fazer parte do cenário com repercursos para

---

<sup>102</sup> Composta pelo médico, enfermeira, seis agente, uma recepcionista, 01 auxiliar de enfermagem e 01 técnico de enfermagem, um nutricionista, um odontólogo, uma recepcionista, um agente administrativo e uma auxiliare de serviços gerais.

<sup>103</sup> Os critérios utilizados para escolha da unidade foram os mesmos da pesquisa a qual essa é devedora "A Produção do Cuidado na Rede Básica de Atenção" coordenada pelos professores Túlio Batista Franco e Cristina Setenta Andrade em fase conclusão na Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). USF com mais de 2 anos de implantação e que tenha uma equipe trabalhando, estrutura física mínima para funcionamento da ESF, que a equipe esteja sensibilizada para participar e que tenha grupo de gestante funcionando.

organização da unidade e do processo de trabalho e modo de operar o cuidado. A isso, acrescenta-se a descontinuidade de outros recursos como materiais de consumo, medicamentos, pessoal de serviços gerais e recepção, restrição acentuada dos serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento de média e alta complexidade, principalmente determinados exames laboratoriais e de imagens necessários ao acompanhamento de gestantes, hipertensos e diabéticos. Outro aspecto a ser ressaltado está relacionado a marcação dos exames na própria unidade, uma vez que o sistema era on line e desconectava constantemente ou fica sem funcionar por períodos prolongado, impedindo a marcação de exames e paralelamente a gestão da secretaria de saúde não estimulava o encaminhamento do usuário para central de regulação pela equipe. Essas intercorrências dificultaram a realização da observação direta que conseguir fazer apenas duas em 2007 e a continuidade das oficinas que teve início em agosto e terminaria em meados de outubro se estendeu até início de 2008, apesar de todo suporte ter sido dado pela pesquisa e universidade que disponibiliza o transporte e os pesquisadores o lanche.

O ano de 2008 foi impar pois muitos foram os problemas para os membros que permaneceram. A unidade ficou sem médico o ano todo, no II semestre fica sem enfermeira e recepcionista, o funcionamento da unidade depende da técnica de enfermagem (presidente da associação de moradores) e dos ACS que se revezam na recepção, uma auxiliar de farmácia e de serviços gerais recém contratados do concurso público. Terminei a observação direta só no segundo semestre de 2008 em um contexto totalmente diferente de quando iniciei a pesquisa, bem como o estado de espírito dos trabalhadores, principalmente, dos ACS que estavam muito

afetados e estressados com a situação devido as dificuldades que as famílias estavam passando.

Concomitantemente, a realização das observações foram admitidos mais quatro agentes lotados na unidade, perfazendo um total de 12 sendo que uma encontra-se afastado por problemas de saúde e os sujeitos da pesquisa solicitaram minha ajuda para treiná-los, visto que tiveram apenas seis (06) horas de treinamento e foram colocados em campo. Vale dizer que a USF tem apenas uma equipe e não existe o PACS nessa área, ficando um contingente grande de famílias sem ter para onde ir e a equipe não tem condições de atender as famílias que estão sendo cadastradas, pois já trabalham com oitos ACS.

Assim, além de acompanhar os agentes da pesquisa nas visitas domiciliares uma vez na semana (segunda-feira) fazíamos discussão de um tema, sendo que os agentes mais antigos (sujeitos da pesquisa) faziam as orientações. Eram feitas algumas intervenções, apenas quando necessário para esclarecimento de dúvidas. Convidei algumas colegas como consultoras ad hoc para contribuírem em áreas específicas como em imunização que convidei a coordenadora regional para participar das discussões.

O bairro de Atlântida está localizado na periferia de Itabuna, às margens da BR-415 (Rodovia Itabuna-Itapé), é banhado pelo rio cachoeira que atravessa todo o município, possui uma extensão territorial de 105 Km<sup>2</sup>, faz limite com o bairro Ferradas, a zona rural (fazendas de cacau) e o município de Itapé e dista do centro 15 km. Tem uma população de 5.524 habitantes, distribuídos em oito microáreas adscritas ao Programa de Saúde da Família (PSF) e apresenta sérios problemas de saneamento básico e de infraestrutura. Vale ressaltar que os recursos hídricos do

rio são utilizados pela população para seu próprio suprimento, para irrigação, pesca, e pecuária.

Tem como principal atividade econômica um pequeno comércio, o matadouro municipal e a agricultura familiar dos pequenos proprietários rurais, especialmente, os horteiros, sendo que grande parte da população ativa está desempregada ou realiza trabalhos informais esporádicos.

Sua origem está relacionada à invasão do espaço pela população sem teto da periferia de Ferradas e rua de palha no final dos anos 1980. Em março de 1981, devido a uma enchente de grande porte ocorrida no município, a população ribeirinha da Bananeira foi transferida e acomodada em Atlântida, nesse mesmo ano a prefeitura legaliza a situação dos moradores, cedendo os terrenos ocupados.

A primeira escola foi inaugurada em abril de 1981, através da mobilização da comunidade, fazia parte do programa de alfabetização de adultos conhecido por Movimento Brasileiro de Alfabetização (Mobral) e funcionava no período noturno em um barraco invadido pelos alunos com o apoio da professora, que fazia parte da comunidade e com apoio do centro espírita que doava o material.

Em 1982, foi inaugurado o grupo Escolar Irmã Maria Rita, através da parceria da prefeitura com a entidade espírita, oferecendo ensino do 1º grau. Nesse mesmo ano foi instalada a energia elétrica na região central do bairro, na praça e algumas ruas, e o chafariz após uma grande manifestação da comunidade apoiada pelo Mobral.

As primeiras conquistas pela melhoria das condições de vida em busca de acesso aos serviços essenciais ocorreram através de lutas e reivindicações travadas

pela população, com a participação dos alunos e a professora do Mobral, D. Laura com os órgãos oficiais da prefeitura e do estado. Em 1985, é criado o Clube das Mulheres tendo como presidente Laura de Santana, professora do Mobral que passa a liderar as lutas por melhoria no bairro.

Em junho de 1985, foi inaugurado o posto de saúde, representando uma grande vitória do Clube de Mães e a diretoria da entidade espírita, o que veio atender aos anseios da grande maioria dos moradores, tendo em vista as condições objetivas de vida e saúde da população, a inexistência de transporte e à distância do bairro para acessar outros serviços. O posto de saúde passa a funcionar em um espaço de três cômodos cedido pela entidade, com apenas uma atendente que trabalhava oito horas diárias de segunda a sexta-feira e um clínico que vinha duas vezes na semana. Em 1989, esse quadro foi ampliado com a inserção de outra atendente, uma auxiliar e um pediatra.

O clube de mães, em 1986, transforma-se na associação de moradores e devido a desentendimentos internos e problemas políticos partidários o grupo ligado ao clube das mães sai de cenário. Em agosto do ano seguinte foi inaugurado o Matadouro Municipal e com ele a ampliação de energia para todo o bairro e o transporte coletivo que começa a funcionar com apenas uma linha de hora em hora. Em julho de 1988, foi inaugurado o Sítio do Menor Trabalhador.

Em relação à infraestrutura, mais de 90% do bairro não tem pavimentação, o sistema de limpeza pública é diário, mas a coleta é feito apenas em pontos específicos e como não existem recipientes coletores em todos os locais, observa-se muito lixo a céu aberto. Apesar da grande maioria dos domicílios serem de alvenaria, existem microáreas onde predominam casas de madeira e/ou material

descartável. A renda familiar da maioria da população é entre meio a 01 salário mínimo com extremos de nada ter.

A rede de abastecimento de água pública foi instalada em 1992 e apresenta sérios problemas relacionados à qualidade da água (salobra) e sua captação que é feita no rio cachoeira, onde são lançados os dejetos e resíduos. O sistema de esgotamento sanitário é do tipo condominial com conexão entre os domicílios, foi construído pelos próprios moradores, cobre 41,35% das famílias cadastradas no SIAB (BAHIA - ITABUNA, 2007) e apresenta problemas de destino e tratamento, sendo os mesmo lançados no domicílio vizinho ou no final do quarteirão onde ficam a céu aberto.

Outro aspecto a ressaltar refere-se à proximidade da tubulação da água de consumo humano e do esgoto. No entanto, a maioria das pessoas por não terem acesso a este serviço lança os dejetos no rio ou nas pastagens próximas aos domicílios.

O PACS começou a funcionar na Unidade de Saúde em 2000 com oito ACS. Com a implantação do PSF, em fevereiro de 2001 os ACS foram incorporados ao programa; atualmente, existem sete agentes. A unidade saúde da família (USF) foi reformada e ampliada, anteriormente funcionava apenas, com três cômodos, atende à 5.524 habitantes, com 1.291 famílias cadastradas. Além dela existe no bairro *Projeto Casulo: Centro de Recuperação Nutricional* que se encontra desativo e atendia as famílias da área de abrangência da unidade, a população da zona rural, do bairro Fernando Gomes (antigo lixão) e mais duas invasões que apesar de não fazerem parte da área de abrangência da USF eram atendidas na unidade.

Atualmente, existem no bairro duas associações: a de moradores que realizou eleição em janeiro deste ano e deu posse a nova presidente uma auxiliar de enfermagem e moradora antiga do bairro. Possui 100 associados, tem como principal objetivo de sua gestão pleitear melhorias de infraestrutura para o bairro e reivindicar a construção da Unidade Saúde da Família que, ainda, funciona em um espaço pequeno e inadequado, cedido pelo centro espírita, não comportando a população adscrita. A associação de Horteiros com 52 associados exploram uma área de 17 hectares e tem como principais reivindicações investimentos em eletrificação rural, água e estradas vicinais.

### **3.4. Os Instrumentos Utilizados pelo Cartógrafo na Viagem: Em Busca de Conhecer Singularidades**

Os instrumentos de coleta de dados selecionados foram: entrevistas semi-estruturadas<sup>104</sup>, grupo focal<sup>105</sup>, observação direta, a análise documental, revisão

---

<sup>104</sup> É uma técnica em que o pesquisador conhece alguns aspectos que deseja pesquisar e com base neles, formula alguns pontos a tratar na entrevista, através da elaboração de um guia ou roteiro que será utilizado de acordo com a dinâmica que se estabelece na entrevista. Importa destacar, que além de valorizar a presença do investigador, o entrevistado tem ampla liberdade de expressar-se ou discorrer sobre o tema (Richardson, 1999; Triviños, 1987). As perguntas fundamentais que a constitui são resultados da teoria que alimenta a ação do investigador e das informações recolhidas sobre o fenômeno social que interessa (TRIVIÑOS, 1995).

<sup>105</sup> Aborda indivíduos que têm características identitárias homogêneas ou similares. Buscou-se cartografar as opiniões, os argumentos e pontos de vistas, concordantes ou conflituosos, críticos ou alienados, (DESLANDES, 2005), bem como a focalizar e o aprofundar as influências mútuas entre os participantes nas respostas as questões frente às idéias e colocações de outrem e a reflexividade de opiniões sobre o conteúdo discutido. Apresenta-se como uma entrevista em grupo, que atende a fins específicos em uma dada investigação e tem com objeto a interação grupal e grupo de trabalho. Ademais foi utilizada para focalizar a pesquisa e formular questões mais precisas; complementar as informações sobre conhecimentos peculiares de um grupo em relação a suas crenças, atitudes e percepções e desenvolver hipóteses de pesquisa para estudos complementares (AFONSO; COUTINHO, 2003; COLOGNESE; MELO, 1999; RESSEL;GUALDA;GONZALÉS, 2002; MARQUES; ROCHA, 2006). É uma técnica importante por que se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos profissionais da área de saúde, dos vários processos de trabalho e também da população (MINAYO, 1996). Como também permite observar através dos efeitos dessas representações e ideologias as causas que contribuem para constituição da subjetividade.



bibliográfica e dez (10) oficinas<sup>106</sup> de atualizações ocorridas no Núcleo de Saúde Coletiva da UESC entre os meses de julho de 2007 a Janeiro de 2008. A história do bairro foi construída com ajuda de alguns informantes-chave, dentre eles estão alguns membros da “antiga” associação e moradores antigos da comunidade.

A entrada no campo da pesquisa, inicialmente, foi elaborada para ser desenvolvida em três momentos sequenciais e complementares. A fase exploratória e de coleta dos dados preliminares e o preparo e realização do grupo focal foi realizada sem grandes problemas e dificuldades. A partir de então, a análise realizada da entrevista em grupo não se adequava a estratégia de pesquisa e teoria que lhe servia de sustentação, as matrizes analíticas que construía, por mais que tentasse, não davam conta das questões reveladas em campo.

As questões e os conflitos encontrados tinham a ver com as implicações da própria pesquisadora como foi discutido anteriormente. Esse impasse suscitou inúmeras reflexões, questionamentos e desmanche de territórios instituídos, levando-me a fazer alguns pousos, visto que um novo campo de observação se configurava. Ao mesmo tempo, convivia perda de sentidos e produções que buscavam incessantemente fazer novas composições, negociações e pactuações que pudessem não apenas revelar os ruídos, mas, sobretudo dar passagem aos afetos para compor com os novos elementos presente na produção dos dados. Esse momento de cessação de movimentos produz uma espécie de cegueira fazendo

---

<sup>106</sup> As oficinas não estavam inicialmente previstas como instrumento de coleta, a mesma foi demandada pelos ACS e foram construídas com a participação dos mesmos. Foram um dos produtos da pesquisa financiada pelo CNPq intitulado Processo de Trabalho do ACS: analisando a produção do cuidado a qual a autora deste estudo coordenava. Na I Oficina foram pactuados os conteúdos e o tipo de abordagem pedagógica utilizada e a cada oficina era discutido a seguinte. Participaram das oficinas o grupo de pesquisa composto por professores-pesquisadores, técnicos convidados dos serviços, bolsistas de IC e os agentes.

com que se enxergue somente o que está no foco, não conseguindo chegar às adjacências, ao entorno.

Retorno a pesquisa e continuo, até mesmo porque não se começa tudo de novo, consigo cumprir a fase exploratória e fazer um novo esquadramento de campo em busca de algumas pistas, agora mais aberta e desarmada, sem um foco determinado, apenas questiono: onde pousar, como selecionar os elementos, quais os mais importantes dentre aqueles que atingem o meu sentido e o pensamento e como devem ser analisados na conformação do próprio território de observação, visto que a atenção *não seleciona os elementos num campo perceptivo dado, mas configura o próprio campo perceptivo* (KASTRUP, 2007, p.16).

Consideremos como nova a entrada em campo, que continuou sendo realizada em três fases complementares e inter-relacionadas que não seguiram uma sequência rígida, pois estava acompanhando uma produção do processo de trabalho na perspectiva da micropolítica do trabalho vivo em ato e da subjetividade, ou pelo menos tentando com todas as forças e fluxos de intensidades que me atravessavam. Às vezes, encontrava-me em uma fase e sem perceber estava em outra, em um intenso processo de produção.

Na fase exploratória da pesquisa, foi feito contato com o secretário de saúde, as coordenações do PACS/PSF, da atenção básica e com a equipe da USF para apresentar a proposta de investigação e garantir o acesso aos dados da pesquisa a qualquer momento que fosse solicitado. Também foi solicitada permissão para realização do estudo o que permitiu uma primeira aproximação com a realidade empírica. Nesse momento, foi entregue o ofício, realizado a apresentação dos

pesquisadores<sup>107</sup> e explicitados os objetivos da pesquisa, sendo assegurada a garantia dos aspectos éticos que envolvem uma pesquisa com seres humanos, conforme disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Como também, foi feito a leitura do termo de consentimento livre esclarecido (Apêndice A) sobre a realização de pesquisa com seres humanos e posteriormente o mesmo foi discutido e pactuado com os sujeitos da pesquisa.

Foi solicitado ao secretário de saúde e os sujeitos da pesquisa, permissão para divulgação dos resultados da presente investigação, ou seja, autorização de torná-los públicos, os quais concordaram com a divulgação dos mesmos. Ademais foi informado e assumido o compromisso que a divulgação seria para fins acadêmicos e/ou como forma de contribuir para o conhecimento.

A fase de coleta de dados foi realizada em duas etapas: a primeira etapa envolveu uma revisão de literatura, pesquisa documental e a elaboração dos roteiros da entrevista semi-estruturada e do grupo focal que foram utilizados com os sujeitos da pesquisa. A construção do roteiro<sup>108</sup> para realização da entrevista em grupo (Apêndice C) levou em consideração duas condições imprescindíveis: ser provocador o suficiente para permitir um debate entusiasmado e participativo e promover o aprofundamento das questões que se pretende investigar (KIND, 2004).

A análise documental envolveu uma garimpagem dos documentos institucionais e técnicos elaborados sobre o tema na base de dados do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde do estado e município junto ao Núcleo de Saúde

---

<sup>107</sup> Digo pesquisadores porque, foi quase concomitante, a aprovação do projeto de pesquisa "Processo de Trabalho do ACS: analisando a produção do cuidado" em dezembro de 2005, pelo CNPq através do **Edital** MCT-CNPq / MS-DAB/SAS – Nº 49/2005 e meu ingresso no doutorado em março de 2006; as professoras Ms Regina Lino, Alba Lúcia Pinheiro, Jeane Magnavita, Dr Cristina Setenta e as bolsista de IC do PROIC, Juliana Ferreira de Almeida e da FAPESB, Marcelle Sanjuan Prado, participaram dos dois projetos.

<sup>108</sup> Entra-se disponível no apêndice B os passos para elaboração e preparo do grupo focal detalhado.

Coletiva (NUSC) da UESC. Além desses, foram utilizados as entrevistas realizadas com dois agentes, o fluxograma descritor<sup>109</sup> e a rede de petição e compromisso (FRANCO, 2003a) realizada anteriormente neste mesmo campo, em uma pesquisa da qual participei como pesquisadora, conforme descrito anteriormente.

Os resultados dos dados coletados por esses instrumentos nos permitiram uma aproximação inicial com campo do estudo por ter revelado as redes relações estabelecidas entre os trabalhadores e destes com os usuários, os nós críticos do processo de trabalho, o jogo de interesses, poder e os processos decisórios, assim como os problemas existentes na atenção ao usuário permitindo conhecer o fluxo do processo de trabalho produzido em determinados espaços e o tipo de tecnologias de cuidado ofertadas em determinados serviços. Ou seja, além de ter uma visão acerca do trabalho da equipe foi possível observar o fluxo assistencial do usuário na unidade, quebras na linha de cuidado, relação e conhecimento que tinham da rede de serviços e os ruídos presentes no cotidiano de trabalho, inclusive dos ACS.

A segunda etapa do trabalho de campo foi desenvolvida em três momentos sequenciais e complementares, a saber: no primeiro momento foi realizado as duas sessões do grupo focal, as quais foram gravadas em áudio e vídeo com duração de 50 minutos e com intervalo de 15 dias, posteriormente foram realizadas as

---

<sup>109</sup> O Fluxograma Descritor é uma representação gráfica de todas as etapas do processo de trabalho que busca conhecer os caminhos percorridos pelo usuário quando procura assistência e sua inserção nos serviços. Indica como o trabalho está organizado e ao mesmo tempo é capaz de apontar os problemas verificados no cuidado ao usuário. Sua aplicação possibilita a visualização de áreas nebulosas até então não percebidas, e que operam em sentido contrário a uma atenção com qualidade, usuário-centrada. Sua construção é realizada de forma coletiva e tem o efeito de formar entre os trabalhadores uma opinião sobre a realidade, uma consciência na equipe dos problemas enfrentados pelo usuário, como consequência da organização do processo de trabalho e revelar os ruídos produtores de alienação no seu trabalho (FRANCO, 2003a).

entrevistas semi-estruturadas, tidas como as principais técnicas utilizadas para coleta de dados.

Os entrevistados foram identificados após primeira visita ao campo e tanto o grupo focal quanto as entrevistas foram agendadas e realizadas conforme disponibilidade dos entrevistados em local e horário sugerido pelos mesmos. Foram elaborados os roteiros que serviram de guia para orientar as entrevistas individuais e grupais, entretanto a sua utilização dependeu da dinâmica da narrativa dos entrevistados, considerando que algumas informações surgem normalmente e outras precisam ser estimuladas (FERREIRA, 2000). Houve todo um preparo anterior para realização do grupo focal e o mesmo foi agendado previamente com os entrevistados e definido com os mesmos o local e horário onde deveria ser realizado. Sua realização contou com a participação, além da autora deste estudo, de mais três pesquisadoras<sup>110</sup> NUSC da UESC

O grupo focal e as entrevistas foram gravados pelas pesquisadoras<sup>111</sup> e as transcrições foram feitas e digitadas por um profissional e posteriormente revisadas e codificadas pela pesquisadora. No grupo focal, os ACS receberam nomes fictícios de pedras preciosas (ACS-Jade) bem como a Unidade e o bairro com a finalidade de preservar o anonimato e privacidade dos sujeitos que participaram do estudo. As entrevistas individuais receberam uma numeração em ordem crescente e foram codificadas conforme exemplo, a seguir: Entrevistado 01 a 09 (E1 ACS). Tiveram

---

<sup>110</sup> Parte deste estudo fez parte de um projeto de pesquisa aprovado pelo CNPq, 2006-2008, sobre o processo de trabalho do ACS e a produção do cuidado, que contou com cinco pesquisadoras e duas bolsistas IC, do PROIC e FAPESB.

<sup>111</sup> Parte deste projeto foi encaminhado e aprovado pelo CNPq e dele participaram do mesmo cinco pesquisadores e uma bolsista de iniciação científica na realização da entrevista do grupo focal, semi-estruturada e observação direta.

duração média de cinquenta (50) minutos. As anotações de campo<sup>112</sup>, sobre as informações contidas nas entrevistas foram registradas no diário de campo.

O segundo momento teve como objetivo principal a complementação dos dados coletados, para tanto foi feita outra análise documental<sup>113</sup> e oficinas com o grupo de pesquisa e as bolsistas para aprofundamento do referencial teórico e discussão e revisão dos instrumentos utilizados. A análise dos documentos possibilitou a identificação de informações factuais presentes nos documentos, que possibilitaram fazer inferências sobre valores, sentimentos, intenções e ideologias das fontes e/ou dos autores dos documentos, contribuindo com aspectos relevantes sobre organização do processo e tecnologia de trabalho dos ACS e os fatores de afetivação que impactam em sua subjetividade na produção do cuidado.

Na revisão bibliográfica, foram consultadas os portais de bases bibliográficas do Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências Sociais (LILACS), Google, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Acervo da Biblioteca do Ministério da Saúde, Acervo da Biblioteca da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), Núcleo de Estudos da Subjetividade Suely Rolnik, Wikipédia, Infopédia (Dicionário e Enciclopédia em Língua

---

<sup>112</sup> Pode ser entendida como todo processo de coleta e análise de informação que envolve a descrição de fenômenos físicos ou sociais, explicações levantadas sobre as mesmas e a compreensão da totalidade da situação em estudo; Ou, em um sentido mais restrito, como todas as observações e reflexões que realizamos sobre expressões verbais e ações dos sujeitos, descrevendo-as e fazendo comentários críticos sobre as mesmas (TRIVIÑOS, 1995).

<sup>113</sup> A análise documental é considerada uma técnica valiosa de abordagem de dados, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema. Busca identificar as informações factuais nos documentos a partir de questões ou hipóteses de interesse. Ademais, tem como propósito fazer inferências sobre valores, sentimentos, intenções, ideologias das fontes ou dos autores do documento (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Portuguesa), Biblioteca Virtual em Saúde Pública para América Latina e Caribe (BVS) e Biblioteca da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)

No momento seguinte, foi feita a observação direta<sup>114</sup> (Apêndice E) de forma sistemática em determinados momentos, buscando-se apreender os significados, valores e desejos próprios dos sujeitos e do contexto nos quais estão inseridos e acompanhar a produção do cuidado no cotidiano de trabalho do ACS. Importa destacar que a descrição do fato observado levou em consideração o referencial teórico que embasa o estudo, os sujeitos, o contexto, os afetos, os fluxos, as conexões e as relações que se estabelecem entre a ESF, indivíduos e coletivos e outros serviços na implementação de uma rede progressiva de cuidados. Teve como eixo a elaboração de alguns tópicos para orientar o trabalho do cartógrafo e foi realizada durante uma semana, no momento das visitas domiciliares. Foram feitas, também, as anotações em um diário de campo<sup>115</sup> sobre a dinâmica das visitas e as impressões da pesquisadora.

Anteriormente, foi feita uma descrição sobre a situação da unidade e este fato reforça a importância de ressaltar, as estratégias utilizadas pelos agentes na escolha dos domicílios, onde seriam feitas as observações. Acompanhar o trabalho vivo em ato dos ACSs nos permitiu registrar seus movimentos, discursos e ações, revelando a sua lógica interno, o sentido das ações desenvolvidas além de abrir espaços para

---

<sup>114</sup> A observação direta é uma técnica de coleta que permite destacar um conjunto de características inerentes ao fenômeno estudado e descobrir seus aspectos fundamentais e mais profundos, até captar a sua essência numa perspectiva específica e ampla, de contradições, dinamismos e de relações (TRIVIÑOS, 1995).

<sup>115</sup> Pode ser entendida como todo processo de coleta e análise de informação que envolve a descrição de fenômenos físicos ou sociais, explicações levantadas sobre as mesmas e a compreensão da totalidade da situação em estudo. Ou em um sentido mais restrito como todas as observações e reflexões que realizamos sobre expressões verbais e ações dos sujeitos, descrevendo-as e fazendo comentários críticos sobre as mesmas (TRIVIÑOS, 1995).

uma maior visibilidade da produção subjetiva de si e do cuidado (pesquisadora e sujeitos da pesquisa).

Assim, convido os leitores acompanhar a descrição de algumas das observações, para entender o sentido do que estou falando. Quando da marcação ficou combinado que não precisavam agendar visitas específicas, eu iria seguir o cronograma ou rotina deles. Tudo bem, na primeira visita, não percebi o sentido que o agente estava dando a mesma e também não afirmo que foi algo pensado e planejado, creio sim que eles tenham feito uma aposta, de que seria afetada vivenciando a situação em ato e de alguma forma iria ajudá-los a intervir.

A primeira família que visitamos era de acompanhamento e orientação do pré-natal de uma adolescente primípara, encontramos-la com sua mãe na calçada, começamos a conversar e o cuidado acabou se realizando ali mesmo em ato, o trabalho vivo direcionou a ação. Foram feitas as orientações convencionais do pré-natal e naturalmente foi sendo produzida uma rede de conversas com assuntos de toda natureza e modalidades, planta medicinais, eleições municipal, situação da unidade, condições do bairro, nisso chega outra vizinha ampliando essa rede, foram momentos bastante agradáveis.

Partimos para a próxima visita, no trajeto, conversamos sobre a enfermeira nova e os conflitos existentes entre ela, a equipe e a população, devido entre outros motivos, a questão do fornecimento de medicamentos para os pacientes com hipertensão e diabetes com prescrições vencidas há mais de seis meses ou de um ano e como não tinha médico ela se recusava a autorizar o fornecimento dos medicamentos sem que houvesse uma avaliação prévia feita por esse profissional. Outro agravante, era que as pessoas não conseguiam ser atendidas em outras



unidades devido à grande demanda existente, fizemos nesse ínterim uma reflexão sobre a parábola do semeador trazida pelo ACS ao conversarmos sobre relações interpessoais.

Continuamos a visita e desta vez foi na casa de uma senhora desempregada, com hipertensão de difícil controle, com sobrepeso, alegre, disposta e participativa, apesar de estar toda dolorida devido a uma queda. Ele fez as orientações, apresentou-me e pediu para ela contar-me a sua história. Ela inicia falando da dificuldade de conseguir emprego, pois estava afastada anteriormente pelo INSS por motivo de doença e não dispor de uma alimentação adequada que ajudasse no controle da hipertensão mas refere tomar chás e acredita que eles contribuem para mantê-la viva; mostrou os resultados de exames e conversamos sobre diversos assuntos, inclusive da possibilidade de ceder um imóvel, que tinha para transformá-lo em uma padaria comunitária. Foram feitos alguns encaminhamentos e seguimos para casa de uma criança menor de dois anos com um problema de pele para saber se tinha melhorado e o agente aproveitou para convidar o pai para tomar a vacina contra rubéola, aproveitou e também reforço a orientação dele. Vale acrescentar que esta visita não estava prevista.

A seguir fomos para casa de uma senhora de uns 60 anos, com cardiopatia obstrutiva grave, extremidades bastante cianóticas, dispnéia intensa e tosse produtiva, fiquei chocada com o quadro: casa escura, sem vida e fria e ela apresentava um semblante de extremo sofrimento. Ele faz as orientações, pergunta sobre as medicações e se as esta tomando corretamente. Ela não soube informar os remédios que tomava nem os horários e pior, ainda, quantas vezes tomava ao dia. Sabia de antemão que ela e a filha que cuidava dela eram analfabetas.

Não consigo ficar sem fazer nada, começo a conversar com ela, faço uma rápida anamnese, e iniciamos a intervir falando da necessidade da areação e do sol, ensinando os horários e a diferenciar as medicações (captopril, propanol e hidroclortiazida), peço um tubo de linha, ela traz um vermelho, procuro em minha bolsa uma borracha de dinheiro. Diferencio os medicamentos com esse material e faço, a seguir, a transcrição para um papel com letra de forma com o nome dos mesmos e os seus respectivos horários. Solicito ao ACS para conseguir um soro fisiológico na unidade e preparo a nebulização, ela tem o aparelho, conforme a prescrição. A seguir faço uma ligação para minha irmã que ia dar plantão à noite em um hospital público e acertamos para a filha levar a mãe para atendimento ainda naquela noite. Não demorou muito chega a filha e uma vizinha, converso com as duas e faço as orientações anteriores. O ACS vai embora, pois já era 12h:30 minutos e ainda fico um pouco mais, despeço-me, isso era uma sexta feira e fico de retornar na segunda para visitá-la. Assim, que fecho a porta a ouço reclamar para a filha que não gosta de fazer a nebulização e só vai ficar um pouco.

Quando retorno na segunda feira, a primeira coisa que chamou a minha atenção foi o aspecto da casa que era outro, não só fizeram uma faxina geral, como também a fisionomia dela estava mais feliz. Conversamos, demos boas risadas e faço uma gozação sobre a nebulização, reforço as orientações sobre a medicação, observo que o antibiótico prescrito no hospital esta sendo administrado três vezes, quando deveria ser quatro. Nisso a notícia da minha visita acompanhando os agentes se espalha e a neta que sabe ler e escrever foi me conhecer, negocio com ela para ajudar a mãe com as medicações.

As outras visitas com os outros agentes seguiram este perfil e a cada visita a situação piorava, inclusive com um óbito apesar de todos os esforços despendidos. Além de ter cumprido os objetivos propostos pelo estudo, as observações geraram várias intervenções e em cada acontecimento vivenciado ficava explícita a potência da micropolítica do trabalho vivo em ato na autonomia e autogoverno dos trabalhadores em criar linhas de fugas e encontrar outras saídas, para resolver os problemas e produzir cuidado e vida.

Como optei por não fazer anotações das situações observadas durante o período, eu as escrevia sempre que chegava em casa. Era esse o momento em que tentava organizar e dar sentido aos fatos vivenciados, refletindo e tentando apreender a sua essência, como se fosse possível congelar a imagem para poder sentir profundamente as emoções que conduziam meus pensamentos e a escritura. Outras vezes, antes de me entregar a essa tarefa, tentava com ajuda dos amigos resolver as demandas trazidas do campo empírico e olhe que não foram poucas. Tentava não apenas relatar o acontecido, mas apreender, a cada dia, o que chamava mais a minha atenção e me incomodava.

De tudo, tenho certeza que não poderia deixar de me envolver e não por uma questão ética moralizante, mas sobretudo, por uma ética que extrapola a essas dimensões focalizadoras, individualistas e mesquinhas e tem como núcleo estruturante o respeito e a valorização a vida.

As oficinas de capacitação<sup>116</sup> foram realizadas durante três meses consecutivos, em número de dez (10), com carga horária de quarenta (40 horas), eram realizadas às sexta-feira de acordo com a disponibilidade dos agentes, tinham uma duração em média de cinco (5) horas e sua construção foi processual, eram discutidas com os agentes a dinâmica da oficina seguinte, principalmente, no que se refere aos conteúdos. Algumas vezes, houve necessidade de uma negociação tendo em vista o acordo inicial de que as temáticas abordadas deveriam tentar dar conta das dimensões técnico-assistencial e político-social do seu perfil e, muitas vezes, o agente tendia a reforçar mais os conteúdos da primeira. De um modo geral, a I Oficina<sup>117</sup> direcionou a dinâmica e os conteúdos das demais, pois tinha o objetivo, de saber quem são os ACSs, o que gostariam de saber, o que penso da comunidade, etc.

### **3.5. Explorando e Garimpando o Material de Análise: da Saturação a Revelação**

A análise do material empírico não seguiu um plano traçado a priori por se entender que muitos dos *procedimentos utilizados teriam que ser inventados em função daquilo que pede o contexto no qual esta inserido* (ROLNIK, 2006), ou seja, de acordo com as mudanças que iam sendo desenhadas pelo ACS no seu cotidiano de trabalho. Assim, à medida que eram identificados os traçados pelos quais se desenhavam a produção do cuidado pelo ACS foi se processando a análise.

---

<sup>116</sup> Foram realizadas para atender uma demanda expressa pelos agentes nas entrevistas grupal e individual e os dados coletados serviram tanto para o projeto de pesquisa financiado pelo CNPq intitulado Processo de trabalho do ACS: analisando a produção do cuidado quanto para este estudo.

<sup>117</sup> Material produzido para primeira oficina no Apêndice F. Além dessa intervenção, este estudo serviu também como dispositivo para elaboração de uma proposta de qualificação das ESF que foi testado e validado por 10 ESF do Município de Ibicaraí.

Apesar de não seguir um modelo específico para organizar e analisar os dados do material coletado foram seguidas algumas pistas através dos fatores de afetivação indicativos dos caminhos trilhados, dos momentos de capturas, de criação, de linhas fugas, das composições, dos afetos que contribuíram para articular teoria à prática e investigar o processo de produção do mundo, do trabalho, de si e do cuidado no território existencial do ACS.

Cartografar o material empírico coletado possibilitou acompanhar as distintas e diferentes lógicas e sentidos presente na micropolítica do seu processo de trabalho, revelando os ruídos, as tensões e os conflitos aí presentes bem como os diversos e possíveis modos de se relacionar e cuidar.

Foram feitas, inicialmente, leituras flutuantes depois releituras minuciosas até saturação dos dados, isto é, os mesmos foram ficando cada vez mais repetitivos dando sinal de exaustão. Esse processo foi realizado com o material transcrito do grupo focal e após sua exaustão o vídeo foi assistido, buscando-se acompanhar o modo de falar, as expressões, o tom de voz, o modo de olhar, a postura e a atitude; a partir de então foi feita uma reflexão e articulação entre a leitura realizada e as imagens do vídeo em busca de pistas que ajudassem a entender como estava sendo fabricado no trabalho a produção do cuidado e a subjetividade do ACS tendo como eixo as intervenções que realizavam em seu cotidiano. A seguir foi feita leitura das entrevistas individuais e mais uma vez a articulação das mesmas com o que foi visto e coletado no grupo focal. Conforme processo anterior os dados foram ordenados e selecionados através de leitura minuciosa e exaustiva.

A observação direta do trabalho vivo era feita em ato, e assim possibilitava, uma maior visibilidade de lógica interna do seu cotidiano de trabalho, visto que

permitiu acompanhar e registrar os movimentos, os discursos e as ações dos sujeitos em ação. Normalmente, os registros eram realizados assim que retorna para casa. É interessante notar que todas as observações feitas foram em domicílios onde tinham problemas não resolvidos, principalmente porque a USF estava sem médico há mais ou menos oito meses e sem enfermeira há 60 dias o que deve ter avolumado os problemas. A experiência vivenciada e compartilhada nas oficinas foram anotados em um diário de campo e as gravações transcritas, posteriormente foi realizada a análise, seguindo o mesmo processo das outras técnicas. Vale destacar que as mesmas permitiram a coleta de diferentes e diversas informações e dados e nesse processo os agentes tiveram uma participação bastante ativa e proativa.

As paisagens traçadas pelos agentes comunitários de saúde no exercício de sua prática possibilitaram a identificação dos fatores de afetivação que impactam a sua subjetividade e os marcadores utilizados na análise do material empírico. A análise dos dados envolveu dois momentos simultâneos, descritos a seguir:

a) o primeiro momento enfoca a produção subjetiva do ACS como sujeito do trabalho e para tanto trabalhou-se com os *fatores de afetivação*, considerados como estímulos que impactam/operam no sentido de produzir uma dada subjetividade, a partir dos diversos encontros que estabelecem com os diferentes corpos no seu território existencial, no domicílio, na USF com a equipe e usuários, com saberes e práticas hegemônicas, com uma situação, uma música, entre outros. Foram considerados dois fatores de afetivação: a origem sócio-cultural do ACS, isto é seu pertencimento reforça sua identidade e vinculação com a comunidade e o seu papel de elo e tradutor ao orientar a população sobre os modos de cuidar estabelecidos

pela estrutura do sistema de saúde oficial e ao mesmo tempo, ofertar aos profissionais de saúde os elementos de que necessitam para compreensão dos problemas e as necessidades das famílias;

b) o segundo refere-se a utilização de alguns marcadores<sup>118</sup>, construídos a partir desses fatores e que serviram para analisar os dados acerca do seu processo de trabalho, a produção do cuidado e da subjetividades e a micropolítica que aí operam. Estes marcadores formam no seu conjunto, aparentemente um contraditório, mas na realidade o que parece ser paradoxal não o é, pois o ACS opera de diferentes formas em dobra, participando desse processo vários *fatores de afetivação*, que o faz atuar de forma diferenciada sobre a mesma realidade. Os marcadores que fazem intercessão com os *fatores de afetivação* são:

- as tecnologias de trabalho, segundo as categoria de Merhy citadas neste estudo, *duras, leve-duras e leves*;
- o grau de liberdade de ação do trabalho vivo em ato, verificado através da capacidade inventiva do ACS no seu cotidiano de trabalho;
- as conexões e fluxos em “linhas de fuga” que o ACS é capaz de operar; a capacidade de captura do modelo hegemônico sobre o trabalho do ACS, que pode se revelar na sua intenção em realizar procedimentos, sobrepondo-se a sua

---

<sup>118</sup> A condição marcadora ou traçadores é técnica utilizada para avaliação da atenção à saúde e baseia-se na idéia que a partir de uma avaliação da assistência prestada ou do processo de trabalho pode-se inferir a qualidade da assistência e dos problemas, ruídos e estrangulamentos presentes. Através de um traçador/marcador é possível fazer avaliações de estrutura, processo e resultado como proposto por Donabedian (PENNA, 1997). A avaliação de processo pode ser entendida como aquilo que desenvolve os profissionais de saúde em uma dada estrutura que permita que esse processo possa ser se não ideal, adequado. Vale esclarecer que os marcadores aqui serviram como eixo de análise do processo de trabalho dos ACS por representar as dimensões que expressam os afetamentos sofridos e as relações compostas (composição e decomposição) vivenciadas e que participam da constituição da sua subjetividade.

atividade mais vinculada ao campo cuidador, da educação em saúde e ao uso das tecnologias mais relacionais;

- os afetos provocados nos encontros do ACS com os outros sujeitos do cuidado, isto é, sua capacidade de afetar e ser afetado na atividade cotidiana de cuidado;

- relações de poder na equipe de Saúde da Família, que revelam a porosidade da equipe para participação efetiva do ACS nas discussões e decisões, especialmente, as relacionadas aos projetos terapêuticos;

- processos de desterritorialização e/ou reterritorialização no cenário que se configura o processo de trabalho, que é em síntese o que se busca de análise de supostos deslocamentos verificados no processo de trabalho, que configurem uma reestruturação produtiva, com a realização de novos sentidos para o cuidado em saúde.



### 3.6. AS TRAMAS E AS REDES QUE TECEM O REAL SOCIAL SE REVELANDO E DESVELANDO

*"Não é fácil ser um homem livre: fugir da peste, organizar encontros, aumentar a potência de agir, afetar-se de alegria, multiplicar os afetos que exprimem ou envolvem um máximo de afirmação. Fazer do corpo uma potência que não se reduz ao organismo, fazer do pensamento uma potência que não se reduz à consciência." (DELEUZE; PARNET, 2004 p.80).*

Os caminhos traçados pelos ACS para produzir o cuidado foram se dando a partir dos encontros com os indivíduos, as famílias, a comunidade e a equipe saúde da família em seu cotidiano de trabalho. Esses encontros representam um efeito, uma intensidade, que passa ou que se passa entre dois sobre uma diferença de potencial, que aumenta ou diminui a potência de agir. É um devir e do fundo dessa solidão todas as possibilidades estão dadas, tanto se fabrica pela força do desejo sujeitos plenos em ação quanto sujeitos alienados e sujeitados.

Sobre a potência dos corpos, na intercessão desses encontros, *nada disso sabemos*, então como podemos, tendo por referência às ideologias e às representações que nos territorializam em certo recortes da realidade, construir a priori teorias, métodos, traçar perfis, prescrever modos de ser, de amar e de viver, quando o mundo real pulsa e vaza como um rizoma em todas as direções, formando fluxos e conexões, ora produtoras de vida, ora de morte.

Assim sendo, como podemos afirmar a priori que o ACS não é um trabalhador de saúde e que a sua subjetividade está dada, quando se trata de construções feitas a partir de um conjunto de regras, teorias e postulados cujo objetivo maior é modelar comportamento, manter o poder e o domínio de determinados grupos na sociedade e a ordem estabelecida. No recorte deste trabalho, o ACS foi pensado como um trabalhador de saúde pertencente ao campo da produção do cuidado, construído

societariamente, a partir de outra institucionalidade diferente daquela instituída pelas instituições de ensino formal presentes no âmbito da saúde. Desse modo, pode-se dizer que a produção de sua subjetividade é processual e não está dada, encontra-se em permanente construção como de qualquer outro trabalhador e pessoa.

Essa sua implicação e constitutividade de pertencer ao campo da produção do cuidado em saúde e a comunidade em que vivem e trabalham faz com que os agentes vivam em permanente tensão, o que de certa forma direciona a sua ação.

O cenário do cotidiano de trabalho do ACS não só revela e comporta distintas lógicas de uma trajetória repleta de lutas, conflitos, angústias e sofrimentos, mas também de alegrias, realizações e solidariedade que foram sendo construídas na concretude de sua vida e do seu fazer e que dão sentido a sua existência. A construção de sua história tem permitido a criação e invenção de distintos modos de cuidar, pela possibilidade que tem de intervir em ato nessa relação, imprimindo algo de seu no que faz, modificando o conteúdo e etapas do seu processo de trabalho e nesse processo singular contribuir com a criação, invenção e reinvenção de um ofício (BARROS, 2007).

Nesse sentido, a produção do cuidado guarda forte conexão com a intenção, as tecnologias do cuidado e o relativo autogoverno do trabalhador em operar o seu trabalho, sendo essas dimensões definidoras do modo de produção, dos seus processos e produtos, tendo como substrato os encontros, os afetos e a sua singularidade de agir.

Não se pretende discutir aqui como decompor e interpretar os efeitos apreendidos pelo olhar molar da retina, acerca dos fatores de afetivação que

impactam, no contexto de cuidar de si e do outro, na subjetividade dos ACS, mas as tramas, as redes e as causas responsáveis pela produção dos mesmos. Para tanto, foram utilizados os marcadores revelados a partir das cartografias traçadas a cada perfil de subjetividade esboçada ou produzida.

Não serão discutidos os “quais”, mas o “que” e o “como,” buscando apreender simultaneamente através do olhar vibrátil e da retina os movimentos molares e moleculares presentes na tensão fecunda entre as forças/fluxos e representação, por onde escapam os afetos do plano de organização dos territórios onde o agente de saúde realiza o seu trabalho.

Este estudo não teve a pretensão de esgotar as discussões acerca das estratégias da produção do cuidado, mesmo porque a produção subjetiva do ACS, neste contexto, trata-se de um recorte finito da relação entre analista e analisando. Como pesquisadora-cartógrafa iniciante não teria fôlego para dar conta do caráter *finito ilimitado da condição humana desejante*, apesar das limitações e dificuldades sentidas e vivenciadas, foi feito um esforço de acompanhar as cartografias conformadoras das paisagens da micropolítica do processo de trabalho do agente.

Os resultados e as discussões por ora apresentados serão sempre provisórios e não implicam a existência de oposições binárias entre sujeito e objeto, entre as partes e o todo, nem sobre o que é o certo ou errado, ou sobre *o bem e o mal* (DELEUZE, 2002) nem apontá-los como ineficazes ou eficientes em relação a outros já existentes.

Pretendeu-se contribuir com a reflexão acerca da produção do cuidado e da construção de valores, ético-estéticos capazes de agenciar a formação de

subjetividades mais solidárias no cotidiano dos serviços, que leve em consideração a experimentação de outros arranjos tecnológicos de intervenção que possibilite a realização de ações cuidadoras voltadas para necessidades dos usuários e a defesa de suas vidas.

Ademais, teve a pretensão de seguir os desenhos traçados pelas paisagens conformadoras das cartografias da subjetividade do ACS como sujeito do trabalho no contexto de cuidar de si e do outro. Acompanhar este processo possibilitou um mergulho na cotidianidade da micropolítica do processo de trabalho do ACS e permitiu acompanhar os movimentos, que iam se desenhando e conformavam fluxos de produção e/ou de reprodução de certas formas de operar os atos de saúde presentes no saber-fazer cotidiano de sua prática.

Inicialmente, as alterações ainda imperceptíveis ao olhar da retina, mostravam que o ACS utilizava extensivamente as tecnologias leves e leve-duras para operar o cuidado aos indivíduos, famílias e coletividades, sustentado por um processo de trabalho que teve como principal insumo o conhecimento adquirido no território das corporações profissionais e a relação que estabelece com sua clientela no território e domicílio. Observou-se também, a utilização de um modelo produtor de cuidado, centrado no usuário e suas necessidades, trabalho vivo em ato, governando ele mesmo suas ações e guiados por uma vontade que direciona o seu fazer, ou seja, sua subjetividade.

Com o corpo vibrátil em alerta os sentidos ganham intensidades e irrompem interrogando: que tramas aí serão reveladas? O que nos aguarda? Quantos afetos serão permitidos passar? Outras conjecturas transbordam incontroláveis: como se efetuem nesse território esses encontros? Eles aumentam ou diminuem a potência

de agir do ACS, possibilitando bons encontros e a produção de um cuidado centrado nas necessidades do usuário? Ampliam sua autonomia e contribuem para criação de vínculos em outros territórios ou reproduzem e ampliam o modelo médico hegemônico?

Esses turbilhões de questionamentos convidam-nos a aguardar e acompanhar o que acontece aos corpos em seus movimentos, cinético (velocidades diferenciais) e dinâmico (poder de afetar e ser afetado), e observar se os movimentos traçados pelas linhas do desejo, compõem-se ou decompõem-se, (re)territorializam ou desterritorializam, impedindo a efetuação dos afetos (ROLNIK, 2006).

Assim, prossegue-se a viagem se deixando afetar pela rica, pulsante e dinâmica realidade presente no campo empírico, que permitiu em momentos fugazes, localizar o oculto, o profano, o inquestionável e serviu de estímulo para acompanhar as pistas traçadas pelas diversas linhas que iam conformando a subjetividade do ACS e o seu modo de agir para operar o cuidado. Esses estímulos ao impactar a sensibilidade da pesquisadora potencializam a vibratibilidade de seu olhar, resignificando modos antigos de pensar, de sentir, de agir e de sonhar fazendo-a situar na dobra, num entre, onde a relação interior/exterior é indissociável e inconciliável.

Cabe acrescentar que esse movimento vai se dando, também, com o objeto de estudo à medida que eram reveladas as tensões constitutivas presentes em seu território existencial. Observam-se emergir de sua prática cotidiana, diferentes modos de produzir os atos assistenciais não contraditórios entre si, mas que convivem simultaneamente na micropolítica do seu trabalho como, por exemplo, a

lógica do agir tecnológico, mais prescritiva com a lógica do agir comunicativo, mais relacional. Como aparecem nas falas a seguir:

*... o problema que está acontecendo na família e é através do que a família fala é que a gente vai orientar, por exemplo, se tiver diarreia a gente vai orientar de como tomar o soro e se tomando o soro não melhorou buscar a unidade de saúde para passar pelo médico [ACS Turquesa – GF].*

*... a pessoa está ali precisando de uma palavra de conforto, muitas vezes a gente pode passar [...] olha não é assim, é assim, assim, assim, com jeitinho a gente sempre [...] muitas vezes aquela pessoa até melhora com uma palavra que a gente fale e aquela pessoa ver aquilo de outra forma e não do jeito que ela estava vendo [ACS Ametista – GF].*

As tensões constitutivas presentes na micropolítica do seu trabalho atravessam o seu cotidiano e expressam nestes encontros os conflitos dos seus diferentes modos de operar o cuidado, que o leva simultaneamente a atuar no mundo de diversas formas, a situar-se em uma dobra como expressão das diversas subjetividades que o constitui. Esse estar entre, no meio foram expressos através de alguns marcadores sem nenhuma preocupação de apresentá-los de forma estanque e separadamente por entender que sua apresentação no espaço real de produção é processual se interpenetra e se entrecruza produzindo fluxos e conexões infinitas.

No entanto, foram apresentadas, sob esse ângulo, as diversas lógicas de agir que compuseram esses marcadores e estão relacionados:

a) a organização de sua rotina de trabalho no interior da ESF, no domicílio e território se constitui por diferentes lógicas e tensões que se interpenetram ora prevalecendo uma mais que a outra. Em diversos momentos prevalece a racionalidade normativa e instrumental expresso pelas tecnologias duras e leves em outros a lógica relacional, flexível e aberta as necessidades do usuário

onde opera com alto grau de liberdade o seu trabalho por meio das tecnologias leves;

b) aos processos de capturas de seu trabalho vivo pela lógica instrumental do trabalho morto no núcleo duro de intervenção do modelo hegemônico ou pela possibilidade de na intercessão dos bons encontros com os diversos corpos presentes em seu cotidiano de trabalho, compor outros afetos capazes de ampliar a potência de seu trabalho vivo em ato e de sua capacidade inventa e criadora elaborar novos atos assistenciais;

c) outra racionalidade situa-se, de um lado no território das implicações, afecções e desejos presentes no seu território existencial que possibilita o agenciamento de dispositivos de novos modos de gerir a atenção e o cuidado em que assume centralidade o usuário, suas necessidades e demandas, e do outro lado da dobra evidencia-se uma relação tensa com a equipe, a desvalorização e não reconhecimento do seu conhecimento técnico e saber, a captura do seu processo produtivo para dentro do saber nuclear das profissões e as linhas de fugas que criam para sair desse cenário, ao buscar legitimar as suas ações em outros territórios, inclusive na rede privada de cuidado;

d) em relação ao processo de reestruturação produtiva apreende-se que o ACS vive um tenso e conflito processo de desterritorialização e reterritorialização constitutivo do seu processo de trabalho pelas permanentes disputas das forças instituintes presentes no cotidiano de sua prática. A primeira encontra-se atravessada pela lógica cuidadora e criativa do seu agir na elaboração de novos projetos terapêuticos que façam sentido para as famílias no território e domicílio e no encontro com o usuário. A segunda é comandada por uma lógica instrumental, normativa e burocrática estruturado pela normativas do programa e por um saber

técnico centrado no modelo programático, nas ações de vigilância e controle e no cronograma que capturam o seu modo de produzir;

e) a política da qual se origina traça para o ACS um perfil político-social que considera, por um lado, o seu pertencimento a comunidade como condição fundamental para ampliação e fortalecimento da identidade cultural e de vínculo com a comunidade e serviços de saúde. Por outro, revela uma racionalidade perversa, utilitarista e focalizadora ao não dar suporte e disponibilizar recursos necessários, suficientes e adequados para que possam resolver as imensas dificuldades presentes no território onde vivem, moram e trabalham as famílias que acompanham, ao tempo em que aponta a importância e o lugar deste ator, considerado por todos super herói e sui generis, nessa política e no campo da produção do cuidado.

A breve caracterização feita dos ACS teve apenas a finalidade de descrevê-los, não se trata de uma amostra representativa no sentido de estimar as proporções de certas características, tendo por referência seus atributos. Apresentam homogeneidade acentuada no que se referem aos seus atributos pessoais mais gerais, relacionados à idade, sexo, renda, estado civil, processos de formação e motivações que o levaram a optar em trabalhar como ACS.

Dentre as características mais expressivas presentes neste estudo, duas chamam a atenção e coincidem com os resultados de outros estudos citados na contextualização do objeto. A primeira refere-se à proporção (90%) de ACS do sexo feminino e jovens que ingressam no mercado de trabalho pela primeira vez, vindas de um meio social em que a obtenção de uma renda individual igual ou ligeiramente superior a um salário mínimo representa mais exceção do que regra.



A outra diz respeito à motivação para ingressar no PACS/PSF em que a maioria das respostas foram similares. De acordo com esse fragmento de fala consideram que *a falta de emprego mesmo, eu estava desempregada e foi uma oportunidade* de inserção no mercado de trabalho [ACS Turquesa-E.6] e o acesso a uma renda individual fixa foi inicialmente a principal motivação, ... *depois quando você começa a trabalhar, a conhecer as pessoas, você aprende a gostar do que você faz ...* [ACS Safira-E.5].

*... o que me levou foi em relação à situação financeira, dinheiro ne, primeiramente. [...] todo mundo trabalha pelo dinheiro depois com o tempo você vai pegando amor pelas pessoas, pelo que você faz, mas nem todo tempo você esta disponível pelas condições de trabalho que o governo no momento proporciona a você (ACS Jade-GF).*

Outras respostas se encontram ancoradas em explicações idealistas e naturalizadas, do tipo ter “afinidade”, gostar de trabalhar com a população carente e desfavorecida, como pode ser observado na seguinte fala: *a pessoa que é mais carente se apega mais ao agente comunitário e o agente também se apega a todas essas pessoas que têm essas necessidades.* [ACS Pérola – GF/E4]. Ou ainda voltada para o pendor de ajuda solidária, vocação de ajudar e assistir o outro que muito lembra as intervenções estruturadas, conforme padrões da ética utilitarista fundada em uma compaixão caridosa expressa tanto pelo poder pastoral quanto pelo poder disciplinar. Como pode ser observado nessas falas:

*Eu adoro trabalhar com a comunidade é prazeroso, eu gosto muito de trabalhar, principalmente quando é com os idosos, porque eles são mais carentes, eles param mais pra ouvir a gente ...* [ACS Safira – GF/E5].

*...a gente já tem essa função de chegar na casa e passar aquilo que é saúde, tentar educar eles por mais que eles não queriam, mesmo que eles não aceitem ...* [ACS Jade].

*... como ela falou que, por exemplo, tem uma casa que não cuida de nada, a pessoa conversar, falar sobre higiene aí eu penso assim na conversa, no diálogo, dizer o que pessoa deve fazer o que não deve.* [ACS Safira – GF].

Conforme Gonçalves (1994, p.146) parece existir nesses casos à *pretensão de tratar da doença e da pobreza ao mesmo tempo, compreendendo esse “tratar” no sentido terapêutico habitual como ter prestado atendimento a muitos idosos e gostado, gostar de se envolver com o social, gostar de trabalhar com população carente.*

Em relação à formação todos têm o segundo grau completa e apenas uma o curso técnico de enfermagem e 90% se situam entre a faixa etária de 20 a 35 anos, tendo a maioria uma relação estável apesar de não serem casados civilmente. Destaca-se a substituição de um agente que se afastou para fazer o curso de graduação em enfermagem.

Fazer parte do mesmo universo sócio-cultural e linguístico da comunidade tem possibilitado a composição de bons encontros no território e domicílio entre o ACS e os usuários, que tendem a aumentar sua potência de agir, e se expressa positivamente no modo de cuidar. As relações, experiências e vivências que foram sendo construídas no cotidiano de sua vida e trabalho criam laços afetivos de solidariedade, de compromisso, de responsabilidade, de confiança, de cumplicidade entre as famílias e o ACS que vão contribuir com a formação uma subjetividade solidária e a instituição de uma nova ética no modo de fazer saúde. As falas abaixo traduzem o sentido desses encontros.

*... que a gente lida com a parte da saúde com a parte doença da pessoa, então no caso a gente trabalha com um pouco de tudo, a gente trabalha com a sensibilidade da pessoa, com a educação, [...] a gente tira um pouco da gente pra dar para pessoa, porque no momento que a gente chega na casa da pessoa, a pessoa ta precisando da gente naquela hora ... [ACS Jade – GF].*

*... a pessoa está ali precisando de uma palavra conforto, muitas vezes a gente pode ao passar [...] olha não é assim, é assim, assim, assim, com jeitinho a gente sempre [...] muitas vezes aquela pessoa até melhora com*

*uma palavra que a gente fale e aquela pessoa ver aquilo de outra forma e não do jeito que ela estava vendo. [ACS Ametista – GF/E2].*

Noutra perspectiva, vai se conformando no cotidiano de trabalho do ACS uma tensão e disputa com a comunidade expressa pela expectativa criada em relação ao seu papel de elo e mediador de demandas e necessidades e de tradutor de distintos projetos terapêuticos, o popular e científico; bem como pela forma de organização e funcionamento dos serviços de saúde expressos pela excessiva demanda versus pequena oferta, que ganha concretude a partir das enormes filas que se formam na porta de entrada serviços, pela quantidade insuficiente de consultas e de exames de apoio diagnóstico e terapêutico de média e alta complexidade e de recursos humanos para produção do cuidado.

Nesses casos, as tensões ocorridas nesses encontros e que são constitutivas do seu processo de trabalho fazem com que o ACS opere fluxos de baixa intensidade produtores de modos de cuidar que tendem a diminuir e capturar a sua potência de agir, interferindo na sua capacidade de agenciar estratégias criativas e inventivas de cuidar. Essas dimensões conflitivas presentes no cotidiano de sua prática podem ser reveladas através dos seguintes discursos:

*... tem aquela coisa na parte da carência, tem aquele tipo de obrigação quando ele pede pra você fazer um favor, arrumar uma ficha, pegar um remédio e você fala não posso no mesmo segundo, no próximo mês que você vai visitar você já sente assim que eles não estão assim recebendo como antes, ... [ACS Jade- GF/E3].*

*... a comunidade gosta de exigir dos agentes, de criticar o atendimento do posto, mas na hora de fazer uma reunião para fazer o atendimento funcionar eles não aparecem. [ACS Ametista, Jade, Safira, Rubi – GF/E2,3,5,7/OF].*

*... a gente fica com o paciente ali cara a cara se o paciente cismar com a cara da gente aí já era trabalho, aí desmorona aquele o dia todo, você passa o dia todo assim cabisbaixa, você procura ajudar a pessoa e a pessoa vem com palavras grossas, então aquilo ali vc já perdeu seu dia todo de trabalho. [ACS Jade, Ametista, Safira GF].*

Ainda, a esse respeito, destacam-se as estratégias utilizadas pelos usuários para capturar o processo de trabalho do ACS como forma de conseguir o atendimento às suas demandas. O instrumento normativo instituído pela secretaria tem permitido essa fiscalização e controle por exigir a assinatura da família após realização da visita domiciliar como pode ser apreendido nos fragmentos de fala: *Se a gente faz cem e deixa noventa e nove sem fazer, a gente nunca é visto com bons olhos, é criticado, às vezes a pessoa até fala: "ah, desta, na hora que você vir na minha casa pedir assinatura ... [ACS Jade – GF].*

Essa problemática que atravessa o seu cotidiano de trabalho tem sido resolvida a partir de contratualidades e pactuações assumidas entre os agentes e a comunidade como: fazer concessão ou "fazer de conta" para não dimensionar o problema, levando a acordos que têm permitido minimizar os conflitos e interesses distintos, possibilitando a continuidade dessa rede de conversas e relações.

Noutra perspectiva, existe nas falas dos agentes uma prática de responsabilizar a comunidade pela pouca participação nos processos decisórios da unidade em busca dos seus direitos sociais e políticos como: ampliação de acesso e do atendimento, mudanças no horário de funcionamento da unidade e melhoria da qualidade da assistência ofertada, bem como uma tendência em associar a pobreza com carência a ser tratada clinicamente ou suprida pela educação formal do saber hegemônico.

*... quando você faz uma palestra e a comunidade não vem é porque para a comunidade é o que? Resistente e a comunidade daqui em si a maioria pra todos os agentes eles são resistentes em termo de palestra na comunidade, palestra na unidade eles vem pouquíssimo a em atividades educacional pra grupo [ACS Jade – GF/OF].*

*... a gente vai e convida, eles perguntam e aí vai ter o que lá? Vai ter comida? Vocês vão dar algum brinde? Ai a gente diz oh não vai ter não!? Então também não vou não vou fazer o que lá? Vou perder meu tempo? Eu vou ficar em casa assistindo minha novela [ACS Ametista – GF/OF].*

A respeito de sua identidade sócio-cultural e linguística com a comunidade observa-se antes de mais nada que se trata de uma construção histórica e social e traz consigo positivities e negatividades, podendo produzir espaços genuínos de compartilhamento, troca, solidariedade e compreensão com as famílias como referem os ACSs no fragmento de fala a seguir: *a agente vai aprendendo, é um aprendizado que você tem no dia a dia e muitas vezes sua visita não se torna específica só de saúde* [ACS Ametista, Jade, Pérola, Turquesa]. Ou pode produzir tensões e disputas como expressa o seguinte discurso: *muitas vezes o agente deixa de fazer alguma coisa pra comunidade à gente é mal visto, se o agente faz o posto também cobra o agente que não é o trabalho da gente ...* [ACS Jade – GF].

Ou ainda, como expressa uma agente: morar na comunidade desde pequena facilita meu cotidiano de trabalho, apesar de me conhecerem desde pequena eles me veem mais como profissional de saúde e tenho as mesmas dificuldades em relação à adesão a algumas prescrições.

Observa-se que o exercício cotidiano de sua prática vai se constituindo, através de uma rede de relações estabelecidas entre os usuários e a equipe, atravessada de poderes, de saberes, de desejos, de afetos, de implicações e de interesses expressos por momentos de tensões, de paralisações, de capturas, de fugas e de satisfação em um constante processo de devir. Essas relações podem ser apreendidas nos conflitos e disputas com a equipe e são expressas por sentimentos de externalidade e não pertença, como de desvalorização do seu saber relacionado à restrição dos espaços de diálogo e de discussão entre os membros da equipe e de participação nos distintos momentos do processo de trabalho referente

ao planejamento dos projetos terapêuticos, aos processos de tomada de decisão e ausência de uma relação mais horizontalizada.

*... na equipe acho que ta sendo um pouco diferente [...] falar é muito bonito que o profissional do PSF depende do agente comunitário, mais na realidade quando vai ver o agente comunitário é o último como dizer assim, pra eles o agente comunitário não é tão importante só na hora da necessidade deles [ACS Turquesa – GF].*

*... o médico tem que fazer a visita com o agente comunitário, atualmente o médico ta indo sozinho, [...] depois que passou a ter mais conhecimento da área o agente comunitário não serve mais pra ele [...] [ACS Safira – GF].*

Como podem, também, fazer surgir sentimentos contraditórios, devido à sua implicação com este campo de saber e prática posicionando-se, muitas vezes, a favor da equipe, apesar de reconhecer em diversos momentos que a população está com razão. No entanto, ao tentar discutir com a equipe não consegue ser ouvido a maioria das vezes o que os fazem sentir-se como uma “leva e traz” como “um mentiroso”(OFICINAS).

*... eu acho que o que conta ali dentro é o atendimento mesmo, não é que o médico é péssimo é a quantidade de pacientes que pelo que eu vejo ali eles não ta vendo qualidade e sim quantidade, porque PSF pelo que eu sei não é só quantidade de pacientes que vai atender, mas sim qualidade [ACS Turquesa – GF].*

*... se eu levar um problema, é porque Sr. Fulano chegou aqui falou que foi mal atendido, aconteceu isso, isso não aconteceu, aí quer dizer, você fica como se fosse um leva e trás da comunidade e ainda fica sem credito na comunidade porque o cliente muitas vezes passou uma vergonha, foi maltratado aí você como é o elo entre a comunidade e o posto eles vem logo se queixar pra você, aí você tenta amenizar o problema passando pra equipe aí a equipe continua no mesmo erro. ... [ACS Jade – GF].*

*... eu não vou mais naquele posto, aquele posto não presta, o pessoal daquele posto é tudo miserável, quer dizer você se sente igual porque é seu local de trabalho, né? Você trabalha ali dentro e a equipe a cima de tudo é seus colegas de trabalho, eu mesmo me sinto envergonhada [ACS Jade – GF].*

Cartografar a micropolítica do processo de trabalho do ACS possibilitou um mergulho em profundidade no cotidiano de sua prática. Verificou-se preliminarmente

uma permanente disputa e tensão entre o agir de seu trabalho vivo, que opera entre um trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras e outro mais normativo, aprisionado pela lógica instrumental do trabalho morto, o qual opera com supremacia o modelo biologicista de intervenção e o sanitarista burocrático referenciado pelas tecnologias duras.

Essa conformação ganha contornos mais nítidos à proporção que se observava a implicação do ACS com a produção de um cuidado-cuidador no território e domicílio, expressos pela capacidade de reconhecer a singularidade de cada família e desenvolver estratégias diferenciadas de cuidado para atender às necessidades e os problemas dos usuários de forma singular. Exemplos notórios são relatados pelos ACS em relação à administração de medicamentos a pessoas analfabetas ou cegas e o manejo de pesagem das crianças. Nesses casos eles inventam instrumentos que facilitam a autonomia e o auto cuidado destas pessoas.

*... Hoje mesmo eu passei e a filha tinha mandado eu colocar uma etiquetazinha em cada medicamento com o horário, aí eu fui e coloquei [...] é muito difícil, então tem que ser uma coisa bem decorativa, mesmo por mais que eu todo dia vá lá e passe na rua, ela me chama pra eu explicar".[...] [ACS Pérola – GF/E4]*

*[...] com uma senhora da minha área, [...], peguei um papel madeira e fiz uns bolsinhos [...] coloquei os remédios naqueles horários dela tomar, cada horário eu botei os remédios dentro, aí ela já sabe, quando tá naquele horário ela olha pro relógio, aí ela vai lá e pega o comprimido daquele envelopezinho, eu já coloquei na ordem os horários. [...] ela já sabe, em cima os de diabetes e em baixo os de pressão, aí é só ela olhar ... [ACS Ametista – GF/E2]*

Outras estratégias criativas são ampliadas e incorporadas ao seu cotidiano de trabalho quando utilizam referenciais simbólicos do mundo infantil, para facilitar a adesão das crianças a este procedimento, como pode ser visto no fragmento de fala do grupo focal: *... tive que pegar as bonecas delas e brincar, [...] quer dizer, pesei as bonequinhas delas, foi aí que ela se interessou e quando me via você vai pesar hoje. [ACS Pérola – GF]*

Outro aspecto a considerar é a horizontalização das relações de poder que parece ocorrer no momento em que o ACS e os profissionais da equipe se encontram no trabalho, em ambiente domiciliar. Tudo leva a crer que a singularidade desse encontro, a inter-subjetividade presente, possibilita a composição de afetos entre os ACSs, médico, enfermeira, usuário e família, ampliando os espaços de compartilhamento da gestão do cuidado pela equipe. Como pode ser visto na fala a seguir e na observação direta.

*... jamais a gente vai chegar em uma casa e ver toda suja e chegar assim não, tem que ser com jeitinho, tem que ser com mês, até ano pra falar a verdade, a gente leva anos e eles continuam do mesmo jeito. [...] por mais que a gente tenha liberdade de falar de saúde, a gente não tem total, total, total liberdade de chegar para o paciente e falar varra sua casa todo dia você vive na sujeira. [ACS Jade – GF]*

*... quando chego numas casas muitas vezes a gente vai conversar outros casos que não tem nada a ver, aí eu tenho que conversar também, vai dizer “não, não quero ouvir, a gente não vai conversar não; a gente tem que ouvir, né? ficar ouvindo. [ACS Ametista – GF]*

A observação direta das visitas domiciliares com a equipe foi o momento em que as composições dos afetos possibilitaram bons encontros e espaços de trocas e compartilhamento, de falas e de escuta, de solidariedade e negociação. É neste território que ocorrem os processos de desterritorialização e a realização de uma clínica implicada, apesar de os profissionais se sentirem um pouco como um estrangeiro e da cautela existente. Aqui parece existir um certo incomodo não explicitado.

Outro aspecto presente tanto nas entrevistas quanto no grupo focal e observação direta diz respeito à disputa de projetos terapêuticos e modelização de comportamentos e atitudes das famílias relacionadas as prescrições das intervenções assistenciais. A não adesão das mesmas é tida como rebeldia e os usuários são denominados de resistentes às estratégias utilizadas pelos agentes.



*... Porque isso é falta de higiene, eu falo, sinceramente eu falo, isso é falta de higiene. Você tem que saber o horário pra dar um banho na criança, você tem que saber o horário pra criança comer, a criança fica muito descalça ... [ACS Jade-GF].*

*... tem uma casa que não cuida de nada, a pessoa conversar, falar sobre higiene aí eu penso assim na conversa, no diálogo, dizer o que pessoa deve fazer o que não deve. [ACS Safira – GF]*

Os ACSs inferem que organizam seu processo de trabalho no domicílio segundo um certo “cronograma”, que copia um modo já tradicional de organização do processo de trabalho na rede de saúde, centrado nas ações programáticas, que classificam as nosologias mais comuns presentes na área e indicam os dias em que serão atendidos os usuários portadores destes agravos.

*... eu faço assim: uma semana eu visito só hipertenso, aí eu faço orientação só pra o hipertenso, aí na outra semana eu visito crianças, faço peso, [...] casas que não tem criança, não tem hipertenso e não tem outros grupos eu deixo pra visitar mais assim no final do mês ... [ACS Esmeralda – GF/E1]*

Esse modo de operar a assistência faz com que os trabalhadores e em especial os ACSs sofram uma captura por parte de um suposto “protocolo” de visitas, quando diz que em determinadas semanas visita “só hipertenso”, na outra “só criança”, e na seguinte apenas gestante etc. Nesse caso, observa-se que o processo de trabalho do ACS no domicílio está sendo comandado mais pelo recorte programático do que pelo critério da necessidade, apesar do reconhecimento de certa singularidade na diferença de perfil de necessidade de cada domicílio, conforme perfil dos moradores e da sensibilidade na abordagem do caso.

Além dessa lógica programática de visitação, outras inovações vão sendo instituídas como o recorte organizacional de seu trabalho na microárea de atuação por rua, buscando atender integralmente a família no domicílio com exceção para o peso da criança que continuava sendo agendado.

*... eu pego de rua a rua, terminando uma rua eu vou pra outra. No caso, essas ruas que eu entro nesse dia pode ter um hipertenso, pode ter*

*diabético, pode ter visitas domiciliares, [...] criança se for menor de dois anos sempre eu deixo pra uma data que eu já reservo [ACS Pérola – GF/E4]*

No grupo focal, os ACSs informam que fazem atendimento também por demanda espontânea no território, isto é, fazem visitas e cuidado que não haviam sido programados previamente, pois eles são demandados por moradores, quando transitam entre as residências. Assim, abrem linhas de fuga do suposto “atendimento programado” para centrar seu trabalho nas necessidades do usuário. Na observação direta, foi possível acompanhar essa forma de atendimento.

*... nem sempre a rotina que você faz você termina, porque é assim, você tá em uma rua aí quando pensa que não chega um: – ‘ah, aquele senhor mandou te chamar porque tá passando mal!’ – ‘ah, aquele senhor ali falou que quer um exame!’. Aí você tem que largar aquela família, terminar aquela visita dele “ah, pera ainda que eu já vou” aí vc já vai pra outra rua [ACS Pérola Jade – GF].*

Observa-se que o trabalho do ACS é por um lado, subsumido pelas lógicas do modelo hegemônico estruturado sobre os núcleos especializados de saber profissional o que diminui sua potência de agir tendo em vista o processo de captura da liberdade de seu trabalho vivo pela lógica instrumental do trabalho morto. Por outro lado assume formas inventivas e criativas de cuidar no contexto do modelo tradicional de produzir saúde, conseguindo em momentos pontuais transitar deste para outro modelo, em movimentos em dobra, trabalhando às vezes de um jeito e outras vezes de outros diferentes, não em contradição, mas em singulares modos de agir, em identidades com um ou outro modelo.

Assim, eles trabalham sob a tensão de dois pólos: a primeira, centrada na lógica da produção de procedimentos como expressão do cuidado; a segunda privilegia atividades centradas no núcleo cuidador e nas necessidades do usuário, priorizando as tecnologias relacionais. Ou seja, podem operar em certos momentos

de forma a representar os interesses da comunidade e em outros representar os interesses corporativos.

As relações com a equipe são permeadas de tensões, conflitos e disputas tanto em relação aos projetos terapêuticos quanto ao atendimento das demandas trazidas. A equipe de SF desqualifica a ação cuidadora do ACS, não reconhece nele a competência para a construção de um tipo de cuidado diferente daquele centrado na lógica programática, e constrange-o à repetição do atual modelo. O agente de saúde por sua vez, procura trabalhar com ações de promoção para legitimar o seu trabalho.

Entre os recursos que utilizam estão os prospectos educativos produzidos por outras redes de cuidado, ligadas às clínicas privadas, como forma de ter “*uma orientação mais apurada*” e atender as demandas das famílias e dos indivíduos orientando como, por exemplo, sobre o “*climatério*”. A fala a seguir representa essa dimensão:

*... nem sempre vem material pra gente trabalhar, a gente tem que ficar indo pros lugar pedir material, assim cada um é pedindo a enfermeira, porque sinceramente o governo não manda informativo pra gente [ACS Esmeralda, Jade, Pérola - GF]*

O jogo de disputa na equipe de SF é expressão dos micropoderes que permeiam as relações de trabalho ligados sobretudo à hierarquização do saber que se coloca entre os ACS e a equipe legitimada pelos níveis de gestão da secretaria de saúde.

*... nós elaboramos um projeto ótimo que nós íamos botar um stand aqui, íamos por coisas da comunidade no caso na área da mulher o pessoal do bordado, o crochê, nós íamos expor o trabalho dessas pessoas [artesanato] no papel ficou tudo lindo e maravilhoso quando foi na última hora a prefeitura disse, que não poderia colaborar ... [ACS Ametista – GF]*

*... ou o agente comunitário ta em cima ou então tudo só cai nas costas da gente, do agente comunitário porque se a gente não estiver lembrando, não tiver pedindo, implorando, porque muitas das vezes acontece isso dentro da*

*unidade, a gente tem que tá implorando pra até fazer um curativo, levar ao médico, aferir PA ... [ACS Jade – GF]*

Essas relações inter-equipe se referem à divisão técnica do trabalho em primeira instância, e também à divisão social, que fragmenta, aliena, subordina a produção do trabalhador manual ao do trabalhador intelectual, restringindo a sua participação nos processos decisórios. É como se, no imaginário dos outros profissionais da equipe, o ACS representasse o lugar do trabalhador manual, aquele que não detém um núcleo especializado de saber, e um núcleo profissional específico. E por isto mesmo os outros trabalhadores o colocam em um plano em que o seu trabalho tem menor valorização em relação aos outros. Os ACS entrevistados referem que eles são vistos pelos outros trabalhadores e pela gestão, mais como um “trabalhador manual”, como se não detivessem um campo de saber e capacidade cognitiva de operar com o cuidado em saúde.

*... dentro da própria unidade acontece isso, montarem os projetos, palestras e cursos, deixam as coisas assim mais difíceis, mais pesadas, sobram para os agentes comunitários, [...] se for fazer lanche, se for fazer panfleto, se for tirar xérox, se for fazer cartaz, se for fazer uma faixa os agentes comunitários que tem que ir arregaçar as mangas e procurar fazer... [ACS Jade – GF].*

As narrativas das entrevistas vão compondo os cenários do cotidiano de trabalho do ACS, expressando o modo como vai tecendo as suas relações, o conteúdo subjetivo das mesmas vão se perfilando através da forma como vão representando e dando sentido aos atos produtivos que produzem nesse espaço intersecor, onde estão presentes os núcleos do saber específico das profissões, núcleo especializado do problema e o núcleo cuidador, território o trabalho vivo em ato, das relações e das tecnologias leves, espaço que todo trabalhador de saúde detém e onde se produz um trabalho clinicamente implicado.

À medida que o trabalho vivo em ato governa seu modo de produzir saúde, outras estratégias cuidadoras criativas são incorporadas e ampliadas, possibilitando agenciar a criação de linha de fugas, subversão da norma e a elaboração projetos terapêuticos mais cuidadores que respondam melhor as necessidades de cuidado e sofrimento das pessoas.

Nessa perspectiva, sempre existirá um relativo autogoverno do ACS que o permitirá dançar em ritmos diferenciados, e que nem sempre coincide com os passos ensaiados e ensinado pelas instituições, estando então dadas as possibilidades de ação e autonomia para forjar novos sentidos e transitar por outros mundos, visto que estamos sempre em produção e somos simultaneamente muitos sujeitos, que sujeitamos e somos sujeitados e a partir de certos recortes tanto podemos ser sujeitos instituintes de processos de mudanças quanto reprodutores de certas situações.

Ao se constituírem como sujeitos de suas ações, os ACSs, poderão *trabalhar os fluxos semióticos, quebrar as significações, abrir a linguagem para outros desejos e forjar outras realidades* (GUATARRI, 1987, p.179) que ganham materialidade na micropolítica do trabalho desenvolvido no cotidiano da unidade de saúde da família. A título de exemplo, na fala de uma ACS no encerramento das oficinas fica claro essa questão *“com esse curso nunca mais serei a mesma, daquilo que você falou outro dia, tenho pensado e meu modo de ver a enfermeira é outro, hoje compreendo o ponto de vista dela e até aceito”* (ACS Rubi).

Outro aspecto a ser considerado, refere-se ao modelo de organização da gestão do cuidado e a organização do trabalho que se estrutura por relações hierarquizadas. No caso dos ACSs, todos esses aspectos tendem a capturar o seu

processo de trabalho, ampliando e reproduzindo um modo de produção do cuidado centrado em procedimentos. Observa-se que o saber técnico subsume outros saberes que eventualmente se manifestam como o saber-cuidador, centrado em tecnologias mais relacionais e mantém a equipe pouco permeável a inovações no processo de trabalho do ACS. Seu trabalho vivo é capturado em ato.

A normatização do programa acerca do que fazer no cotidiano do agente tem aprisionado o seu trabalho vivo, dificultando o agenciamento de linhas de fugas para operar de forma criativa, outros modos de cuidar. Tem revelado também que essa forma de organização, encontra-se fortemente ancorado na racionalidade gerencial hegemônica, reproduzindo as relações de poder ligadas a hierarquização do saber, advinda da divisão social e técnica do trabalho, onde ocorre uma nítida separação entre o saber intelectual e manual.

*... até mesmo dentro do posto, então quer disser, quando a gente tenta ajudar, a gente não, a gente trabalha lá dentro tem, acesso lá dentro, mas a gente não manda em nada, não pode pedir nada, só tem contato com o que? Agora o contato assim, pra ajudar quando as pessoas precisam são pouquíssimas vezes [ACS Jade, Ametista, Safira, Rubi e Turquesa – GF].*

Nos discursos presentes, no grupo focal e nas entrevistas individuais, foi observado que a existência de poucos espaços de escuta e diálogo na equipe não têm permitido a participação dos ACSs nos processos decisórios relacionados à gestão do cuidado, a organização e funcionamento dos serviços de saúde, como podem ser visto nas falas dos agentes quando referem na entrevista grupal e nas oficinas que “o apito do ACS é surdo”; ou quando relatam que levam as necessidades das famílias as quais acompanham e a sua opinião não é considerada pela equipe na elaboração das estratégias de cuidado formuladas em reunião. A relação inter-subjetiva, que se dá por via da fala entre o ACS e a equipe é pontual

destina-se a troca ou transmissão de informação técnica, visando atender as demandas imediatas dos usuários.

*... na equipe acho que tá sendo um pouco diferente (...) falar é muito bonito que o profissional do PSF depende do agente comunitário, mais na realidade quando vai ver o agente comunitário é o último como dizer assim ... [ACS Turquesa – GF/E6].*

*... às vezes nem tá olhando a necessidade da família tem umas com a necessidade maior e não tá indo naquela família e sim na outra, aí não tá havendo essa ... [ACS Pérola – GF/E2].*

Observa-se nos diversos depoimentos que as relações entre os ACSs e a equipe são conflituosas e ocorrem em um território de disputa e tensão em torno do processo de trabalho do ACS e do projeto terapêutico cuidador. No cotidiano de trabalho, esses sentimentos são reforçados pelo modo como se constitui esta rede de relações, onde predomina a restrição dos espaços de escuta, de fala e de discussão entre os membros da equipe e de participação nos distintos momentos do processo de trabalho: planejamento, execução e avaliação; tomada de decisão e horizontalização das relações de poder e saber.

A inexistência de espaço de elaboração coletiva de planejamento do trabalho, avaliação do cuidado e de critérios de priorização das famílias que necessitam de visitas, faz com que os agentes criem estratégias de “gestão colegiada” do seu processo de trabalho, para discutirem e resolverem os problemas verificados nas diversas microáreas. Como por exemplo: eles operam entre si, uma micro-rede solidária para garantir o agendamento para o usuário que está mais grave, mais necessitado, situação em que um agente repassa a outro sua “vaga” ou “ficha” para consulta, entendendo que o usuário sob cuidados do colega estaria mais necessitado.

*... ela passava assim vamos ver qual é a prioridade, mas não sentava com o resto todo pra saber qual é, aí a gente ficava nós mesmos pra decidir, às vezes a minha não tava tanto necessitando e a colega já tava aí abria a mão*

*passava pra ela só que entre a gente entre equipe não. [ACS Turquesa – GF/OF]*

Ressalta-se que a produção da subjetividade é processual, não esta dada a priori e no agir cotidiano de sua prática, o ACS pode operar entre si diferentes modos de fazer, uma vez que afeta e sofre afetamentos, atravessa e ao mesmo tempo é atravessado por diferentes lógicas agenciadoras de micro-redes de todos os tipos e matizes: capitalística e humanitária, a solidária e a fascista, a clientelista e a de “pendor para ajuda solidária” entre outros.

Os saberes e práticas que informam o modo de agir dos ACSs reproduzem, e muitas vezes ampliam o modelo hegemônico ao utilizar centralmente no desenvolvimento de suas atividades os saberes que se referem ao núcleo específico das profissões de saúde, mesmo que tenham como instrumento de atuação a educação sanitária. As ações e práticas educativas que desenvolvem têm como eixo as práticas de promoção e proteção à saúde, voltadas para a história natural das doenças, quando referem:

*... a importância dos exames, o porquê da importância do pré-natal na vida da mãe e do bebê, aí eu falo também da importância da sífilis e da rubéola, hepatite aí cada mês eu falo sobre a importância de uma doença. ... [ACS Jade – E3].*

*... o agente de saúde chegar e conversar falar sobre higiene, sobre os perigos de andar descalço, os cuidados para quem anda descalço, sobre verminose, essas coisas; pronto sobre higiene [ACS Safira – E5].*

Não reconhecem que o cuidado e seus resultados são uma produção humana, em que aspectos do processo de trabalho e do modo de produzir se estruturam como algo criado pelos próprios sujeitos trabalhadores.

Esse modo de atuação pode ser evidenciado nas falas dos ACS acerca do trabalho em saúde e a relação que fazem deste com a educação. Essa compreensão encontra-se arraigada no campo de produção subjetiva do ACS,



fortalecendo a crença que as ações educativas *per se*, teriam potência para modelar comportamentos, valores e visões de mundo, melhorando a qualidade de vida e autonomizando os sujeitos em seu modo de andar a vida.

Este tipo de análise está muito presente nos serviços de saúde, como demonstra a citação do Ricardo Bruno de que “... *era preciso que se restabelecessem os nexos entre as características do hospedeiro e o desenvolvimento da doença, capazes de sustentar a concepção de que através do comportamento modificado se pudesse obter o controle das mesmas.*” (GONÇALVES, 1994, p.113) e o discurso dos entrevistados quando referem “... *é uma total assim falta de higiene se eles tivessem assim um princípio de educação não estariam assim*”.

Observa-se também, nessas falas, que as práticas educativas desenvolvidas para ensinar a comunidade o auto cuidado e a adoção de estilos de vida saudáveis têm produzido uma normalização na vida das pessoas que tem, muitas vezes, gerado conflitos e resistências na aceitação de tais orientações. Sabe-se que o ato de fala por si não implica, necessariamente, mudanças no modo dos sujeitos envolvidos andarem a vida. Por outro lado, a desqualificação do patrimônio de conhecimento da população produzido pelo saber científico produz apatia e pouca participação da comunidade na gestão da unidade, do cuidado e nos grupos educativos ou de apoio.

Dentre as dificuldades relacionadas à organização e funcionamento dos serviços para produção dos atos assistenciais pelos agentes às famílias, foram citadas as seguintes:

- Composição da equipe para atender a uma demanda excessiva tendo como consequência a restrição do acesso, formação de filas noturnas, números insuficientes de fichas e cotas para consultas médicas no PSF, nas especialidades e exames de média e alta complexidade;

- Infra-estrutura física da unidade inadequada (pequena) tem dificultado a realização de ações educativas em grupo e o atendimento das famílias adscritas;

- A insuficiência, ausência ou não funcionamento dos materiais e equipamentos necessários para o desenvolvimento do trabalho do agente, têm prejudicado o cuidado que presta às famílias, especialmente, a ausência de material informativo;

- Insuficiência de capacitações e treinamentos não têm contribuído para sua autonomização e conseqüente para autonomizar os outros. Embora os treinamentos e capacitações não sejam capazes de modificarem as práticas de saúde dos profissionais da equipe, podem contribuir para uma progressiva politização e socialização do saber que influem sobre as relações de poder que se dão na micropolítica do trabalho cotidiano das equipes.

Esses problemas têm sido responsáveis por muitos dos conflitos ocorridos entre agente, equipe e comunidade, tendo em vista a necessidade de atender as demandas e necessidades da população, e ao mesmo suprir a equipe com informações necessárias, a fim de que possam responder adequadamente as demandas. Como são muitos os problemas decorrentes desse modo de organização, o agente sente-se pressionando em dar conta das demandas que fogem à sua competência.

Analisando o processo de trabalho do ACS para produção do cuidado observa-se que ele está organizado centralmente voltado para ações programáticas, de vigilância e controle de doenças e agravos específicos, seguindo o cardápio que é oferecido pela unidade. Inspirado nessa lógica de programação e risco, sua ação nucleadora a visita domiciliar estrutura-se a partir de um suposto protocolo normatizador de orientação semanal para atendimento individual a grupos específicos no domicílio, através de ações de promoção e proteção à saúde, prevenção e controle a grupos específicos em risco de adoecer e morrer.

## **CONCLUSÃO**

### **CAPÍTULO 4**

#### **A PROVISORIEDADE DE UM TEXTO NO CONTEXTO: TRAÇANDO E TECENDO ALGUNS COMENTÁRIOS**

Este trabalho foi produzido por meio de um mergulho no cotidiano de trabalho dos ACSs, usando para tanto diversas estratégias: entrevistas, grupos focais, oficinas e observação direta de seu processo de trabalho. Cartografar o material empírico coletado possibilitou acompanhar as distintas lógicas presente na micropolítica do seu processo de trabalho, revelando os ruídos, as tensões e os conflitos aí presentes bem como os diferentes modos de se relacionar e cuidar.

A micropolítica do processo de trabalho do ACS é atravessada por lógicas próprias das vivências da família, no território e domicílio, e da equipe na USF, onde os sujeitos que aí convivem entre si, sofrem afetamentos em seus encontros mútuos, agenciando a produção de diferentes modos e perfis de cuidar. As tensões constitutivas presentes nesse espaço expressam os conflitos e as disputas presentes nesse território e fazem com que os ACS se situem em uma dobra em um cenário diferente daquele que opõe interior/exterior. Neste espaço de produção, ocorrem as microconexões, que são instituintes e possibilitam um mergulho em profundidade na cotidianidade do seu trabalho (BAREMBILITT, 2002).

No percurso, muitos dos a priori da investigadora tiveram que ser abandonados e uma ampla exploração de novos territórios teve que ser produzida. Desterritorializada a autora, foi dolorosa sua reconfiguração como parte/parceira/co-

produtora dos novos territórios de ação percorridos pelos ACSs nos múltiplos agenciamentos que vivenciam na produção do cuidado.

O processo de trabalho em saúde e suas tecnologias têm se constituído em um *analisador* potente da gestão do cuidado e do trabalho nos serviços de saúde, por possibilitar a identificação de ruídos, potencialidades, limites, presentes na malha progressiva de cuidado à saúde. A análise, que se segue, tem por base os marcadores definidos para este estudo, que se encontram relacionados como sub-*itens* apenas para demonstração didática, mas estão todos eles em interseção, ou em dobra, onde os limites entre si ficam indefinidos.

*As tecnologias de trabalho:*

Em se tratando da organização do processo de trabalho do ACS, observa-se a presença de duas lógicas conflitantes no desenvolvimento de sua prática. A primeira representada por um conjunto de técnicas, normas e procedimentos ou na medicalização da doença e encontra-se sustentada pela racionalidade normativa e instrumental, podendo ser visualizadas através das ações de educação à saúde de cunho informativo, corretivo e prescritivo das práticas de higiene e do auto cuidado dirigidas às famílias. Em muitos momentos, prevalece esta lógica de trabalho, centrada nas tecnologias duras. Em outra face da “dobra” aparece o ACS com alto grau de liberdade no seu trabalho, operando sobretudo as tecnologias mais relacionais. Esse suposto contraditório demarca sua rotina de trabalho, sendo que o ACS se encontra no centro de tensão entre as duas lógicas.

*O grau de liberdade de ação do trabalho vivo em ato:*

Como se trata de um processo em construção que se encontra em diversas fases e com graus variados de implementação, duas possibilidades podem ser levantadas, uma estaria relacionada à total captura do processo de trabalho do agente para dentro do núcleo duro do modelo de intervenção hegemônico. A outra possibilidade seria de que a transversalidade que comanda os *bons encontros* com os diversos *corpos* presentes no seu cotidiano de trabalho fosse capaz de ampliar o grau de liberdade do seu trabalho vivo em ato e sua capacidade inventiva e criadora na elaboração dos atos assistenciais, mesmo que o faça em permanente tensão.

Apesar de desenvolver uma ação cuidadora, o agente sofre um processo de captura do saber nuclear das profissões de saúde e instituições correlatas, ficando o seu trabalho marcado por uma permanente tensão e disputa. De um lado, tem-se o trabalho vivo centrado nas tecnologias leves e relacionais, de outro, o trabalho morto centrado na lógica instrumental e onde operam os modelos biologicistas, programáticos e suas formas de captura.

*Os afetos provocados pelos encontros do ACS com os outros sujeitos do cuidado:*

A outra racionalidade situa-se no território das relações, das afecções, dos desejos, das implicações colocando-se sempre em uma dobra, possibilita o agenciamento de dispositivos que tende à busca de inovações no modo de gerir o cuidado e coloca o usuário no centro da atenção e da gestão. Encontra-se centrada nos *bons encontros* que o agente estabelece com as famílias e são expressos através de suas ações cuidadoras ao demonstrar carinho, preocupação e compreensão com o sofrimento e necessidade do outro, desenvolve e inventa estratégias diferenciadas de cuidado e reconhece a singularidade de cada caso. O

outro lado da dobra revela as tensões com a equipe, o não reconhecimento da sua capacidade técnica de trabalho, a captura do seu processo produtivo e sua forma de fuga deste cenário, buscando legitimidade em produção da rede privada de cuidado à saúde. O contraditório vai revelando o mundo complexo de atuação do ACS no seu cotidiano.

*Reestruturação Produtiva; desterritorialização/reterritorialização do processo de trabalho do ACS:*

Em relação ao processo de reestruturação produtiva, apreende-se que o ACS vive uma tensão e conflito que são constitutivos do seu processo de trabalho pelas disputas permanentes que ocorrem entre os campos de força presentes em seu cotidiano. O primeiro é comandado pela lógica cuidadora e criatividade do agente na elaboração de novos projetos terapêuticos, que são estimuladas pela sua ação no território e domicílio e no contato com os usuários. O segundo tem como representante a racionalidade instrumental, normatizada e estruturada por um saber técnico, representado pelo modelo programático e o cronograma que capturam o seu processo de trabalho.

Apesar de não possuir um núcleo especializado de conhecimento, o ACS utiliza a dimensão cuidadora do seu processo de trabalho para produzir um cuidado centrado no usuário. Torna claro que uma intencionalidade o move nessa direção, para um processo de trabalho mais relacional, tanto com o usuário quanto com os outros ACSs, constituindo redes solidárias entre si. Sua subjetividade opera nesta “vontade de cuidar”, expressão do seu desejo que atua como propulsor da construção social do seu trabalho.

Por outro ângulo, observou-se que o ACS não tem potência suficiente para contaminar o processo de trabalho da equipe, por estar fortemente implicado com o território instituído das práticas hegemônicas do cuidado, que se legitima a existência dos trabalhadores de saúde. Essa relação de identificação o aprisiona neste território existencial, sofrendo a ação de captura do modelo dominante que é o programático, fortemente burocratizado no cronograma. Tais processos ocorrem não porque seja apenas vítima mas porque é protagonista, contribuindo com sua ampliação e reprodução. Seu saber-fazer continua em certa medida estruturado pelas normas, protocolos e ações de prevenção e promoção prescritivas voltadas para doença.

Este território normativo, capturante das potências criativas, figura como a superfície de registro-controle, que comanda os processos de cuidado do modelo hegemônico. No entanto, na liberdade do seu “trabalho vivo” o ACS faz ranhuras nessa superfície, operando ao mesmo tempo em lógicas por ele mesmo inventadas, de cuidados à saúde. Este é o movimento contínuo de territorialização e desterritorialização, expressão real que vai caracterizar a singularidade da micropolítica do seu processo de trabalho.

Estudo realizado sobre “A produção do cuidado na rede básica de atenção a saúde”<sup>25</sup> nos informa que os saberes e práticas hegemônicos ainda dominam o processo de trabalho da equipe, contudo poucos são os profissionais que conseguem subverter essa lógica para criar linhas de fuga e produzir um cuidado mais relacional e acolhedor. Observou-se, nesses casos, que o processo de captura do seu agir cotidiano pela lógica flexneriana está fortemente territorializado e instituído.



Por tudo o que foi relatado, pode-se concluir que o trabalho do ACS não é suficiente para produzir um processo de reestruturação produtiva no SF. Ele se desterritorializa do modelo centrado em procedimentos, quando opera um processo de trabalho com base nas tecnologias relacionais, usa da liberdade do seu trabalho vivo em ato para inventar e criar formas de cuidado eficazes, singulares. Mas estes processos não têm potência suficiente para produzir na equipe de SF um processo de mudanças, caracterizando a construção de um novo território ético-político-existencial de ação no processo de produção do cuidado. A equipe permanece territorializada no modelo anterior, deslegitima e questiona a ação do ACS naquilo que ele inova.

Todos esses aspectos e dimensões presentes nas entrevistas individuais e em grupo, nas oficinas de educação permanente e na observação direta, traçam uma cartografia que diz respeito aos diversos e diferentes sentidos que engendram a micropolítica do processo de trabalho do ACS e aponta para eminente implosão e exaustão da estratégia do ACS. Os diferentes e diversos aspectos que corroboram para esta perda de sentido e funcionalidade dessa estratégia estão relacionados à ausência de suporte material (infra-estrutura e logística), cultural, relacional e intersubjetivo (afetos e subjetivação) conformadores de uma produção do cuidado de si e do outro arborescente e estruturado produtor de descuidado e morte.

Esse modo de organizar as ações, serviços e processos de trabalho têm reduzido a potência de agir dos ACSs e capturado sua ação cuidadora para o núcleo duro do modelo hegemônico, comprometendo a qualidade e eficácia de uma clínica mais implicada, inventiva e criativa. Essa subordinação da dimensão cuidadora a uma posição irrelevante e complementar tem produzido relações sumárias e fluxos e

intensidades agenciadoras de encontros tristes por subordinar ação do ACS ao território de saberes e práticas da saúde, as normas, códigos e leis de suas instituições e as relações poder de poder hierárquicas que atravessam o setor, impossibilitando sua participação nos processos decisórios na equipe. Além de não acompanhar sistematicamente e dar respostas as demandas e necessidades trazidas pelos agentes dos domicílios.

Todos esses aspectos presentes na micropolítica de seu cotidiano de trabalho sugerem ser mais um programa que se caracteriza por adotar um modelo focal e racionalizador voltadas para as populações pobres e marginalizadas das periferias das cidades e das áreas rurais com o claro objetivo de ampliar o acesso e cobertura dos serviços e atenuar os conflitos sociais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO DA SILVA, A L. **Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência**. 2004. 223p. Tese (doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. São Paulo 2004.

AFONSO, Lúcia; COUTINHO, Adriane Ramiro Azeredo. Metodologias de trabalho com grupos e sua utilização na área da saúde. In: AFONSO, L. et al. **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. Belo Horizonte: Campo Social, 2003.

ALTOÉ, S. **René Lourau** - analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004.

ALMEIDA, C. M. et al. **Os atalhos da mudança na saúde do Brasil. Serviços em nível local: 9 estudos de caso. Uma análise comparativa**. OPS/OMS, Rio de Janeiro, 1989.

AMARANTE, P.D.C. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ANDRADE, F.M.O. **O Programa de Saúde da Família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento**. Fortaleza, 1998.

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho?** - ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 10. ed. São Paulo: Cortez – Campinas: Unicamp, 2005.

\_\_\_\_\_. **Os sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: BOITEMPO, 1ª ed. 1999 (8ª reimpressão, jun. 2006).

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v.8, n.14, p. 73-92, set. 2003-fev.2004.

BAGGIO, M.A. BAREMBLITT, G.; A Clínica como ela é. In: **Saúde e Loucura – A Clínica como ela é**. n.5, São Paulo: Hucitec, 1997, p. 11-30.

BAHIA. Secretaria Municipal de Saúde de Itabuna. Relatório de Gestão, 2006.

BAREMBLITT, G. A Clínica como ela é – Dez pontos para uma apresentação. In: **Saúde e Loucura – A Clínica como ela é**. n. 5. São Paulo: Hucitec, 1997a, p.5-10.

\_\_\_\_\_. **Introdução a esquizoanálise**. v.1, Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 1998.

\_\_\_\_\_. **Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: Teoria e Prática**. 5. ed, Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

BARROS, M.E.B. de. Trabalhar: usar de – sair de si. *Interface – comunic, saúde, educ.* v.11, n.22, p.345-363, mai/ago, 2007.

BERMAN, P.A.; GWATKIN, D.R.; BURGER, S.E. Community-based health workers: head start or false start towards health for all? **Social Science and Medicine**, 1987; 25: 443-459.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 7. ed. Petrópolis, R.J: 1999.

\_\_\_\_\_. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. *Inclusão Social*, Brasília, v.1, n.1, p. 28-35, out/mar., 2005.

BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E.N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. v. 13, n. 1, 2008. p. 259-268.

BRAGA, J.C. e GÓES, S. **Saúde e Previdência: estudos de política social**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação e Cultura. **Programa de Preparação estratégica de pessoal de saúde (PPREPS)**. Brasília: OPAS, 1976.

BRASIL. **Relatório da Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma - Ata. URSS, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde./Fundação Nacional de Saúde. **O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, 1991.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde./Fundação Nacional de Saúde. **O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde./Fundação Nacional de Saúde. **O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS): Normas e diretrizes**. Brasília, 1994a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa.** Brasília, 1994b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Avaliação da Implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família (PSF).** Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei 10.507**, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão dos Agentes Comunitários de Saúde e dá outras providências. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS).** Brasília, 2003. (Versão preliminar)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde: relatório preliminar.** Brasília, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para o curso técnico de agentes comunitários de saúde: área profissional saúde.** Brasília, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Disponível em: [HTTP://www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab). Acesso 26 de out. 2007

BRAVERMAN, H. A Divisão do Trabalho. In: SANTANA, J.P. de. **Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: OPAS, 1997.

CAMPINAS, L.L.S.L.; ALMEIDA, M.M.M.B. de. Agentes Comunitários de Saúde e o acolhimento aos doentes com tuberculose no Programa de Saúde da Família. **Bol. Pneumol Sanit.** v. 12, n. 3, 2004. p.145-154.

CAMPOS, G.W.S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

\_\_\_\_\_. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. In: CECÍLIO, L.C.O (org). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997a. p.29-87

\_\_\_\_\_. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R.(orgs). In: **Praxis em Salud: um desafio para lo público**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1997b, p.229-266.

\_\_\_\_\_. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. 20. ed .Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

CAVALCANTI, P; CAMPOS, A. **Elegia**. Intérprete: Caetano Veloso. In: VELOSO, C. Cinema Transcendental. São Paulo: Universal Music, 1979. CD estéreo, faixa 6.

CECÍLIO, L.C.O. **Inventando a mudança em uma região de saúde**: reconstituição e análise da experiência do Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS-5) – 1983/1987. In: CECÍLIO, L.C.O (org). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p.89-116.

\_\_\_\_\_. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CESAR, J.A. et al. Mudanças em indicadores de saúde infantil em um município com agentes comunitários:o caso de Itapirapuã Paulista,Vale do Ribeira,São Paulo,Brasil.**Cad. de Saúde Pública**. v.6 Rio de Janeiro nov/dez.2002.

COLOGNESE, S. A.; MELO, J. L. B. A técnica de entrevista na pesquisa social. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre, v. 9, p. 143-159, 1999.

DAL POZ, M.R. O agente comunitário de saúde: algumas reflexões. **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**. Série Debates. v. 6, n. 10, p. 75-94, fev 2002.

DELEUZE, G. **Proust e os signos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

\_\_\_\_\_. **Espinosa**: Filosofia Prática, São Paulo: Escuta, 2002.

\_\_\_\_\_. **A Dobra**: Leibniz e o Barroco. Tradução Luiz B.L Orlandi. Campinas, São Paulo: Papyrus. 3 ed. 2005

\_\_\_\_\_. **Conversações** -1972-1990. São Paulo: 34, 2006.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O Anti-Édipo**: capitalismo e esquizofrenia 1. Tradução Joana Moraes Varela e Manuel Maria Carrilho. Lisboa: Assírio e Alvim, 2004a.

\_\_\_\_\_. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. v. 1. São Paulo: 34 2004b.

\_\_\_\_\_. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. v. 3. São Paulo: 34, 2007.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. (Tradução de José Gabriel Cunha). Lisboa: Relógio D'Água Editores, 2004.

DESLANDES, S.F. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G; SOUZA, E.R. (Org.). **Avaliação por Triangulação de Métodos**: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

DONNANGELO, M.C.F. **Medicina e Sociedade**. São Paulo: Pioneira, 1975.

DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a nova construção de um modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev.Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health**. v. 21, n. 2/3, ,2007.

ESPINOSA, B. **Ética** (Tradução e notas de Tomaz Tadeu). Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

FAVORETO, C.A.O; CAMARGO JÚNIOR, K.R de. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa Saúde da família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis; Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 12 (1): 59-75, 2002.

FERNANDES, J.C.L. Agentes de saúde em comunidades urbanas. **Cad. Saúde Públ.**, v. 8, n. 2, abr/jun, 1992. p. 134-139,

FERRAZ, L.; AERTS, D.R. de G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 10, n. 2, 2005, p.347-355.

FERREIRA, V.S.C. **Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso**. 2000. 147 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). ISC/UFBA, 2000.

FERREIRA, V.S.C; FRANCO, T. B. Ensaio sobre o Método Cartográfico na pesquisa em Saúde Coletiva. In: **A produção subjetiva do PSF: cartografias do trabalho em saúde** (livro no prelo). Rio de Janeiro: ABRASCO – HUCITEC, 2008.

FONSECA, T.M.G; KIRST, P.G. O desejo de mundo: um olhar sobre a clínica. **Psicologia e Sociedade**; v. 16, n. 3, set/dez.2004. p. 29-34.

FORTES, P.A.C.; SPINETTI, S.R. A informação nas relações entre os Agentes Comunitários de Saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**. v.13, n.2, maio-ago, 2004a, p.70-75.

\_\_\_\_\_. O Agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, set-out, 2004b. p. 1328-1333.

FOUCAULT, M. **A Hermenêutica do sujeito**. 2. ed, São Paulo: Martins Fontes, 2006a.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder**. (Organização e tradução de Roberto Machado). 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006b.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade 3: o cuidado de si**. 9. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

FRANCO, T. B.; Bueno, W. S.; Merhy, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro – 15 (2):345-353;abr-jun/1999.

FRANCO, T. B. O Processo de Trabalho em Saúde. 2000. (mimeo)

\_\_\_\_\_. Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em apoio ao Planejamento: O caso de Luz (MG). In: MERHY, E.E. (Org.). **O**



**Trabalho em Saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003a.

\_\_\_\_\_. **Processos de Trabalho e Transição Tecnológica na Saúde:** um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde. 2003b. 277 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP, 2003b.

\_\_\_\_\_. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: **Gestão em Redes:** práticas de avaliação, formação e participação na saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UERJ - ABRASCO, 2006b.

FRANCO et al. **A Produção do Cuidado na Rede Básica.** Relatório de Pesquisa financiada pela FAPESB e executada pela UESC. Ilhéus, 2006a.

FRANCO, T.B. et al. A produção subjetiva do PSF: cartografando o trabalho em saúde. In: **A produção subjetiva do PSF:** cartografias do trabalho em saúde (livro no prelo). Rio de Janeiro: ABRASCO – HUCITEC, 2008.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. **Mapas Analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho.** Rio de Janeiro, 2007 (digitado).

FREIDSON, E. Para uma Análise Comparada das Profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais** n. 31. ano 11. junho de 1996.

FREIDSON, E. **Renascimento do Profissionalismo:** teoria, profecia e política. São Paulo: USP, 1998.

GIFFIN, K.; TIZUKO, Shiraiwa. O agente comunitário de Saúde Pública: a proposta de Manguinhos. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 5, n.1, jan/mar 1989. p. 24-44,

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde:** características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual e Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 1994.

GUATARRI, F. **Revolução Molecular:** pulsões políticas do desejo. (Tradução Suely Belinha Rolnik). 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

\_\_\_\_\_. Linguagem, consciência e sociedade. **Saúde Loucura**, 3. ed. São Paulo: Hucitec, n 2, 1990.

\_\_\_\_\_. Da produção de subjetividade. In: PARENTE, A. (org.). **Imagem máquina a era das tecnologias do virtual**. Rio de Janeiro: Editora 34. 1993, p. 177-191.

\_\_\_\_\_. Guatarri, o paradigma estético. Entrevista com Fernando Urribarri. **Cadernos de Subjetividade**. V.1, n.1, p.29-40, mar/ago, 2 ed. São Paulo, 1996.

\_\_\_\_\_. **As três ecologias**. 16. ed. Campinas: Papirus, 2005.

\_\_\_\_\_. **Caosmose**: um novo paradigma estético. 1ª ed. 4ª reimpressão. São Paulo: 34, 2006.

GUATARRI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

HELLER, A. **Téoria de las necesidades en MARX**. (Tradución: YVARS, J.F.). 2. ed. Barcelona: Ediciones Península Historia/Ciência/Sociedad, 1986.

KAFKA, F. "Meditações". In: **Antologia de páginas íntimas**. 2. ed. (Trad. de Alfredo Margarido). Lisboa: Guimarães Editores, 1997.

KASTRUP, V. Cartografias Literárias. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**. v. 14. n. 2, 2002. p. 75-94.

KASTRUP, V. (2004). A aprendizagem da atenção na cognição inventiva. **Psicologia & Sociedade**, 16(30), 07-16.

\_\_\_\_\_. O Funcionamento da Atenção no Trabalho do Cartógrafo. **Psicologia e Sociedade**. v.19, n.1, jan/abril, 2007.p. 1-18.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004

IRIART, C.B; MERHY, E.E.; WAITZKIN, H. La atención gerenciada en América Latina: transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. **Cadernos e Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16:95-105, 1999.

LEVY, F.M.; MATOS, P.E. de S.; TOMITA, N.E. Programa de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de usuários e trabalhadores de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 1, jan/fev 2004, p.197-203.

LOURAU, R. **A Análise Institucional** (Tradução de Mariano Ferreira). Petrópolis: Vozes, 1975.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. G. D. **A Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUNARDI FILHO, W.D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. 2. ed. Pelotas, RS: UFPEL, 2004.

LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L.; SPRICIGO, J. O Trabalho da Enfermagem e a Produção de seus Trabalhadores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, março: 9(2):91-6, 2001.

LUZ, M.T. **Medicina e Ordem Política Brasileira**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

\_\_\_\_\_. **As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 3ª Ed. , 1986

\_\_\_\_\_. **Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna**. 2. ed, São Paulo: HUCITEC, 2004.

MACHADO, M.H. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. p. 13-131.

\_\_\_\_\_. **Os Médicos e sua Prática Profissional: As Metamorfoses de uma Profissão**. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro, 1996. (mimeo).

\_\_\_\_\_. Características sociológicas da profissão médica. In: \_\_\_\_\_ (Coord.) **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MARQUES, A.C.S.; ROCHA, S.M. A produção de sentidos nos contextos de recepção: em foco o grupo focal. A produção de sentidos nos contextos de recepção: em foco o grupo focal. **Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação**. UNESP, Bauru, São Paulo, 6 a 9 de 2006.

MARTÍN, A. René, os analisadores históricos, as loucas da praça de maio. In: RODRIGUES, H.B.C.; ALTOÉ,S. (Orgs.) et al. **Saúde Loucura – Análise Institucional**. n. 8. São Paulo: HUCITEC, 2004. p.165-189.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. 23. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. Tradução Reginaldo Sant'Anna.

MATTOSO, J.E. **A desordem do trabalho**. São Paulo: Scritta, 1995.

MENDES, E.V.M. Uma agenda para saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDONÇA, M.H.M. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 2. n. 2. 2004. p. 353-365.

MERHY, E.E. Atuar em saúde. Manual produzido no LAPA/DMPS/UNICAMP. Campinas, 1993.

\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (org.). **Praxis em Salud**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997a, p.71-112.

\_\_\_\_\_. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Praxis em Salud**: um desafio para lo público. São Paulo: HUCITEC, 1997b, p.113-150.

\_\_\_\_\_. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In: CAMPOS, C.R. et al (org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

\_\_\_\_\_. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Abrasco. Rio de Janeiro, 1999, 2: 304-314

\_\_\_\_\_. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. Botucatu: **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**. 2000, 6: 109-116

\_\_\_\_\_. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B. (org.) et al. In: **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: HUCITEC - Chapecó: Prefeitura Municipal, 2004.

\_\_\_\_\_. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2005.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA FILHO, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde e, defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. CEBES. **Saúde em Debate**, n.33, p.83-89, 1992

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 4. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1996.

MINAYO, M.C.S.; DELIA, J.C.R.; SVITONE, E. **Programa Agentes de Saúde do Ceará** – estudo de caso. Brasília: UNICEF, 1990.

MOROSINI, M.V.; CORBO, A.D. O Agente Comunitário de Saúde no âmbito das Políticas voltadas para a Atenção Básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trabalho, Educação e Saúde**. v.5, n.2, 2007, p. 261-280.

NAIR, V.M. et al. Changing roles of grass-root level health workers in Kerala, Índia. **Health Policy and Planning**, v.16, n.2, p.171- 179. 2001.

NOGUEIRA, R.P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação. Série Debates. v 6, n 10, p. 75-94, fev 2002.

\_\_\_\_\_. Trabalho em Serviços de Saúde. In: SANTANA, J.P. de. **Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: OPAS, 1997.

NOGUEIRA, R.P.; SILVA, F.B.; RAMOS, Z.V.O. **A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis** – O Agente Comunitário de Saúde. Texto para discussão Nº 735. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Rio de Janeiro, 2000.

NUNES, E.D. (Org). **Juan César Garcia**: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez – ABRASCO, 1989. 238 p.

NUNES DE OLIVEIRA, M. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. de Saúde Pública**. v. 18, n. 6, nov-dez, 2002. p. 1639-1646.

**O Carteiro e o Poeta**. Direção: Michael Radford. Interpretes: Philippe Noiret e Massimo Troisi, Maria Grazia Cucinotta, Renato Scarpa, Linda Moretti, Anna Bonaiuto e Bruno Alessandro.. Itália: Miramax Filmes, 1994. Duração 109 minutos.

OFFE, C. **Trabalho e Sociedade**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1991.

OLIVEIRA, R.M. de. Tecnologia e subjetivação: a questão da agência. **Psicol. Soc.** v.17, n.1, Jan/Apr. 2005. p. 56-60.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Plan Decenal de Salud para las Américas: Informe final da III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. **Doc. Oficial N.º 118**. Santiago, Chile,1973.

\_\_\_\_\_. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: la participación social. **Estudios de casos**. Washington,1990. HSD/SILOS-7.

PAIM, J.S. **Saúde: Política e Reforma Sanitária**. Salvador: CEPES, 2002.

PASSOS, E; BARROS, R.B. de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: teoria e pesquisa*. Brasília, Jan-Abr, 2000, Vol. 16, n.1, pp. 071-079.

PAULON, S.M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, Dec. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822005000300003&lng=en&rm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000300003&lng=en&rm=iso)>. Acesso em: 16 Nov. 2008. doi: 10.1590/S0102-71822005000300003.

PELBART, P.P. **Exclusão e biopotência no coração do Império**. Disponível em: <<http://www.cedest.info/Peter.pdf>>. Acesso em: 20 jan 2007.

PENNA, M.L.F. Condição Marcadora e Evento Sentinela na Avaliação dos Serviços de Saúde. In: SANTANA, J.P. de. **Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: OPAS, 1997.

PEREIRA, L. A. J. **O Perfil do Bibliotecário da Área de Ciências da Saúde em Santa Catarina**. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação do Centro de Ciências da Educação) Universidade Federal de Santa Catarina, 2005

PEREIRA NETO, A. de F. Identidades profissionais médicas em disputa: congresso Nacional dos Práticos, Brasil (1922). **Cad. Saúde Pública**. v.16, n. 2, abr-jun, 2000. p. 399-409.

PIMENTA, E.O.R. **A intervenção do Estado no desenvolvimento rural: o estudo do Projeto Integrado de Desenvolvimento da Bacia do Rio Paraguaçu (PIDERP) Bahia**. Dissertação (Mestrado). FCE/UFBA, Salvador, 1999.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidado: as Fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec - ABRASCO, 2004.

PIRES, D. Reestruturação Produtiva e Conseqüências para o Trabalho em Saúde. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. v. 53, n. 2, abr.-jun. 2000. p. 251-263.

\_\_\_\_\_. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M.T. **O Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

RESSEL, L.B.; GUALDA, D.M.R; GONZÁLES, R.M.B. Grupo Focal Como uma Estratégia para Coletar dados de Pesquisa em Enfermagem. **International Journal of Qualitative Methods** 1 (2) Spring, 2002.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A Teorização sobre Processo de Trabalho em Saúde como Instrumental para Análise do Trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, mar/abr, 2004.

RIBEIRO, J.M.; SCHRAIBER, L.B. A Autonomia e o Trabalho em Medicina. **Cad. Saúde Publ.** v. 10, n. 2, abr/jun, 1994. p. 190-199.

ROCHA, L. **Por que Regular a Profissão de Agentes Comunitários de Saúde?** Brasília: Inesc, 1998.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**. Porto Alegre: Sulina - UFRGS, 2006.

\_\_\_\_\_. Uma insólita viagem à subjetividade- fronteiras com a ética e a cultura. In: LINS, D. et al. (Org). **Cultura e Subjetividade: saberes nômades**. 4. ed. Campinas: Papirus, 2005.

\_\_\_\_\_. **Esquizoanálise e antropofagia**. Disponível em: <http://www.pucsp.br-nucleodesubjetividade-suelyrolnik>. Acesso em: 20 jan. 2007a.

\_\_\_\_\_. **Subjetividade antropofágica**. Disponível em: <http://www.pucsp.br-nucleodesubjetividade-suelyrolnik>. Acesso em: 20 jan. 2007b.

SANTOS, L.A. de C.; FARIA, L. As ocupações supostamente subalternas: o exemplo da enfermagem brasileira. **Saúde Soc.** v. 17, n. 2. p. 35-44, 2008.

SCHRAIBER, L.B. **O Médico e seu Trabalho**. Limites da Liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

\_\_\_\_\_. O Trabalho Médico: questões acerca da autonomia profissional. **Cad. Saúde Publ.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 10, p. 57-64, jan/mar, 1995

SILVA JR. A.G. **Modelos tecnoassistenciais em Saúde** – o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA, J.A. **Assistência Primária de Saúde: o agente de saúde do Vale do Ribeira**. 1984. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Universidade de São Paulo (USP). 1984.

SILVA, J.A. **O Agente Comunitário de Saúde do Projeto QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade?**. 2001. 231p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, 2001.

SILVA, J.A; DALMASO, A.S.W. **O agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. 20. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002a.

\_\_\_\_\_. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Série Debates v. 6, n. 10, fev. 2002b, p. 75-94.

SILVA, A.B.F. "A Supervisão do Agente Comunitário de Saúde: limites e desafios para a enfermeira". 2002. 123f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná, 2002.

SILVA, R.V.B. et al. Do Elo ao Laço: o Agente Comunitário na Construção da Integralidade em Saúde. In: PNHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidado: as Fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec - ABRASCO, 2004.

SOLLA, J.J.S.P.; MEDINA, M.G.; DANTAS, M.B.P. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Saúde em Debate**, v. 51, p. 4-15, jun, 1996.

SOUSA, M.F. **Agentes Comunitários de Saúde: Choque de povo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

SPARKS, B.T. A descriptive study of the changing roles and practices of traditional birth attendants in Zimbabwe. **J. Nurse-Midwifery**, v. 35, n.3, May/June, 1990.



STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STARR, P. **La transformación social de la medicina en los Estados Unidos da América**. Fondo de Cultura Económica, México, 1991.

SVITONE, E.C. et al. Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the Agents de Saúde Program. **Rev. Panam Salud Publica/Pam Am J Public Health**, v 7, n 5, p. 293-302, 2000.

TARGINO, M. G. Quem é o profissional da informação? **Transinformação**, Campinas, v. 12, n. 2, p. 61-69, jul/dez. 2000.

TESTA, M. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Praxis en salud: un desafío para lo público**. Buenos Aires – São Paulo: LUGAR EDITORIAL-HUCITEC, 1997.

TESTA, M. **Estructura de Poder En El Sector Salud**. CENDES-UCV, 1982

TOMAZ, J. B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super herói”. **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**, v 6, n 10, p. 75-94, fev 2002. Série Debates.

TRAD, L.A.B; BASTOS, A.C de S. O impacto sócio-cultural do PSF: uma proposta de avaliação. **Cad. de Saúde Pública**, abr/jun, 1998, v. 14, n. 2. p. 429-435. ISSN 0102-311x.

Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Cienc Saúde Coletiva**. 2002;7(3):581-9.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995. p.116-166.

VELOSO, C. Terra. Prenda Minha. São Paulo: Polygram/Mercury, 1999. CD digital estéreo, faixa 4.

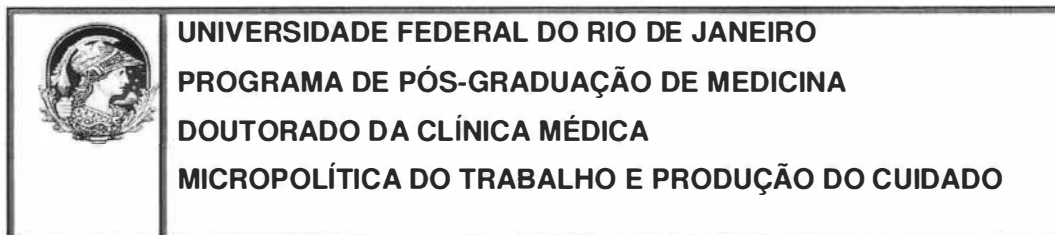
VIANA, A.L.; DAL POZ, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. v. 8, n. 2, 1998. p. 11-48.

\_\_\_\_\_. Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil. In: MARTINIC, S., ARDO, C., CORVALAN, J (Org.) **Reformas em Educación y Salud em América**

**Latina y el Caribe.** Santiago (Chile): Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación -CIDE, 1999.

ZARIFIAN, P. A Gestão da e pela Competência. In: Seminário Internacional Educação Profissional, Trabalho e Competências. Rio de Janeiro, 28 e 29 de novembro de 1996. **Anais.** Rio de Janeiro: SENAI/DN-CIET, 1998.

## APÊNDICE A



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, na pesquisa “Processo de trabalho do ACS e suas valises tecnológicas”, que tem como objetivo analisar o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na produção do cuidado no Programa Saúde da Família, e conhecer as tecnologias de trabalho mais utilizadas pelos ACS em seu dia a dia de trabalho. No caso de aceitar fazer parte da mesma, você responderá a uma entrevista individual, e em grupo, que será gravada (áudio e vídeo), caso vocês autorizem. Também serão observados no domicílio das famílias que acompanham, na unidade saúde da família que está vinculado e na microárea do território onde trabalha.

A sua participação será de grande valor para o conhecimento acerca dos processos e tecnologias de trabalho em saúde, envolvidos na produção do cuidado a indivíduos, famílias e coletividades, das mudanças ocorridas nos modelos de atenção à saúde, da organização dos serviços e ainda nos informará sobre os instrumentos utilizados pelos ACS para fazer a assistência em seu cotidiano de trabalho. Vale destacar, a liberdade que terá para pedir esclarecimentos sobre qualquer questão, bem como se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo algum. Ademais, os

resultados deste estudo serão tornados públicos e garantido o acesso aos seus dados tanto aos sujeitos da pesquisa como à instituição onde a mesma se realiza, Prefeitura Municipal de Itabuna/Secretaria Municipal de Saúde.

Como responsável por este estudo, tenho o compromisso de manter em segredo todos os dados confidenciais, sua identidade, e ainda, indenizá-los se sofrerem algum prejuízo físico ou moral por causa do mesmo. Assim, se está claro para o senhor (a) a finalidade desta pesquisa e se concorda em participar, peço que assine este documento. Ademais, eu, enfermeira sanitária, Vitória Solange Coelho Ferreira, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimento relacionado ao projeto de pesquisa nos telefones (73) 8812-9972 e 3680-5320 e caso haja dúvidas quanto aos aspectos éticos do projeto de pesquisa contactar o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Faculdade de Medicina nos telefones (21) 2562-2480 ou 2562-2481.

*Vitória Solange Coelho Ferreira*  
**Pesquisador Responsável**  
**Telefone para contato: (73) 8812-9972**

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_,

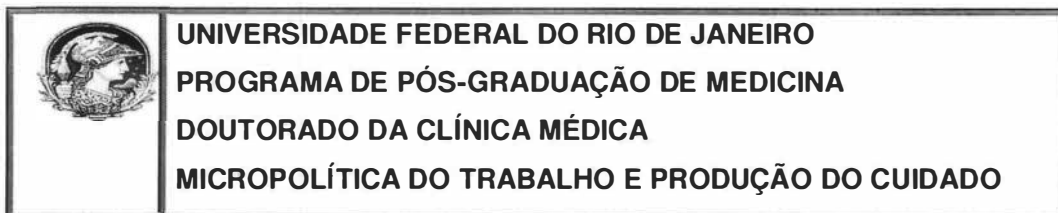
Aceito participar das atividades da pesquisa: Processo de trabalho do ACS e suas Valises Tecnológicas. Fui devidamente informado que responderei a entrevista que será gravada (áudio e vídeo), como também, serei observado no domicílio das famílias que acompanho, na unidade saúde da família que estou vinculado e na microárea do território onde trabalho. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade, e que

os resultados deste estudo serão tornados públicos, e será assegurado o anonimato e sigilo quanto à identidade dos sujeitos do estudo.

Local e data: Itabuna, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Assinatura**

## APÊNDICE B

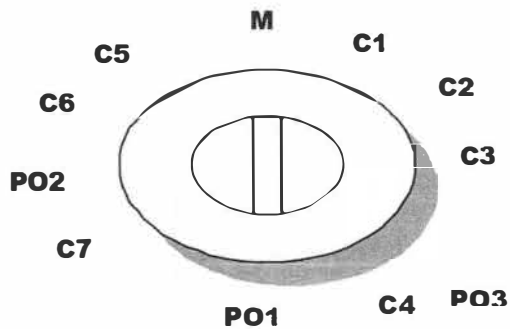


### PREPARO E PLANEJAMENTO DO GRUPO FOCAL

#### Preparo do Ambiente

- Checar o local onde será realizada a técnica, quanto: a privacidade, conforto, condições de iluminação, estar livre de interferências sonoras, ser de fácil acesso para os participantes, ser ventilado e ambiente neutro;
- Checar material: som, CD com a música, DVD, filmadora, copos, café, água, adoçante, papel higiênico, tesoura, estabilizador, benjamim, extensão, lâmpadas, note book, diário de campo, gravadores, cópia do impresso, da identificação dos colaboradores e termo de consentimento, saco de lixo, biscoitos, crachás, hidrocores, toalha de mesa, refrigerante e lanche e chocolate.
- Providenciar o arranjo dos assentos de forma a promover a participação de todos, a interação face a face, distâncias iguais entre todas e dentro do mesmo campo de visão.
- Evitar que moderador(M) e pesquisadores observadores (PO) fiquem um ao lado do outro a distribuição foi prevista de seguinte forma tendo M como referência: o PO1 ficará em frente de M e observará prioritariamente M e colaborador 1 (C1) que está a **esquerda** de M; o PO2 sentará entre os colaborador 3 e 4 e observará prioritariamente **colaboradores 5, 6 e 7** e PO3 sentará a direita entre os

colaboradores 6 e 7 e observará prioritariamente **colaboradores 1, 2 e 3** como no desenho abaixo.



### **Papel do Moderador**

- Abrir a discussão e postura de acolhimento;
- Acolher posições contrárias de maneira respeitosa;
- Ter consciência de suas intervenções verbais e não-verbais
- Manter o grupo em interação (60 a 90 minutos) a fim de obter dado acerca do tema da pesquisa;
- Está comprometido com as premissas do referencial teórico.
- Ter conhecimento especializado no tema de estudo
- Habilidade para escutar os colaboradores
- À medida que a apresentação dos colaboradores forem sendo feitas tomar nota dos nomes e das posições na sala;
- Encorajar ativamente todos os colaboradores a falar e a responder aos comentários e observações dos outros membros do grupo.
- Sempre que alguém fizer um comentário procurar saber o que os outros pensam sobre o assunto;

### **Papel do Pesquisador Observador**

- Fundamental para validar a investigação que utiliza grupo focal;
- Analisar a rede de interações presente durante o processo grupal;
- Apontar reações do moderador com relação ao grupo, suas dificuldades e limitações;
- Ter posição menos ativa;
- Realizar registro de comunicações não-verbais, linguagem, atitudes, preocupações e ordem de respostas que seja considerada importante;
- Viabilizar a discussão após término do grupo com o moderador.

### **Fases do Grupo Focal**

#### **Introdução (abertura)**

- ✘ Estabelecer diálogo com o grupo, se apresentando;
- ✘ Fazer uma breve introdução com objetivo de tranquilizar e estabelecer contratualidades;
- ✘ Explica os objetivos do grupo focal;
- ✘ Assegura para os participantes que não existem opiniões corretas, que opiniões contrárias são bem vindas;
- ✘ Não há interesse em nenhuma uma opinião em particular;
- ✘ Solicita que fale um de cada vez sendo permitido intervir na fala do outro;
- ✘ Pede-se a permissão para gravação em áudio e vídeo.
- ✘ Distribuição dos crachás identificando cada colaborador, moderador e observadores.

#### **Preparação**



- ✘ Convida os participantes a se apresentarem dizendo o nome (técnicas de dinâmica de grupo) e expectativa. Ao final de cada apresentação agradecer as contribuições;
- ✘ Tem como objetivo estabelecer uma boa relação entre os participantes;
- ✘ O moderador deve fazer a transição de uma fase para outra de forma fluída, sem rompimentos bruscos;
- ✘ Ao seu final os colaboradores devem estar interagindo e começando a se organizar em torno da temática;

### **Discussão em Grupo**

- ✘ Passagem progressiva para questões mais específicas;
- ✘ Passa-se de questões mais concretas para mais abstratas;
- ✘ O Objetivo se aproxima do objetivo da pesquisa;
- ✘ Observar as atitudes associadas aos comportamentos
- ✘ Observar a linguagem e emoções associadas à temática tratada;
- ✘ Estar atento aos desvios do tema;
- ✘ É essencial a investigação em profundidade;
- ✘ Recorrer as técnicas que aprofunde a discussão como: repetir a afirmação do ACS de forma interrogativa, vc começo a dizer..., o que vc acha que os outros pensam?, Pode me dar um exemplo?
- ✘ Não pressupõe busca de consensos;
- ✘ Inserir perguntas não previstas desde quando contribua para elucidação do tema proposto.

**Frases de Efeito para Manter a Discussão: tema interessante para objetivos da pesquisa**

- ✘ Repetir a afirmação de forma interrogativa. Você começou a dizer (...)
- ✘ O que você acha que os outros pensam?
- ✘ Quando você diz X, o que você quer dizer com isto? Por que isto é assim?
- ✘ Eu estava interessado no seu ponto de vista, isto está de acordo com sua experiência? (fazer os participantes reagirem uns aos outros)
- ✘ E você pensa que isto é uma coisa boa ou ruim (afirmação factual)
- ✘ Então você disse que não gosta disto, o que é isso?, por que?
- ✘ Nos casos de afirmações gerais pedir um exemplo dela e a seguir dizer é esse é um bom exemplo, pode, também, citar outros?
- ✘ É esse um caso típico, é que acontece em geral?
- ✘ Poderia falar algo mais sobre isso?
- ✘ O que faz você pensar e sentir assim?
- ✘ E isso é importante para você? Como é isso?
- ✘ Na sua experiência (...) Poderia dar um exemplo específico disso?
- ✘ Como descreveria isso para alguém que não conhece tal situação?
- ✘ Nós discutimos diversas coisas interessantes, há alguma coisa que nós não discutimos?
- ✘ Há algo mais que você gostaria de dizer?

### **Encerramento do grupo**

- ✘ Expor de maneira sintética a discussão promovida pelo grupo;
- ✘ Esclarecer dúvidas que ficaram pendentes;
- ✘ Não inferir juízos de valor ao resumir posicionamentos contrários no grupo;
- ✘ Identificar com o grupo temas principais, consolidar sentimentos do grupo acerca de alguma questão específica;

- ✘ Identificar diferenças principais.

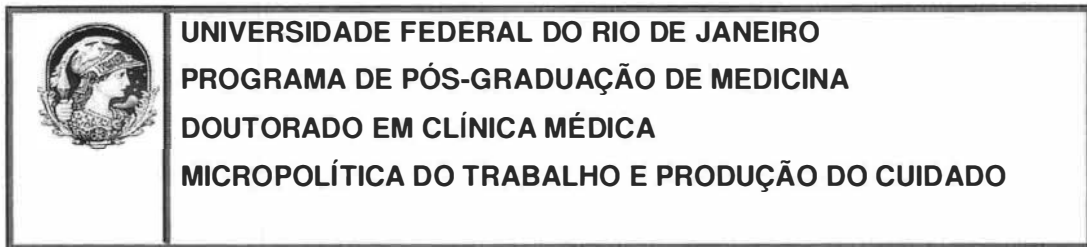
### **Questões posteriores à avaliação do grupo**

- ✘ Envolve análise de implicações do moderador em relação a pesquisa e ao grupo;
- ✘ Avaliar se a experiência do grupo pode ser comparada a de outros qd<sup>o</sup> existe mais de um grupo;
- ✘ Se o temário e a moderação foram adequados.

### **Ação Posterior**

- ✘ Na avaliação dos resultados obtidos essa fase visa verificar se a necessidades de informações foram satisfeitas;
- ✘ Se existente necessidade da realização de mais sessões ou se deveríamos utilizar outro grupo;
- ✘ Se o temário precisa ser revisto
- ✘ Se é necessário um aprofundamento maior.
- ✘ Envolve análise de implicações do moderador em relação a pesquisa e ao grupo;
- ✘ Avaliar se a experiência do grupo pode ser comparada a de outros qd<sup>o</sup> existe mais de um grupo;
- ✘ Se o temário e a moderação foram adequados.

## APÊNDICE C



### ROTEIRO TEMÁTICO DO GRUPO FOCAL

#### 1. Processo de Trabalho do ACS

- O que vocês pensam sobre o trabalho em saúde? Que palavras ou frases vêm à cabeça de vocês quando nos referimos a este assunto?
- Fale sobre seu trabalho no domicílio e no território. Como você o desenvolve do seu dia a dia; Quais as ações e atividades que desenvolvem?
- Na realização do seu trabalho quais os recursos (materiais, instrumentos, capacitações, transporte, infra-estrutura) que você utiliza para cuidar das famílias.
- Quais as facilidades e dificuldades para o desenvolvimento de suas atividades no domicílio?
- Comente um pouco sobre sua relação com a família no espaço intradomiciliar em seu cotidiano de trabalho. Como isso se dá? Você poderia dar um exemplo?
- Vocês poderiam falar algo sobre a participação da comunidade na organização dos serviços no PSF. Como isso se dá? Existem canais formais de diálogo estabelecido entre as famílias e comunidade com a ESF. Fale mais sobre isso.

#### 2. Processo de trabalho do ACS e da ESF

➤ O que significa para vocês trabalharem em equipe? Quais as facilidades e dificuldades advindas desse trabalho? Vocês poderiam dar um exemplo?

➤ Quais as facilidades e dificuldades referentes às relações que estabelece com a equipe?

➤ Como você descreveria o processo de tomada de decisão na equipe?  
Comente sobre isso.

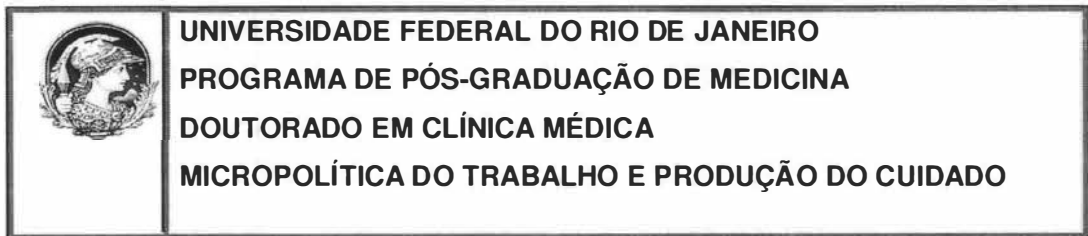
➤ De que forma a equipe conduz os problemas e dificuldades detectados nas famílias e encaminhados por vocês? Como se dá a construção de estratégias para resolvê-los?

➤ Falem sobre seu trabalho na unidade descrevendo como se dão as contratualidades, as negociações e pactuações entre a equipe e vocês e deles com a comunidade? Descreva como isso se estabelecem essas relações interpessoais entre vocês e a equipe?

➤ Vocês participam das decisões? Vocês são ouvidos? Suas demandas (solicitações) são atendidas?

➤ Quais as facilidades e dificuldades para o desenvolvimento de suas atividades na unidade?

## APÊNDICE D



### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

#### Trabalho do ACS:

1. O que você faz na Unidade de Saúde? Fale um pouco sobre isso (seu trabalho na unidade).
2. Fale sobre o seu trabalho junto à Comunidade no domicílio e na unidade?
  - Descreve como é seu dia a dia de trabalho.
  - Você poderia descrever as atividades que realiza com as famílias que você acompanha?
    - Você poderia descrever a forma como você realiza essas atividades?
    - Qual a finalidade pretendida por você com a realização dessas atividades? Ou seja, por que você realiza essas atividades? O que espera alcançar com ela?
    - Faz orientação à Gestante, ao hipertenso, ao diabetico, pré-natal,?
    - Faz agendamento Individual e/ou em Grupo para Gestante, hipertenso, diabetico, e outros?
    - Faz encaminhamentos? Em que situações?
    - Fale sobre as ações de promoção/educação à saúde realizadas por você para estimular o autocuidado das pessoas que acompanha?

- Individual e coletiva acerca de água tratada, água filtrada ou fervida, ambiente doméstico, destinação do lixo, fossa, violência, imunização, vigilância epidemiológica, fossa, banheiro, verifica o Cartão de Vacina e de hipertensão? etc.
  - Incentivo a participação popular (controle social), mobilização social
  - Outras...
3. Que recursos vocês utilizam para realizar o seu trabalho na unidade e domicílio?
- Materiais (didático, impressos, uniforme, boné, etc)
  - Instrumentos (balança, muchila, caneta, prancheta, etc)
  - Transporte (ônibus, cavalo, bicicleta, etc)
4. Comente sobre as suas condições de trabalho. Que aspectos dificultam ou facilitam seu trabalho?
5. Participou de algum programa de capacitação no PSF? Quais?
6. Como ocorre a participação da população na organização da unidade?

**Impressões acerca da Acessibilidade dos usuários:**

1. Como se dá o acesso do usuário ao atendimento na USF?
- a. Agendados.
  - b. Não agendados.
  - c. Outros serviços da USF.
  - d. Como se dá o atendimento da população fora da área de abrangência da USF?

- e. O que dificulta o acesso das famílias à unidade? Verificar dispositivos racionalizadores (fila, ficha, triagem, cota, etc...), burocráticos como a relação das equipes e/ou profissionais com a população da área de abrangência e fora dela.
2. Como se dá o acesso aos exames preconizados pelo protocolo da SMS ou MS para o pré-natal, hipertensos, diabéticos e hansenianos?
  3. Como se dá o acesso as consultas especializadas em cardiologia, oftalmologia, neurologia, psiquiatria? Há fila de espera para desses exames ? Em caso positivo, quanto tempo?
  4. Como se dá o acesso aos exames especializados de alta e média complexidade (ECG EEG, US, Raios-X, endoscópias, cintilografia, urografia excretora)? Há fila de espera para desses exames ? Em caso positivo, quanto tempo?
  5. Como se dá o acesso a medicamentos, (farmácia básica e outros) quando necessários?
  6. Quais os principais motivos que levam a população a procurar esta USF?
  7. Quais os problemas de funcionamento desta USF que dificultam o atendimento à população?
  8. Quais as dificuldades que vocês encontram para realização do seu trabalho na unidade e no domicílio?

### **Integralidade do Cuidado a Gestante**

#### **Projeto Terapêutico Cuidador:**

1. Como é o acesso da gestante ao pré-natal?
2. Você sabe o número de consultas ao pré-natal que a unidade garante à gestante?
  - a. Médico.



- b. Enfermeira.
3. Você sabe quais são os encaminhamentos feitos quando a gestante é de risco?  
Como se trata o pré-natal de risco?
4. Existem ações de promoção/educação à saúde realizadas com a gestante, para estimular o autocuidado e os cuidados com o RN?
- a. Individual (verifica se a consulta está em dias)
  - b. Coletiva.
  - c. Orientações ao aleitamento materno.
  - d. Outras...
5. Como ocorre o encaminhamento nas intercorrências durante o período de pré-natal?
6. Como é a atenção ao parto?
- a. Há um hospital de referência para o parto e este é de conhecimento da gestante?
  - b. O médico que faz o parto é o mesmo que acompanhou o pré-natal?
  - c. O parto tem acompanhamento de pediatra?
  - d. O hospital tem leito de neonatologia (cuidados semi-intensivos)?
  - e. O hospital conta com alojamento conjunto?
  - f. O serviço conta com acompanhamento pós-internação para crianças que necessitam (follow up)?
  - g. Há banco de leite disponível?
  - h. Qual a taxa de cesariana? [dados secundários]
7. Onde são feitas as imunizações do RN?
8. As imunizações atendem às normas do PNI?
- a. Criança.

- b. Gestante.
9. Onde e quando é realizado o teste do pezinho?
  10. A USF desenvolve as ações de atenção integral à saúde da criança e/ou AIDIPI? Quais?
  11. Com que periodicidade a criança realiza o ACD na USF?
  12. É feito acompanhamento nutricional às gestantes, crianças? Em caso de intercorrências, há doação de alimentos ou equivalente (bolsa alimentação, bolsa família, fome zero, etc.).
  13. São realizadas visitas domiciliares?
    - a. À gestante?
    - b. À puérpera?
    - c. Ao RN?

#### **No Puerpério [pós parto]**

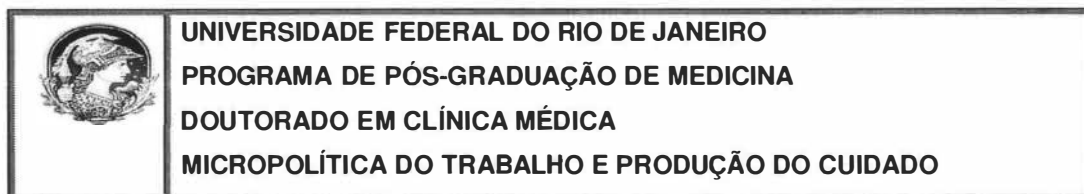
- Quais as orientações que você realiza a puérpera?
  - Orienta sobre as vacinas, o aleitamento, cuidados com RN, teste pezinho?
  - Faz busca ativa de RN, quando este não comparece a USF?

#### **Trabalho em equipe**

1. Fale sobre seu trabalho com a ESF?
2. Quais as facilidades e dificuldades decorrentes das relações que se estabelecem com a equipe?
3. Como você descreveria o processo de tomada de decisão na equipe? Comente sobre isso.

4. De que forma a equipe conduz os problemas e dificuldades detectados nas famílias e encaminhados por vocês? A busca de solução se dá de forma conjunta ou individual?
5. Em seu trabalho na unidade como se dão as contratualidades (acordos), as negociações e pactuações entre a equipe e vocês e deles com a comunidade? Descreva como isso ocorre em seu dia a dia de trabalho?
6. Vocês participam das decisões? Vocês são ouvidos? Suas demandas (solicitações) são atendidas?
7. Quais as facilidades e dificuldades para o desenvolvimento de suas atividades na unidade e domicílio?

## APÊNDICE E



### ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO DIRETA

#### 1. Observação da Produção do Cuidado a Família no Domicílio

- Como aborda a família;
- As ações e atividades estão voltadas para a família ou grupo específico;
- Ao desenvolver suas ações utiliza uma abordagem mais relacional, se preocupa e se responsabiliza com os problemas da família, busca soluções, faz encaminhamentos e educação em saúde, é criativo;
- Forma como resolve os problemas das famílias no domicílio, estimula o autocuidado e autonomiza os sujeitos?.
- Há espaço de fala para família durante o atendimento?
- Há espaço de escuta qualificada<sup>119</sup> do ACS durante a prestação do cuidado às famílias no domicílio?
- Em caso positivo, como o ACS trata as questões que a família traz?
- Facilidades e dificuldades para desenvolver suas atividades diárias.
- Que tipos de perguntas/falas as famílias fazem com mais frequência?
  - Perguntas técnicas.

---

<sup>119</sup>A escuta qualificada é aquela onde se percebe que o ACS considerou relevante o problema que a família trouxe (seja ele qual for) e se esforçou para dar uma resposta satisfatória; encaminha a questão para ESF.

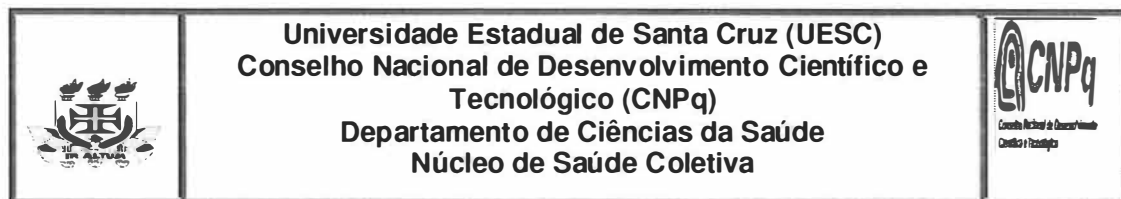
- Fala da sua condição de vida.
- Fala do seu estado de saúde.
- Fala da sua relações com a ESF, etc...
- A questão da participação social, do sujeito social, é verificada entre as famílias e/ou tratada pelas mesmas?
- Tentar observar o sentimento das famílias durante o atendimento.
  - Satisfeitos.
  - Não satisfeitos.
  - Indiferentes e outros.

## **2. Observação do Processo de trabalho do ACS**

- Ações/atividades que realiza no domicílio?
  - Faz orientação a gestante, ao hipertenso, ao diabetico, idoso, adolescente?
    - Orienta sobre as vacinas?
    - Orienta sobre aleitamento, cuidados com RN, teste pezinho?
    - Faz busca ativa de RN, quando este não comparece a USF?
  - Faz agendamento Individual e/ou em Grupo para Gestante, hipertenso, diabetico, e outros?
  - Verifica o Cartão de Vacina e de hipertensão? Faz encaminhamentos? Em que situações?
  - Verifica se a consulta de pré-natal está em dia?
- Fale sobre as ações de promoção/educação à saúde realizadas por você para estimular o autocuidado e autonomização das pessoas que acompanha?

- Individual.
  - Coletiva.
  - Incentivo a participação popular (controle social), mobilização social
  - Outras...
- Cuidados de higiene que verifica em sua rotina?
    - Água tratada?
    - Água filtrada ou fervida?
    - Ambiente doméstico?
    - Destinação do lixo.
    - Fossa, Banheiro, etc.
- Tecnologias mais utilizadas para produzir cuidado às famílias
  - Saberes e práticas utilizadas na produção do cuidado às famílias;
  - Segue uma programação a priori, ou seja, fica preso ao cronograma de atividade ou tem flexibilidade;

## APÊNDICE F



### PROJETO DE PESQUISA

#### PROCESSO DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: ANALISANDO A PRODUÇÃO DO CUIDADO<sup>120</sup>

<b>I Oficina de Capacitação para o Agente Comunitário de Saúde</b>			
<b>Gerenciando a Produção do Cuidado às Famílias</b>			
<b>LOCAL</b>	<b>Núcleo de Saúde Coletiva</b>	<b>DATA</b>	<b>03/08/2007</b>
<b>Facilitadora: Vitória Solange Coelho Ferreira</b>			

**O Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o seu modo de andar a vida.**

#### OBJETIVOS

- Realizar dinâmica interativa
- Refletir sobre a prática do ACS como forma de contribuir para compreensão de seu perfil;
- Discutir acerca das habilidades e competências necessárias ao ACS para produzir o cuidado às famílias em sua microárea de atua;
- Conhecer o que pensa o ACS sobre si, a equipe de saúde da família (ESF) e a comunidade, sobre o que tem conhecimento, sobre o que lhe deixa indeciso na realização de suas atividades e como se sente no cotidiano do seu trabalho
- Estimular a discussão sobre relações interpessoais articulando com a dinâmica apresenta.
- Identificar aspectos que apontem a importância da utilização desta ferramenta em determinados modos de produzir o cuidado.
- Descrever os problemas e desafios decorrentes da forma como nos relacionamos

<sup>120</sup> As oficinas foram um produto do projeto de pesquisa Processo de Trabalho do ACS: analisando a produção do cuidado e os resultados das mesmas serviram como fonte de dados para a presente investigação.

com as pessoas e a produção do cuidado..

- ↓ Discutir e pactuar a metodologia das oficinas.

**Para alcançar esses objetivos o ACS deverá ser capaz:**

- ↓ Expor o que pensa acerca de cada objetivo iniciando com a realização da dinâmica
  - ↓ Realizar a dinâmica e refletir sobre o seu significado para o ACS no cotidiano do seu processo de trabalho;
  - ↓ Trazer para discussão o que é ser ACS no seu cotidiano de trabalho;
  - ↓ Referir as temáticas que gostaria de discutir levando em consideração as duas dimensões de seu perfil: técnico-assistencial e político-social;
  - ↓ Articular a dinâmica realizada e as discussões ocorridas acerca da temática sobre relações interpessoais;
  - ↓ Realizar alguns questionamentos que possibilitem articular ou não os conteúdos acerca de relações interpessoais e a produção de um certo modo de cuidar
- Descrever o projeto terapêutico pensado para implementar as atividades educativas voltadas para fortalecimento das relações interpessoais.

**Abordagens Iniciais**

**Quem eu sou e o que faço?**

- 
- 
- 

**O que eu sei e o que gostaria de saber?**

- 
- 
- 

**O que mim deixa indeciso?**

- 
- 

**Como me sinto frente a vida e meu trabalho?**

**Como eu vejo a USF?**



<b>Como eu vejo a comunidade?</b>
<b>Como a Comunidade me vê?</b>
<b>Com quem me relaciono para desenvolver as minhas atividades no cotidiano de trabalho?</b>
•
•
•
•
<b>Como abordo a família ao chegar ao domicílio para desenvolver minhas ações cotidianas?</b>