

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação**

QUEM CONTA UM PONTO, INVENTA UM CONTO:
sobre a fabricação de agentes, de saúde e de comunidades

Juliano André Kreutz

Porto Alegre, agosto de 2012.

Juliano André Kreutz

QUEM CONTA UM PONTO, INVENTA UM CONTO:
sobre a fabricação de agentes, de saúde e de comunidades

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação.

Grupo Temático: Educação em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim

Porto Alegre, agosto de 2012.

CIP - Catalogação na Publicação

Kreutz, Juliano André

Quem conta um ponto, inventa um conto: sobre a fabricação de agentes, de saúde e de comunidades / Juliano André Kreutz. -- 2012.
129 f.

Orientador: Ricardo Burg Ceccim.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Saúde Coletiva. 2. Educação em Saúde. 3. Numeramentalização. 4. Epidemiopoder. 5. Agentes Comunitários de Saúde. I. Ceccim, Ricardo Burg, orient. II. Título.

Juliano André Kreutz

QUEM CONTA UM PONTO, INVENTA UM CONTO:
sobre a fabricação de agentes, de saúde e de comunidades

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação.

Grupo Temático: Educação em Saúde

BANCA EXAMINADORA

Dr. Ricardo Burg Ceccim
Orientador
Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Faculdade de Educação

Dra. Ananyr Porto Fajardo
Membro
Grupo Hospitalar Conceição/Escola GHC

Dr. Luis David Castiel
Membro
Escola Nacional de Saúde Pública /Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima
Membro
Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Escola de Enfermagem

Dr. Samuel Edmundo Lopez Bello
Membro
Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Faculdade de Educação

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que, de diferentes modos, trabalharam na produção desta dissertação. Na impossibilidade de enumerar ou dimensionar todas as participações, nomino aqueles que contribuíram por meio da leitura, revisão e discussão do projeto de pesquisa e/ou versões posteriores da escrita, especialmente: Ricardo Burg Ceccim, Luis David Castiel, Samuel Edmundo Lopez Bello, Maria Alice Dias da Silva Lima, Ananyr Porto Fajardo, Daniela Dallegrave, Manoel Mayer Jr., Odilo Kreutz, Henrique Lopes e Maria Cristina Carvalho.

RESUMO

Esta dissertação parte da interrogação sobre os usos de registros, números, cálculos e medidas na configuração e no ordenamento do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde – ACS, ao integrarem mecanismos, instâncias e técnicas que projetam e regulam a formação profissional e a conformação de “comunidades”. Na esteira da Saúde Comunitária/Medicina Comunitária, o trabalho de ACS ultrapassa o enfoque biológico e se ocupa de outras dimensões da vida das populações, ao buscar antecipar-se à necessidade de ações curativas e ao procurar soluções que tomam como base a atenção a grupos *locais*. A partir das noções de biopolítica (Michel Foucault), de epidemiopoder (Luís Castiel) e de numeramentalização (Samuel Bello), problematizou-se a ocupação de ACS e analisou-se a ação de políticas da identidade em processos de falar sobre, recomendar ou investigar o trabalho e a comunidade. Para a consecução dessas políticas, fabrica-se uma *população-corporação profissional* e afirma-se “um papel” a ser desempenhado, assim como, em uma área territorial definida (um polígono que estabelece limites geográfico-censitários), cria-se um denominador (base populacional), que fabrica uma *população-comunidade local*. Um *sistema* identitário faz emergir trabalhadores *médico-multiplicadores*. Os compromissos do ACS com a dimensão social ou coletiva são recortados pelos números da saúde, em uma perspectiva epidemiologicamente informada, relativa ao governo sanitário da população. O estudo situou-se como Análise do Discurso, com inspiração em Michel Foucault. Quarenta e nove textos acadêmicos (artigos, dissertações e teses), com referência aos ACS, foram objeto de análise, escolhidos no período de 1987 a 2011, considerada a disponibilidade nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde. Normativas do trabalho (leis, portarias, guias, entre outros) foram lidas a partir de emergentes desse *corpus* acadêmico. Argumentando-se que “a escola é o trabalho”, a pesquisa verifica uma educação no trabalho não reduzida à escolarização formal. De um lado, a imbricação entre experiência do trabalho e ensino na conformação do olhar/sentir/querer no saber-fazer da saúde; de outro a impossibilidade (em regime escolar) de ensinar as sensações ou a escutar (a escuta ou sensibilidade são *experimentação*). As noções relativas à educação permanente em saúde coletiva, especialmente as leituras de Ricardo Ceccim, sustentam a potencial abertura às inventividades nos cotidianos de trabalho, uma disputa de políticas do trabalho, não de identidades. Discute-se, então, um retorno ao “dilema preventivista”, sob inspiração das análises de Sérgio Arouca. Talvez a ocupação de ACS se configure como “intervenção-tampão” em um projeto de mudança no setor da saúde que não se consuma. A origem “comunitária” dos trabalhadores não assegura a presença de novas práticas políticas no campo da saúde. A profissionalização engendra miradas para o social atreladas a regimes médicos/biopolíticos. Verifica-se a busca de resolução de problemas complexos pela ação profissionalizada com a centralidade da Epidemiologia e da Estatística como normatividades para o trabalho. Entretanto, destaca-se que, na rua e nas visitas domiciliares, atualiza-se também uma “tensão”, marcada pelo dualismo entre o mensurável-objetivável e o intangível, margem entre a multiplicação e as invenções, tensão entre a fabricação de identidade e a invenção de singularidades.

Palavras-chave: Saúde Coletiva. Educação em Saúde. Numeramentalização. Epidemiopoder. Biopolítica. Agentes Comunitários de Saúde.

WHO TELLS SOMETHINGS, INVENTS A STORY: ABOUT THE FABRICATION OF WORKERS, HEALTH AND COMMUNITIES

ABSTRACT

This dissertation begins by questioning the use of records, numbers, calculation and measurements in the configuration and organization of the work of *Agentes Comunitários de Saúde* – ACS (Community Health Workers), when they integrate mechanisms, instances and techniques that project and regulate professional formation and the configuration of “communities”. In the wake of Community Health/Community Medicine, the work of ACS goes beyond a merely biological focus, dealing with other aspects of population's lives, seeking to anticipate the need for curative actions and working towards solutions that are based on caring for *local* groups. Based on the notions of Biopolitics (Michel Foucault), “epidemiopower” (Luís Castiel) and numeramentality (Samuel Bello), the job of ACS was problematized, while analyzing the action of identity policies in processes of speaking about, recommending or investigating work and the community. For these policies to materialize, a *professional corporation-population* is created with “a role” to be performed, while, within a defined territorial area (a polygon establishing geographical and census limits), a denominator is created (populational base), fostering a *local population-community*. An identity system leads to the emergence of *medical-multiplier* workers. The commitments of ACS within a social or collective scope are compiled based on health numbers, from an epidemiologically informed perspective, relative to healthy populational government. The study was based on Discourse Analysis, inspired by Michel Foucault. Forty-nine academic texts (articles, dissertations and theses), with references to ACS, were the focus of analysis, selected from between 1987 to 2011, considering availability from the *Biblioteca Virtual em Saúde* (Virtual Health Library). Labor regulations (laws, directives, and guidelines, among others) were studied based on the emergence of this academic *corpus*. Considering the argument that “school is work”, research shows that education at work is not restricted to formal schooling. On the one hand, there is an interconnection between work experience and education in the configuration of seeing/feeling/desiring in terms of health expertise and implementation; while on the other hand, there is the impossibility (within a school system) of teaching these sensations or how to listen (listening or sensitivity are part of *experimentation*). The ideas relative to permanent education in collective health, especially the interpretation of Ricardo Ceccim, sustain a potential opening to inventiveness in daily work, a dispute of work policies and not identities. A return to the “preventative dilemma” is discussed, inspired by the analyses of Sérgio Arouca. Perhaps the work of ACS figures as a “tampon-intervention” in a project of change in the health sector that does not materialize. The “community-based” origin of the workers does not guarantee the presence of new political practices in the area of health. Professionalization engenders a look to the social area linked to medical/biopolitical regimes. There is a search to solve complex problems through professionalized action centered on epidemiology and statistics as regulations for work. However, in the streets and through home visits, happens an acute sense of “tension”, marked by dualism between the measurable-objectifiable and the intangible, the margin between multiplication and the inventions, tension between creation of identity and the invention of singularities.

Keywords: Collective Health. Health Education, Numeramentality. “Epidemiopower”. Biopolitics. Community Health Workers.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|---------|--|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| Aidpi | Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância |
| Conacs | Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| Faced | Faculdade de Educação |
| Fiocruz | Fundação Oswaldo Cruz |
| MS | Ministério da Saúde |
| Pacs | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PS | Pronto Socorro |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| Siab | Sistema de Informações da Atenção Básica |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| Ufrgs | Universidade Federal do Rio Grande do Sul |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| APRESENTAÇÃO | 10 |
| 1 A ESCOLA É O TRABALHO | 18 |
| 1.1 DISPOSITIVOS PEDAGÓGICOS..... | 19 |
| 1.2 A CONSTITUIÇÃO DO OLHAR MÉDICO E A EMERGÊNCIA DA “ESCUTA COMO EXPERIMENTAÇÃO”: AS APRENDIZAGENS NO TRABALHO | 22 |
| 1.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ESTRANHAMENTOS E INVENTIVIDADE NOS COTIDIANOS DE TRABALHO | 26 |
| 2 TECNOLOGIAS DE GOVERNAMENTO DA VIDA | 29 |
| 2.1 O EPIDEMIOPODER | 29 |
| 2.2 A NUMERAMENTALIZAÇÃO | 33 |
| 3 PROCESSO DE PESQUISA | 37 |
| 4 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: ANÁLISE SOBRE POLÍTICAS DE IDENTIDADE | 46 |
| 4.1 SOBRE A DIMENSÃO COMUNITÁRIA | 47 |
| 4.2 FABRICAÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL: AGENTES <i>FORA DO COMUM</i> | 51 |
| 5 NÚMEROS, NÚMEROS, NÚMEROS – O QUE É, O QUE SÃO, O QUE DIZEM SOBRE VOCÊ | 69 |
| 6 REGISTROS, INDICADORES, TAXAS – ISTO FAZ BEM PRA VOCÊ? | 77 |
| 7 NOTAS SOBRE O “TRABALHADOR MORAL” NA SAÚDE: FUNCIONÁRIOS DA VERDADE..... | 85 |
| 7.1 TENSÃO ESTRUTURANTE: DIMENSÕES OBJETIVÁVEIS E INTANGÍVEIS | 91 |
| 7.2 SANITARIZAÇÃO DAS PRODUÇÕES DE VIDA..... | 93 |
| 7.3 AVALIAÇÃO E SUPERVISÃO | 99 |
| 7.4 JOGOS DE SINGULARIZAÇÃO | 104 |
| SOBRE O PROCESSO DE PESQUISA E ALGUMAS PISTAS A PARTIR DA ANÁLISE..... | 109 |
| REFERÊNCIAS..... | 119 |
| APÊNDICE – <i>CORPUS</i> | 126 |

APRESENTAÇÃO

“Dá licença, posso entrar?”¹ À porta entreaberta, olhares hospitaleiros ou de desconfiança são trocados. A casa, lugar das tramas da vida privada, um território de poucos, é convidada (ou convocada) a abrir-se. Uma visita cordial, uma cobrança de credores, uma procura de abrigo? Muitos poderiam ser os intentos de quem chega. É alguém conhecido? Quem bate à porta?

O pedido para entrar revela que não se trata de algum pedinte (de comida, de dinheiro ou de informação). Alguém quer partilhar do círculo doméstico. Um olhar mais atento destaca o uniforme. De que categoria? Traz a insígnia da saúde, seguida da apresentação: agente comunitário de saúde.

Em pouco tempo, fica esclarecido que o visitador é um vizinho, que mora a poucas quadras de distância. Lembranças de breves entrecruzamentos na feira, na praça e nas ruas próximas ressignificam a estranheza primeira. Trata-se de alguém de perto. Traz consigo papéis que, aos poucos, tomam lugar na conversa. Quer saber os nomes, as datas de nascimento, sexo, ocupações e doenças de quem mora na casa. Os adultos sabem ler e escrever? As crianças frequentam a escola? Quantos cômodos? Destino do lixo? Esgoto? Energia elétrica? Qual o material de construção da residência? Tratamento de água? Alguém da família possui plano de saúde? Em caso de doença, onde procuram ajuda? Quais os meios de transporte e de comunicação que mais utilizam? Participam de grupos comunitários? Informações para cadastro. Outras fichas reclamam mais dados. Por exemplo, se alguém informar diagnóstico de “pressão alta”: é fumante? Cumpre regularmente a dieta recomendada pela equipe de saúde? Toma regularmente a medicação prescrita (incluindo chás e ervas, desde que prescritos pelo médico)? Realiza exercícios físicos pelo menos três vezes por semana? Qual a data da última

¹ A frase que abre este texto (“Dá licença, posso entrar?”) consta em um material de publicidade institucional do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999), que pede passagem e reconhecimento público para o trabalho dos ACS, referindo-se ao modo como milhares destes trabalhadores iniciam suas visitas domiciliares.

consulta? E a última medição da pressão arterial? Esteve hospitalizado?²

Outra ficha para diabetes, uma para menores de dois anos, outra para pessoas com tuberculose ou com hanseníase. Verificação de vacinas, informações sobre datas de consultas e exames. Entrega de materiais educativos, especialmente os produzidos pelas campanhas prioritárias de saúde pública, sobre dengue, hepatites, HIV/Aids, prevenção do câncer de mama, de útero ou de próstata, Influenza H1N1, crack, álcool e outras drogas, violências etc..

Perguntas “necessárias”, registros detalhados. Que sentidos têm esses dados? Que usos serão feitos? Duas palavras no crachá do visitador trazem algumas pistas: *comunitário* e *saúde*. Uma relação de cuidado é proposta, na segurança, conforto e aconchego de uma comunidade³. Interpõe-se, entretanto, como interrogações nesta cena: que *comunidade* e que *saúde* estão em questão?

A hipótese investigada nesta pesquisa é de que os personagens desta cena são fabricados: transmutam-se de vizinhos em usuário e em profissional de saúde. O cenário também é redesenhado, ao projetar-se na *vizinhança* a configuração de uma *comunidade*. Expõe-se à análise a conjectura de que os sentidos e significados das produções de saúde (motivos do encontro) e da dimensão comunitária (local privilegiado para a intervenção sanitária) são disputados, especialmente pela centralidade conferida aos usos de registros, contagens, indicadores, taxas e outras medidas. Pressupõe-se que essas operações estatísticas e de registro estabelecem objetos visíveis, coisas que são/serão vistas e classificadas (percepções de insalubridades e patologias); definem regras de inserção na trama (a partir de um diagnóstico de hipertensão arterial, por exemplo); e constroem formas nas quais os *sujeitos* devem julgar a si mesmos e prestar contas (pela abertura dos encontros trabalhador-usuário⁴ à contabilidade pública). Alguns pontos são contados: registrados e calculados ou medidos. Nesses processos, são estabelecidas

² O Sistema de Informação da Atenção Básica inclui diversas fichas de cadastro e acompanhamento que devem ser preenchidas por Agentes Comunitários de Saúde – ACS. As questões que ilustram a cena descrita representam uma parte das indagações previstas.

³ Em um livro intitulado “Comunidade: a busca por segurança no mundo atual”, Bauman (2003, p. 7) afirma que comunidade é uma palavra que além de significados guarda sensações, “sugere uma coisa boa”, como um “um lugar cálido, um lugar confortável e aconchegante”.

⁴ Utilizarei o termo usuário para nomear aquele que demanda ou é público das práticas do setor da saúde. Esta referência, corrente no campo da saúde coletiva, remete a um indivíduo que não se reduz à passividade, como sugere a nomenclatura paciente, mas disputa sentidos ao cuidado.

narrativas, posições dos narradores, discursos legítimos e suas regras: *quem conta um ponto, inventa um conto*.

Destaca-se que definir as medidas da vida é estratégia constitutiva das ciências da saúde: padrões de referência para marcadores biológicos, definição de limiares entre o saudável e o patológico, expectativa de vida, anos potenciais de vida perdidos, probabilidades de adoecer ou morrer. Inúmeras disciplinas da saúde preocupam-se com a enumeração de fatores de proteção e de riscos à vida. Ao escolherem e instituírem “verdadeiras medidas da humanidade”, as ciências da saúde disputam sentidos às existências múltiplas.

Contar os passos (para evitar o sedentarismo); contar as calorias⁵ (para evitar a obesidade); contar as porções de frutas, verduras, proteínas, carboidratos e fibras (para melhorar a nutrição); medir a tristeza (para distanciar-se da depressão); medir a euforia (para diagnosticar mania). Reitera-se, na saúde, a contabilidade, a seriação e a classificação.

Recorrendo a Larrosa (1994, p. 68-69), podemos jogar com os sentidos daquilo que é “contado”: calculado e/ou narrado. Este afirma que “*contar* vem de *computare*, literalmente *calcular*, e derivado de *putare*, que tem o duplo sentido de *enumerar*, literalmente *ordenar numericamente*, e de *conferir uma conta*”. No setor da saúde, essas acepções são significativas, ao se considerar, por exemplo, a referência frequente à “vida mais saudável”, expressão que supõe variações gradativas de propriedades biológicas, psicológicas ou sociais, as quais aproximariam ou distanciarariam os corpos de estados de saúde ou de doença. Estes gradientes, como diferenças funcionais e estruturais em relação a certas normas, são objeto de verificação, são computados e *relatados*. Histórias de vida têm seus rastros ordenados pela observação profissional e/ou por narrativas pessoais, com o intuito de configurar “estilos saudáveis” de vida. Trata-se de um ordenamento concebido como cálculo, como prestação de contas, como modo de conferir as contas do que ocorreu. Passos, calorias, tristezas e euforias, além de calculados são

⁵ “Contar calorias” constitui-se em uma imprecisão conceitual, uma vez que a caloria é uma unidade de medida de energia. Entretanto, trata-se de expressão corrente nos controles de dietas, uma vez que as medidas de calorias de cada alimento estão estabelecidas e seus valores apresentados em “tabelas de informação nutricional”, passa-se a contar, a computar as calorias de cada refeição, para não exceder ou alcançar limites/valores estabelecidos.

conferidos. Não se trata apenas de computar uma série de marcadores de normalidade, no corpo e no andar da vida, mas, ao professar a “sabedoria da clínica”, supõe-se (ou fabrica-se) que é no reconhecimento da ciência que se valida a correção das medidas.

Na gestão do trabalho em saúde, números, cálculos e medidas também disputam sentidos. Além da referência à contagem do tempo de trabalho, ou de seus procedimentos e produtos, há uma infinidade de técnicas avaliativas e de projeção de eficiência, de eficácia e de efetividade que constituem o olhar, a escuta e o desejo do trabalhador, delimitam a racionalidade e o campo válido de intervenção, agenciam processos de subjetivação de usuários e de trabalhadores, configuram a educação/aprendizagens, que ocorrem em ato, no trabalho. Não se entende, assim, que práticas repressivas/limitadoras determinam aquilo que ocorre nos encontros trabalhador-usuário. Essas compõem um dispositivo complexo de governo pela verdade, de transcendentalidade da razão científica. Participam na elaboração do verdadeiro, na criação de evidências. Dão consistência e capilaridade à clínica. Disputam sentidos no agir em saúde e no andar da vida. Contar, numerar ou mensurar não são atividades neutras.

Condições interessantes de análise visibilizam-se no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS. Em seu fazer profissional, ACS produzem um extenso registro de informações sobre as populações e, também, são qualificados e avaliados por uma vasta série de instrumentos gerenciais de base estatística. Esses trabalhadores, aproximadamente 250.000, atuam em 5.375 municípios brasileiros (BRASIL, 2011). Regularmente realizam abordagens a mais de 115 milhões de pessoas. Consta, em suas atribuições específicas, o cadastro de todos os habitantes de uma área determinada e que devem “estar em contato permanente com as famílias” do lugar (BRASIL, 2011a). Assim, a produção de seu trabalho não se restringe ao cômputo das informações, ao registro de dados e às medidas e projeções de risco, mas os ACS atuam nas coletas sistemáticas, tendo seu trabalho orientado pelo que dizem os números, números que ajudam a contar e, por eles,

recebem a prescrição do seu trabalho⁶.

O trabalho “estatístico” do ACS não trata de amostra variável, é censitário – interessam todos e cada um; focaliza a atenção no corpo biológico, nos comportamentos e na cultura, construindo evidências de necessidades em saúde, estabelecidas em diagnósticos e terapêuticas. Na realização de visitas mensais a *todas as residências* nas áreas adscritas à atuação de ACS, procede-se à coleta de informações e à análise dos registros individuais e dos dados agregados, contribuindo para a organização do trabalho das equipes de saúde. A qualidade da vida coletiva é definida segundo os números, nesse arranjo que esquadrinha a vida “comunitária” em corpos sob cuidado atento e busca “normalizar” grupos populacionais, ao engendrar mecanismos de controle permanente e de produção de saberes que constituem os parâmetros para investimentos de redução de diferenciais e de desvios em relação às normas fabricadas⁷.

Problematizar as práticas do setor da saúde com a noção de biopoder pode parecer lugar-comum, uma vez que, no Brasil, a discussão do sanitarismo campanhista fez emergir o conceito de saúde coletiva como distinto do conceito de saúde pública e, já no final dos anos 1970, assinalava-se esta posição. Entretanto, a gestão das populações pela saúde pública mantém a vigência e, ao intervir sobre os riscos e os corpos, para fazer viver (e deixar morrer), confunde ações de saúde e biopolítica. Neste sentido, Merhy (2010a, p. 34) sinaliza que a clínica, mesmo não reduzida a aspectos biológicos, não escapa do exercício de poder sobre a vida. Se priorizada a vigilância em saúde, serão centrais as ferramentas matemáticas (como a Estatística, por exemplo) na conformação de tecnologias para governar as populações⁸.

Para esta pesquisa, interessou analisar processos de *formação de*

⁶ A referência à prescrição do trabalho considera as diferenças conceituais entre trabalho prescrito e trabalho real, entendido o primeiro como as determinações sobre o “modo de utilizar as ferramentas e as máquinas, ao tempo concedido para cada operação e aos modos necessários e às regras a respeitar”; o segundo, por sua vez, corresponde “àquele realmente executado”, conforme Oliveira (2006, p. 329).

⁷ Mecanismos de controle permanente e constituição de normas deduzidas de saberes sobre as populações são expressões do que Foucault (2008a) denomina de dispositivos disciplinares e de segurança.

⁸ Sobre os usos da Estatística como tecnologia de governo de populações, encontra-se outras referências nesta dissertação, especialmente na seção intitulada “Tecnologias de governo da vida”.

trabalhadores em saúde na escola mundo do trabalho e, assim, relações de poder, de saber e práticas de subjetivação que atravessam e constituem os profissionais do setor. Desenhou-se um objeto de pesquisa especialmente voltado para a emergência e configuração da categoria dos *agentes comunitários de saúde* – profissionais, em sua maioria, sem escolarização formal no campo da saúde, com atuação há aproximadamente vinte e cinco anos no sistema brasileiro de saúde e com legalização da profissão há dez anos (BRASIL, 2002), devendo-se prover sua formação profissional na interseção trabalho-formação.

Esta perspectiva pressupõe que “inovações/mudanças” no campo da formação de trabalhadores de saúde não se esgotam em práticas de escolarização. Interessa, assim, como operam tecnologias de especialização da racionalidade biomédica, em práticas “insuspeitas” de acompanhamento populacional, de regulação e de avaliação (ou de proposição de formas de agir), apresentadas em defesa da eficácia e da efetividade, da adequação dos serviços às necessidades em saúde. Interroga-se as práticas que advogam a ampliação da noção de saúde com usos da epidemiologia e/ou anunciam a “inovação” ao constituírem-se “baseadas em evidências”⁹, intituladas de modelos de vigilância da saúde, promoção da saúde etc.. Investiga-se, deste modo, a imbricação entre experiência do trabalho e ensino na conformação do olhar/sentir/querer no saber-fazer da saúde.

A trajetória dessa pesquisa é sintetizada no quadro metodológico abaixo, enquanto a descrição detalhada encontra-se na seção “Processo de Pesquisa”, com especificação da justificativa da escolha de documentos e procedimentos de produção, organização e análise. As unidades analíticas receberam atenção pormenorizada em “Tecnologias de governo da vida”. À rede conceitual não é dedicada seção específica, esta atravessa todo o texto, entrelaçada na sustentação metodológica, na definição das categorias analíticas e nas emergências da análise de discurso.

⁹ Em relação às práticas de saúde baseadas em evidências, ver discussão de Luis David Castiel em Castiel & Vasconcellos-Silva (2006); Castiel & Dias (2007); Castiel (2010).

Quadro metodológico

| | |
|----------------------------|---|
| Problema | Fabricação de identidades em processos de numeramentização da saúde das populações. |
| Objetivo | Problematizar produções pedagógicas engendradas na profissionalização de <i>agentes comunitários de saúde</i> pela interseção trabalho-formação. |
| Questões | - Como se constituem mecanismos, instâncias, técnicas e procedimentos na regulação e na configuração da ocupação dos ACS e do seu âmbito de atuação (comunitário)? - Como os usos de registros, números, cálculos e medidas operam na produção e no ordenamento do trabalho dos ACS? |
| Unidades Analíticas | - Epidemiopoder e numeramentização. |
| Fontes | - Literatura: artigos acadêmicos publicados com referência aos agentes comunitários de saúde. - Normativas do trabalho: leis, portarias e instrutivos para o trabalho (guias, cadernos de orientação e outros materiais de informação e comunicação). |
| Procedimentos | Coleta: análise documental (leitura interessada e produção do corpus). Análise: Análise do Discurso. Aspectos éticos: os documentos são de acesso público e os autores foram citados. |

Interessaram as conceituações em torno da educação no trabalho (como educação/treinamento em serviço, Residências, cursos técnicos por itinerário ensino-serviço e outros), entendidas como táticas na disputa da organização das práticas que, todavia, não esgotam as aprendizagens produzidas no mundo do trabalho. Situa-se como objeto de pesquisa, deste modo, a produção da educação no trabalho, não reduzida à escolarização formal, mas analisada na configuração do trabalho (organização e processos) como *dispositivo pedagógico*, este entendido na acepção de Larrosa (1994).

Destaca-se que, neste texto, não são descritas representações dos agentes comunitários nas práticas de saúde. Tal propósito suporia que há reprodução do mesmo em lugares em geral, que há um lugar-comum. Pressupõe-se, entretanto, que cada encontro é singular e que são múltiplos os agenciamentos. Mesmo que a produção da pobreza, a fabricação de corpos dóceis, o esquadrinamento, a descrição detalhada, a valoração pela noção de normalidade constituam dispositivos biopolíticos complexos, esta pesquisa assume que não haveria uma maquinaria de determinação de práticas, um engenho pré-fabricado. O olhar clínico, a circulação dos afetos, as escolhas nos encontros não são replicáveis. Nesta linha, a pesquisa não objetivou a representação cultural e profissional de determinada categoria. Não se ocupou de questões sobre os significados de ser agente comunitário de saúde.

Dedicou-se, por sua vez, à descrição e problematização de relações de saber e de poder que constituem tecnologias políticas de fabricação de identidades, em processos de numeramentalização da saúde coletiva.

Poder-se-ia alegar que, se as práticas de subjetivação são singulares, que não haveria razões para escrever sobre agentes comunitários em saúde, recorte limitado a uma corporação profissional. Entretanto, tratou-se de analisar como se instituem supostas autoridades de saber e procedimentos de normatização/regulação num campo de práticas, inclusive na fabricação de uma *população-corporação* profissional¹⁰.

Para sustentar o objeto de pesquisa, constituiu-se uma rede teórica (um arranjo conceitual) sem pretensão de esgotamento do campo. Conceitos se entrelaçam e possuem interfaces para constituir possíveis olhares sobre as aprendizagens no trabalho em saúde.

Inicialmente, para argumentar que “a escola é o trabalho” e situar esta pesquisa no campo da educação, as considerações de Foucault (2008c), em “O nascimento da clínica”, são importantes para entender a imbricação entre experiência clínica e ensino, na conformação do olhar no saber-fazer da saúde. Heckert (2007) contribui para pensar a impossibilidade (em regime escolar) de ensinar a escutar, considerando a escuta como experimentação. As noções teóricas relativas à educação permanente em saúde (CECCIM, 2005, 2005a; CECCIM & FERLA, 2003; 2006) sustentam a potencial abertura às interrogações, estranhamentos e inventividades nos cotidianos de trabalho.

Em seguida, a partir das noções de biopolítica e de dispositivos disciplinares e de segurança, discute-se as práticas de governo pela verdade, marcadamente a partir do conceito de epidemiopoder (CASTIEL, 2010) e de numeramentalização (BELLO, 2011). Com estas aproximações teóricas, problematiza-se o campo de intervenção de agentes comunitários de saúde, onde se formam como profissionais da saúde e se faz ou se deve fazer a educação em serviço/educação no trabalho.

¹⁰ Uma discussão ampliada sobre a fabricação de uma população-corporação profissional encontra-se, nesta dissertação, na seção “Sobre a fabricação da identidade profissional: agentes fora do comum”.

1 A ESCOLA É O TRABALHO

A concepção de que a “escola é o trabalho”, nesta dissertação, não reduz um termo ao outro. Não se afirma que o trabalho adquire domínio sobre a produção de aprendizagens. Tampouco, refere-se à limitação de experiências de ensino às dimensões técnicas, administrativas e/ou políticas do mundo do trabalho. Não se opõem lugares que, *a priori*, seriam privilegiados para a educação.

Escola e trabalho são entendidos como práticas sociais. Práticas, na acepção foucaultiana de experiências, entendidas como “a correlação, em uma cultura, entre campos de saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade” (FOUCAULT, 2010e, p. 10). A noção de escola não se traduz como instituição legitimada para transmissão de conteúdos formais, mas como modos múltiplos de produzir subjetivações ou encontros de aprendizagens. Por sua vez, trabalho é referido como ato produtivo, que “modifica alguma coisa e produz algo novo” (MERHY & FRANCO, 2008, p. 427), inclusive *novos trabalhadores*.

Destarte, não se especifica um modo de interação, de ação mútua ou de comunicação entre trabalho e educação. “O caminho que se apresenta é conceber um *plano relacional* produtor dos termos”, sentido emprestado de Escóssia & Kastrup (2005, p. 302), quando se referem ao “coletivo” como plano de co-engendramento “indivíduo-sociedade”. Sublinha-se que não há termos constituídos em interface, mas afirma-se sua indissociabilidade.

A expressão “a escola é o trabalho” refere-se aos modos e processos de subjetivação, à produção de si e do mundo, à atribuição de sentidos ao vivido no agir em saúde. O trabalho neste campo é tomado como produção de cuidado e dos cuidadores, em ato. Esta afirmação inscreve-se nas produções de autores como Emerson Elias Merhy¹¹, ao argumentar, por exemplo, que se trata de uma “relação em dobra”, sustentando a impossibilidade de separar os termos, na medida que “um produz o outro” (MERHY, 2005, p. 172); e Ricardo Burg Ceccim, no desenvolvimento

¹¹ Merhy (2005a, p. 197) utiliza expressão neste sentido (“O mundo do trabalho é uma escola”), tomando emprestada a “fórmula” de Erminia Silva no estudo sobre os circenses e sua arte, onde a pesquisadora “mostra que o circo é uma escola, por ser o lugar de produção do fazer artístico, de seus próprios artistas e dos saberes”.

do conceito de “educação permanente em saúde”¹². Ainda, sublinha-se os efeitos dessa assertiva na formação de agentes comunitários de saúde, cuja aproximação e inclusão no campo profissionalizado ocorre principalmente pelas vivências cotidianas no trabalho.

Nesta perspectiva, é utilizado especialmente o conceito de dispositivo pedagógico (LARROSA, 1994; FISCHER, 2002) para caracterizar a dimensão educativa como constitutiva do trabalho. Ainda, a partir de Foucault (2008c), sustenta-se a indissociabilidade de exercício clínico e ensino na emergência do *olhar biopolítico do saber-fazer em saúde*. Engendram-se produções de conhecimento nas ciências da saúde, exercício profissional e processos de subjetivação, de modo a assinalar que o trabalho em saúde é escola.

1.1 Dispositivos Pedagógicos

Comumente atribui-se à escola (incluída a universidade) função privilegiada na transmissão de informações ou conhecimentos e nas aprendizagens em geral, tomados estes termos, muitas vezes, de modo indiscriminado.

Deste modo, pensar o trabalho como escola destacaria aquilo que é ensinado, instruído, de maneira mais ou menos espontânea, *no exercício* de determinada atividade ou procedimento. Assim, poderia ser contraposto à educação escolar/acadêmica, por seus diferentes graus de empirismo e dos efeitos práticos do que é aprendido. Entretanto, esta pesquisa toma os processos e a organização do trabalho como conjunto de mecanismos, instâncias, técnicas e procedimentos de subjetivação, ao interrogar como se constituem trabalhadores de saúde em seu interior, sem ignorar a educação em serviço, a educação pela integração entre serviço e educação profissional por itinerários no trabalho. A questão sobre a *constituição de trabalhadores* remete à produção dos modos de subjetivação, a aprendizagens que não se reduzem à perspectiva utilitarista de transmissão de informações ou apreensão de saberes. Entretanto, não se ignora que as propostas de educação em saúde inscritas na perspectiva da transmissão de conhecimentos,

¹² Destacam-se publicações como: Ceccim & Ferla (2003); Ceccim & Feuerwerker (2004) e Ceccim (2005, 2005a). Aprofunda-se esta temática, nesta dissertação, na seção “Educação Permanente em Saúde: estranhamentos e inventividade”.

de prescrição de comportamentos, instituem regimes de validação de saber, posições de autoridade, interdições e sujeições, ou seja, processos de subjetivação. Estes modos de organizar e operar práticas pedagógicas são objeto da pesquisa na medida em que compõem estratégias do trabalho em saúde, que é tomado como educativo em um sentido mais amplo.

Destarte, o trabalho em saúde é entendido como dispositivo pedagógico, com tecnologias óticas – produção de formas de olhar para si; narrativas – formas de auto-expressão; jurídicas – táticas e estratégias de avaliação; e práticas – formas de autocontrole e autotransformação (LARROSA, 1994). Analisa-se a formação do trabalhador no entrecruzamento dessas dimensões.

Por dispositivo pedagógico, entende-se com Larrosa (1994, p. 57) “qualquer lugar no qual se constitui ou se transforma a experiência de si. Qualquer lugar no qual se aprendem ou se modificam as relações que o sujeito estabelece consigo mesmo”. Neste sentido, o trabalho é tomado como pedagogia, e esta compreendida como “operação constitutiva, isto é, como produtora de pessoas” (LARROSA, 1994, p. 37). Deste modo, é situado essencialmente como prática de formação, como trabalho educativo.

Ainda, a terapêutica, marca fundamental do trabalho em saúde, é entendida como campo de produção e não de mediação (lugar entre o são e o insano, por exemplo). Seu processo entrecruza definições de verdades dos sujeitos, regulações de seus comportamentos e formas de subjetividade (LARROSA, 1994), não focadas no usuário ou destinatário, mas com efeitos na fabricação do trabalhador em saúde.

Trata-se de recursos e relações para além das supostas nas instituições de ensino. Atenta-se para as experiências dos modos particulares de inclusão e de expressão de participantes de práticas sociais, neste caso, do trabalho comunitário em saúde. Interessam as regras e o significado do jogo, ao situar que “a pessoa aprende ao mesmo tempo ser um jogador e o que ser um jogador significa” (LARROSA, 1994, p. 44). A aprendizagem do que pode ser dito, de que maneira, em que situações e em quais condições pode ser dito, sob quais normas e juízos é característica da produção no dispositivo pedagógico. Neste sentido, cinco dimensões são destacadas por Larrosa (1994):

| Dimensões | Características |
|-------------------|---|
| Ótica | A dimensão ótica refere-se às operações que estabelecem objetos visíveis, às coisas que são vistas e classificadas e à posição do observador, bem como, aos mecanismos de autovigilância, aprendizagens de formas corretas de ver-se. Trata-se da constituição do “que é visível dentro do sujeito para si mesmo” (p. 58). Nestes termos, o “sujeito é uma função da visibilidade, dos dispositivos que o fazem ver e orientam seu olhar. E esses são históricos e contingentes.” (p. 63) |
| Discursiva | A dimensão discursiva constitui “o que o sujeito pode e deve dizer acerca de si mesmo” (p. 58). Assim, tem relação com a aprendizagem de um discurso legítimo e suas regras, ao mesmo tempo em que constitui “o sujeito que fala e sua experiência de si” (p. 67). |
| Jurídica | Esta dimensão relaciona-se às “formas nas quais o sujeito deve julgar a si mesmo segundo uma trama de normas e valores” (p. 58). Refere-se ao narrar-se como autocrítica, aos critérios de valor na função de “prestar contas” e à lógica do dever, da lei e da norma. Trata, nestes termos, da “constituição simultânea de um sujeito que julga, um conjunto de critérios (um código de leis, um conjunto de normas ou uma série de critérios de estilo), e um campo de aplicação” (p. 77). |
| Narrativa | Na dimensão narrativa, destaca-se a autonarração, que pressupõe que o “sujeito se tenha tornado antes calculável, pronto para essa operação na qual a pessoa presta contas de si mesma, abre-se a si mesma à contabilidade, à valoração contável de si” (p. 69). Esta modalidade estabelece tanto a posição do narrador quanto às regras de sua inserção numa prática social, ou numa trama (ator social ou personagem). Neste sentido, remete à interrogação sobre a “gestão social e política das narrativas pessoais, pelos poderes que gravitam sobre elas, pelos lugares nos quais o sujeito é induzido a interpretar-se a si mesmo, a reconhecer-se a si mesmo como o personagem de uma narração atual ou possível, a contar-se a si mesmo de acordo com certos registros narrativos” (p. 71-72). |
| Prática | Esta dimensão refere-se àquilo que “o sujeito pode e deve fazer consigo mesmo” (p. 58), atravessado pelos dispositivos que fazem ver e orientam seu olhar, constituído narrativamente em certas condições espaço-temporais, sob determinadas normas e valores de juízo e de decisão. |

No campo da saúde, não é novidade pensar a educação vinculada à experiência (n)do trabalho. A escuta e o olhar clínicos não são aprendidos somente a partir de apropriações e construções de conhecimento, por um suposto sujeito racional. Na perspectiva de que sujeitos e objetos se constituem nas relações, interessa perguntar o que se passa na escuta e na formação e não sobre as possibilidades de ensinar a escuta (HECKERT, 2007, p. 199). Esse “o que se passa” refere-se aos movimentos, às produções nos encontros do trabalhador-aprendiz com o usuário. Nesse sentido, o trabalhador emerge inevitavelmente como aprendiz, independentemente de estar ou não em processos formais de escolarização ou ditos pedagógicos. Assim, a partir dos escritos de Foucault (2008c), salienta-se que a formação de um *olhar médico* é constitutiva do nascimento da clínica na modernidade – não há separação ou anterioridade.

1.2 A constituição do olhar médico e a emergência da “escuta como experimentação”: as aprendizagens no trabalho

Um retorno à cena para produzir outras interrogações: um agente comunitário de saúde em suas primeiras semanas de trabalho (realizado, necessariamente, no bairro em que ele reside). Após alguns dias de “capacitação”, bate à porta de uma casa qualquer (um vizinho). Esta cena se repetirá em mais ou menos 150 domicílios, todos os meses. Apresenta-se como trabalhador de um serviço de saúde. Participou de seleção/concurso e tudo mais. É a mesma pessoa que leva o filho para a praça, ali perto e frequenta a “feirinha” da rua ao lado, todas as semanas. Está sempre próxima. Ainda mais, neste novo trabalho. E agora? Como se inicia no campo da saúde? O que olhar? O que conversar? Falar dos filhos, das contas a pagar, da algazarra da gurizada na rua? O que interessa saber?

Podemos nos aproximar destas questões a partir de uma historicização da formação do olhar clínico. Não é um olhar qualquer, fenômeno de visão, regido por leis relativas a radiações luminosas, organizado, sistematizado e interpretado por saberes médicos. Se assim fosse considerado, as *capacitações* desses recém-chegados no campo da saúde ou as supervisões de especialistas seriam suficientes para traduzir os *significados* das coisas vistas. Mas, talvez não se fale de processos tão *neutros*.

No prefácio de “O nascimento da clínica”, Foucault (2008c) é enfático ao escrever que o livro trata, centralmente, do *olhar*. Olhar médico que, na sua formação, se esquia e precisa abstrair o indivíduo doente (p. 7; p. 14) e neutralizar o seu senhor (p. 8; p. 41) e, nestes procedimentos, implica a reorganização dos conhecimentos médicos e dos discursos sobre a doença.

Isso torna a cena descrita um tanto mais complexa. Se o olhar em formação se inscrever no registro dessa clínica, o vizinho e suas histórias não estarão no foco. Requer exercícios de abstração do que talvez tenha marcado todos os encontros até o momento. Interessam coisas até então não percebidas, não contadas. Mas de que modos se produz este olhar clínico? Ou não se trata disso? Neste caso, que outros olhares são produzidos e como?

Alguns poderiam recorrer à afirmação metafórica de que o olhar dependerá dos óculos (conceituais e culturais) utilizados. Porém, isso parece insuficiente.

Afinal, saber é um problema óptico? Depende da lente? Nessa perspectiva, supõe-se um objeto já dado, passível de múltiplas interpretações. A metáfora dos óculos de conhecimento talvez não dê conta da permanente fabricação dos sentidos (do objeto e do sujeito). Relativiza a noção da produção de saber, mas centra-se num sujeito do conhecimento que, instrumentalmente, maneja ferramentas (ópticas-metodológicas) de “desvendamento”. Ainda, supõe uma “estrutura” de aprendizagem, um processo cognitivo previsível, dependente apenas dos óculos-ferramenta, da posição e dos métodos. Entretanto, se considerarmos sujeitos e objetos como agenciamentos singulares, não há mera troca (intencional ou não) de instrumentos de saber, mas relações de saber-poder, que projetam inclusive aquilo que se nomeia de óculos.

Por enquanto, continuemos centrados na experiência clínica, que se caracteriza pelo olhar atento e sistemático e que se configura, na história ocidental, como a primeira abertura “do indivíduo concreto à linguagem da racionalidade”, segundo Foucault (2008c, p. XI). Essa experiência clínica é marcada como produção de conhecimento, como *constatação científica em cada caso*. Ciência, profissão e ensino são coproduzidos, são co-engendrados. Daí a associação relevante entre os temas do exercício profissional, da escolarização e o surgimento dos hospitais, enfatizada na afirmação do “princípio de que o saber médico se forma no próprio leito do doente” (FOUCAULT, 2008c, p. 57). Remete, assim, à valorização de um método e à produção permanente de novos saberes. Não há suficiente aprendizagem prévia. Escolas, universidades, sociedades profissionais podem se ocupar de um campo de saberes sistematizados, mas não há redução da clínica à lição. A clínica é “libertada por um movimento de descoberta” (FOUCAULT, 2008c, p. 67).

O indivíduo concreto, aberto à linguagem da racionalidade, é inventado como objeto da clínica, o que supõe um domínio de verdades sistemáticas e um “domínio livre, em que a verdade fala por si mesma” (FOUCAULT, 2008c, p. 52), abertura, portanto, do campo da aprendizagem.

Nesses termos, o *domínio das verdades sistemáticas* remete ao especialista que decifrará as imagens percebidas pelo ACS? A atenção é focada conforme as orientações dos saberes médicos? Trata-se de que focalizações e de que modos de

produção e/ou regulação desses “ajustes” do olhar? Ainda acompanhados de Foucault (2008c), é interessante salientar a referência à experiência hospitalar, à qual se atribui uma pedagogia, “um domínio no qual a verdade se ensina por si mesma e da mesma maneira ao olhar do observador experimentado e do aprendiz ainda ingênuo” (p. 74). Associam-se a manifestação e o conhecimento da verdade, facilitadas pela constância das observações e pelo registro das exaustivas descrições, expostas à análise.

Talvez de forma caricata, pudéssemos imaginar, na situação proposta, o bairro como um *hospital a céu aberto* e o agente como um observador constante, com a atenção focada nos interesses do campo da saúde e que tudo registra. Afinal, na cena, a conversa passaria por algumas verificações e registros em planilhas de um *Sistema de Informações da Atenção Básica – Siab*. Alguns pontos mereceriam ser “contados”. Outros, não.

E as escolas de saúde participam, em que medida, na formação deste olhar clínico? Em texto específico sobre o direito de exercício e o ensino médico, Foucault (2008c, p. 48) destaca que na história da medicina, já no século XVIII, surgiam críticas sobre defasagens entre a escola e a prática profissional, ao explicitar as manifestações da época em que “o ensino canônico ministrado na Faculdade não respondia mais às exigências da prática, nem às novas descobertas”. Aqui, não se trata simplesmente de uma escola médica descompassada, atrasada. Tem relação com um olhar médico que não pode ser apreendido (ou aprendido) na totalidade. Há aprendizagens produzidas somente em ato, no exercício. Dependentes de procedimentos para fazer ver e de decifração.

Neste sentido, merece destaque, por exemplo, o acompanhamento de “prático renomado”, instituído como uma das estratégias de formação; a afirmação da necessidade de “ter em vista um ensino prático” (FOUCAULT, 2008c, p. 51). A figura de um experimentado no campo alude à dupla aprendizagem necessária: de um domínio organizado e estruturado de conhecimento, assegurado pela experiência prévia; e da observação e análise das manifestações de verdade de cada caso. O ensino se dá na visita aos doentes. Isso ocorre relacionado com o aparecimento de uma “espécie de internato, com hospital adjunto” como cenário de ensino.

E, se o investimento fosse na produção de olhares não reduzidos às manifestações de verdade das doenças? Se a atenção fosse outra? Em uma perspectiva de crítica à racionalidade biomedicalizadora descrita por Foucault (2008c), há também outros autores que sustentam a argumentação sobre a impossibilidade de ensino do cuidado sem relação com o trabalho. A irredutibilidade a uma dimensão técnica estabelece a centralidade dos encontros trabalhador-usuário, para inventar clínicas e aprendizagens singulares (CECCIM, 2005, 2005a; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; HECKERT, 2007; MERHY, 2005). Outros procedimentos, outros conceitos, estratégias diferentes nas perspectivas da clínica não centrada na doença.

Os olhares, a atenção e a escuta não são processos redutíveis às aprendizagens escolares. Nem nos cursos mais extensos. Menos ainda no trabalho do agente comunitário de saúde, que assume estatuto de profissional da saúde com breve passagem pelas escolas formais da área.

Retornando à cena proposta, vemos emergir a necessidade de novos olhares para a cidade e a vizinhança. E novas percepções do trabalhador sobre si. O que será que o vizinho espera nessa relação outra? Andar pelo bairro agora é trabalho. De que modo se produz este “eu” agente comunitário de saúde? Conversar sobre o quê? Escutar o quê? Heckert (2007, p. 205) interroga os sentidos do ensino da escuta (clínica) e afirma a indissociabilidade formar-intervir. Situa as possibilidades de produção de *escutas surdas*, nas quais, ao invés de “indagar as evidências que nos constituem como sujeitos, deixamo-nos conduzir por elas, reificando-as”. Refere-se a um domínio que restringe a escuta a supostas científicidades neutras. Por outro lado, faz menção à escuta como experimentação, irredutível à técnica, implicando entrar em contato, acompanhar os movimentos, estranhamento (e não decifração) dos modos de vida, em atenção às vozes e silêncios, forças e formas (HECKERT, 2007).

No caso dos agentes comunitários de saúde e demais trabalhadores da área, remete-se à valorização dos encontros singulares nos processos de trabalho. Nesta pesquisa, investiga-se como se constituem as condições de possibilidade desses encontros, quais práticas procuram normatizar essas condutas e como operam as possíveis regulações ou diretividades. Talvez se dê visibilidade aqui ao

especialismo, às posições de destaque dos saberes com estatuto de especialistas, que implicam interdições de outras produções discursivas. Aí estamos diante de processos que se constituem como regulatórios: o que pode ser dito, por quem e em que condições; e de que jeitos isso atravessa e cria possibilidades para a formação dos ACS.

Ao reafirmar a escuta-experimentação, que ultrapassa os controles das disciplinas, Heckert (2007, p. 202) argumenta que “quando os processos de formação operam por meio da fragmentação de saberes, descolados dos processos de trabalho, dos sussurros e cheiros do mundo em que vivemos, acabamos por realimentar latifundiários do saber que tutelam os sujeitos”. A autora problematiza a posição discursiva especialista e insiste na necessária aprendizagem no trabalho.

1.3 Educação Permanente em Saúde: estranhamentos e inventividade nos cotidianos de trabalho

Há formulações político-conceituais, no campo da Educação e Ensino da Saúde, que, ao problematizarem as práticas de formação de trabalhadores, argumentam sobre a centralidade do trabalho como vivência e objeto de análise. Uma das elaborações consistentes, estabelecida também como política pública no Sistema Único de Saúde, refere-se à Educação Permanente em Saúde – EPS. Essa é definida como prática pedagógica construída em espaços coletivos para análise, reflexão e avaliação de sentidos dos cotidianos do trabalho em saúde. É atravessada pelas “relações concretas que operam realidades” (CECCIM, 2005, p. 161). Nessa perspectiva, a construção de uma noção de complexidade do mundo do trabalho em saúde é fundamental – caracterizada pela multiplicidade de elementos em relação e (co)produção; pela impossibilidade de controle externo total; pela não redução a um domínio da técnica; e por não se limitar às prescrições pedagógicas ou gerenciais.

O que se passa no cotidiano do trabalho não é de regulação das capacitações e treinamentos, conforme critica Merhy (2005, p. 172), lembrando que, desta forma se supõe que a baixa eficácia das ações de saúde seja devida à falta de competência dos trabalhadores e que poderia ser corrigida “à medida que suprimos, por cursos compensatórios, aquilo que falta”.

No entanto, se a organização do trabalho ultrapassa os domínios da escolarização formal, dos conhecimentos transmitidos por ensino programado e das informações contidas em treinamento, ela não prescinde da educação como problematização das práticas, dos conhecimentos e dos valores.

Ainda, a impossibilidade de controlar as práticas exclusivamente no âmbito da formação é referida por Franco (2007, p. 428), ao apresentar o entendimento de que “apesar de todo esforço em educação, na maioria das vezes as práticas assistenciais permanecem as mesmas”. O dispositivo pedagógico constituído não opera pela disruptura ou interrogação da realidade, tampouco aperfeiçoa resultados esperados à prescrição de práticas pelos cursos de formação. A expressão, “permanecem as mesmas”, utilizada pelo autor para qualificar as práticas assistenciais, supõe “esforços do trabalho” sem correspondência com os “esforços em educação”.

Também Ceccim (2005, p. 163) afirma que “as prescrições de trabalho, entretanto, não se traduzem em trabalho realizado/sob realização”. Essa compreensão de que não há correspondência entre *prescrição do trabalho* e *trabalho realizado* destaca que há aprendizagens que se produzem nas relações singulares, da “realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde” (p. 162).

A caracterização dessa abertura a múltiplas produções no trabalho afirma-se no entendimento de que, na saúde, as tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato. O trabalho não é completamente controlável por portar altos graus de incerteza, em razão da singularidade dos processos de saúde-doença-cuidado em cada pessoa e da liberdade dos trabalhadores (MERHY, 2005).

Vale destacar que essa perspectiva não exclui de seu horizonte as práticas formais (escolares/acadêmicas)¹³, mas estabelece críticas ético-políticas e metodológicas aos processos educativos, ao defender “um processo educativo

¹³ A educação permanente em saúde, incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos serviços de saúde, colocaria o SUS como um interlocutor nato das instituições formadoras na formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 59).

incorporado ao cotidiano da produção setorial” (CECCIM, 2005, p. 161). Entretanto, aqui interessa mais a sustentação da noção de trabalho educativo, do que as relações com o segmento das instituições formadoras. Outro destaque à centralidade do trabalho para os processos de educação na saúde está na complexidade da vida real e na singularidade dos processos saúde-doença-cuidado (MERHY, 2005; CECCIM, 2005). Assim, o campo de intervenção constituído pelos saberes formais não prescinde dos saberes tradicionais ou das culturas. As demandas em saúde não são apreendidas, em sua totalidade, pela ciência. Sua atenção/atendimento não necessariamente se sistematiza pelos serviços oficiais profissionalizados. Nesses termos, deve haver a valorização das “experiências locais” e da “permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população” à organização de práticas formativas (CECCIM, 2005).

Igualmente, sustenta-se a noção de *trabalho educativo*, explicitada por Ceccim e Ferla (2003), na definição das Residências Integradas em Saúde, como integração entre trabalho e educação. Esta concepção está nas formulações da Educação Permanente em Saúde, como escopo de formação de trabalhadores, não de profissionais. Com isso se afirma a educação para a equipe, a integralidade, a escuta e o acolhimento, mas não a especificidade, a tecnicidade ou a disciplinaridade. Aprender a aprender e *tomar os cotidianos como objeto* de aprendizagem são formulações relacionadas. Trata-se, ainda, da concepção de que a *organização dos serviços* e a do *sistema de saúde* são mediadoras do agir profissional (CECCIM, 2005). Ficam marcados os espaços de *autogoverno* e os processos de *captura* por normativas instituídas (FRANCO, 2007), os espaços de auto-análise e os processos de treinamento, por exemplo, para os problemas de baixa cobertura e não adesão ao tratamento.

Ante a complexidade do trabalho, afirma-se a abertura à singularização. Definem-se como centrais os processos de subjetivação. Na crítica à abordagem do trabalhador como “recurso humano”, ele fica afirmado como “ator social”, salientando que os eventos em cena produzem diferenciação, afetam-nos, modificam-nos, “produzindo abalos em nosso *ser sujeito*” (CECCIM, 2005, p. 167). Assim, adquire centralidade a aprendizagem nas vivências, que são coletivas, pelos encontros estabelecidos nas equipes (CECCIM & ARMANI, 2002). O trabalho também é escola.

2 TECNOLOGIAS DE GOVERNAMENTO DA VIDA

Neste texto, as ações ou os atos de governar a vida são tomados, não a partir de uma suposta centralidade de “governo” pelo Estado, mas como “ações distribuídas microscopicamente pelo tecido social”, entendidas como “práticas de governo” (VEIGA-NETO, 2005, p. 83).

Interessa, especialmente, a constituição da vida e do trabalho em saúde em seu *viés* “epidemiologicamente informado”, que é tomado como uma perspectiva na disputa por modos de “contar” o que é relevante olhar, escutar, sentir, querer, fazer e/ou viver nos encontros da saúde. Perspectiva que é composta pelos processos de subjetivação e pelas aprendizagens empreendidas no âmbito da Estatística como tecnologia de governo. Nestes termos, epidemiopoder (CASTIEL, 2010), como a normatividade de base epidemiológica, e numeramentalização, como normatividade matemática produtora e orientadora de práticas sociais (BELLO, 2011), são noções instigantes para problematizar o setor e o trabalho da saúde, sua biopolítica e sua “escuta”, que busca evidenciar e se afirma em fragmentariedades.

2.1 O Epidemiopoder

Para discutir as tecnologias de governo da vida, empreendidas no trabalho em saúde, em diferentes escalas e intensidades, é interessante voltar-se para a noção de epidemiopoder (CASTIEL, 2010), que destaca a relevante composição da epidemiologia em práticas biopolíticas. Essa referência conceitual oferta uma perspectiva para situar o trabalho do ACS e analisar as aprendizagens no trabalho. Situar, no sentido de indicar um lugar, não fixo, às produções subjetivas, de configurar alguns modos de ver e ouvir.

Interessa, inicialmente, a aproximação ao conceito de biopolítica, donde uma noção de poder encarregado da vida “que faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos, e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana” (FOUCAULT, 2010b, p. 155). A biopolítica refere-se às estratégias de poder exercidas sobre os corpos e as populações pelos saberes da clínica, em especial da epidemiologia ou da *medicina social*. Composição de

dispositivos disciplinares e de segurança. Enquanto a disciplina constitui procedimentos, técnicas e processos de normação¹⁴, fundados no caráter primeiro da norma, em investimentos para tornar os corpos conformes a modelos ótimos, construídos, em função de certo resultado, nos dispositivos de segurança, a delimitação dos fenômenos se dá em “marcos aceitáveis, em vez de impor-lhes uma lei que lhes diga não” (FOUCAULT, 2008a, p. 86).

A prática disciplinar analisa e decompõe indivíduos, lugares, tempos, gestos, atos e operações; estabelece mecanismos de controle permanente e adestramento progressivo; institui classificações, demarca inaptos e capazes. Tratar e isolar doentes são características de suas táticas (FOUCAULT, 2008a).

Por sua vez, nos dispositivos de segurança descritos por Foucault (2008a), não é central a demarcação de doentes e não doentes. Na população, certas frequências de eventos de morbidade e mortalidade, por exemplo, constituem uma “normalidade esperada”. A norma se deduz do normal. Os saberes sobre as populações constituem os parâmetros para os investimentos de normalização, de redução de diferenciais e desvios. Redução e não eliminação dos desvios, porque estes cumprem a função de afirmar os lugares da normalidade e da anormalidade.

Emerge, nesses termos, a noção de caso, uma maneira de “integrar no interior de um campo coletivo os fenômenos individuais”. Não se trata do caso individual, mas do modo da *quantificação para o racional e o identificável*. Também passa a operar a ideia de risco, como probabilidade de morbidades ou mortalidade associada a determinadas características, uma estratégia de “governo das populações” (FOUCAULT, 2008a, p. 79).

A construção da noção de risco, por exemplo, parece ser constitutiva da fabricação de “sujeitos racionais”, que podem escolher os “bons caminhos” prescritos pela ciência médica. Conforme Castiel (1996, p. 4), “no caso específico da epidemiologia, é clara sua adesão a uma teoria da escolha racional”. Nessa perspectiva, conforme o autor, “no caso das pessoas se depararem com distintas

¹⁴ Foucault (2008a, p. 75) prefere usar o termo “normação” para se referir aos dispositivos disciplinares, para demarcar a “característica primeira da norma em relação ao normal”, ao afirmar que “é em relação a essa norma estabelecida que a determinação e a identificação do normal e do anormal se tornam possíveis”.

possibilidades de ação, supostamente deverão selecionar aquela que, conforme suas crenças, as conduzam ao melhor resultado global”.

O arranjo de estratégias, táticas e processos disciplinares e de segurança são constitutivos da biopolítica. Controle da sociedade sobre os indivíduos, que passa pelo corpo, pelo biológico, pelo somático (FOUCAULT, 1989b), ou seja, não há substituição de tecnologias disciplinares por de segurança. Esta questão é explicitamente tratada por Foucault (2008a, p. 12) ao afirmar que algumas tecnologias de segurança consistem, “em boa parte, na reativação e na transformação das técnicas jurídico-legais e das técnicas disciplinares”.

Práticas disciplinares (normação) e de segurança (normalização), com estratégias panópticas, disputam¹⁵ o trabalho do agente comunitário de saúde. Panoptismo em relação ao usuário, que é “objeto” de cuidado. Apresenta-se a imprevisibilidade do momento de ser vigiado: uma nova visita pode ocorrer a qualquer momento e não precisa ser às casas, pode ser na rua, em atividades de lazer ou de ocupação social; o caso pode ser rediscutido, revisitado e/ou reavaliado a qualquer tempo. Os segredos da clínica, que verifica e analisa os corpos, constituem os lugares privilegiados de quem tudo vê (subsidiado por um aparato de exames, interrogatórios e observações) e são alertados pelos agentes comunitários de saúde nas ruas e nas casas.

Imaginemos o indivíduo visitado pelo agente comunitário de saúde que afirma não ser sedentário e nem tabagista, declara fazer uso das medicações prescritas e da dieta profissionalmente orientada, mas, numa festa ou na rua, é visto “em desacordo”. Se, ao exame clínico, mostrar-se com hipertensão arterial e obeso serão recomendadas mais visitas. O adolescente que diz ao serviço de saúde, à família e à igreja que não mantém relações sexuais e tem diagnosticada uma doença sexualmente transmissível mostra visível o que não conta, permitindo uma dada contabilidade. Uma constante tensão se coloca em relação ao que pode ser visto, contado, ou identificado e quantificado, como desvio pelas técnicas e procedimentos da ciência na saúde (ou da clínica).

¹⁵ Disputa e não determinação, uma vez que há potência de diferenciação em todas as práticas. Há sempre o que escapa, que vaza, que excede.

O próprio ACS emerge como objeto de saber e poder. Sistemas de informação, supervisões e indicadores de avaliação formam uma rede que educa para o trabalho: olhou no momento que devia e para o que devia? Contou tudo o que havia para contar? Contou as faixas etárias, os hábitos alimentares, o número de cômodos e de habitantes em cada casa?

É nesta delimitação do que “deve ser visto e contado” que tem relevância a noção de epidemiopoder. Segundo Castiel (2010, p. 162), “é a normatividade de base epidemiológica que rege os preceitos e recomendações que pretendem disciplinar as populações humanas no interior dos discursos de promoção da saúde, centrados no comportamento saudável”. A *expertise* técnica produz efeitos de normalização nas populações e também regula o trabalho na saúde. Estabelece parâmetros para avaliar as decisões e as ações.

Vale destacar que estas produções técnicas são contingentes, vinculadas a interesses, de argumentos culpabilizantes, de cunho moral. Neste sentido, Castiel (2007) faz referência às abordagens da *gravidez na adolescência*, recorrentemente citada como problema de saúde pública, que não incluem proposições, com uso de informações científicas, de fomento ao lesbianismo, por exemplo, posto que é prática sexual sem “risco de gravidez”. Se na referência aos indivíduos e às populações, o epidemiopoder investe na formação de comportamentos saudáveis, afastados de riscos, escolhidos por sujeitos “racionalis”, o correlato parece ser um “trabalhador baseado em evidências”, o agente comunitário de saúde epidemiologicamente informado. A vida e o trabalho talvez se confundam com uma série de prevenções e terapias (CASTIEL, 2010). Dispositivo biopolítico que esquadrinha, classifica, rotula, individualiza, prescreve, regula, governa a vida das populações e disciplina os corpos.

A especialização das intervenções, os recortes milimétricos que definem as normalidades intentam vida impossível. A meta nunca é alcançada. Nesses termos, outro jeito de analisar o trabalho dos agentes comunitários de saúde é a partir de seu caráter ritualístico de manifestação da verdade, ao entender com Foucault (2010a, p. 36) a manifestação da verdade como “um conjunto de procedimentos possíveis, verbais ou não, pelos quais se atualiza isso que é colocado como verdadeiro por oposição ao falso, ao oculto, ao invisível, ao imprevisível”.

Assim, os recorrentes procedimentos de descrição e contabilidade sobre a vida e o corpo de todos e de cada um, exercidos por agentes comunitários de saúde, não se referem à fórmula “conhecer para conquistar”. Não é simples condução dos outros. Trata-se de um jogo, ritual de manifestação da verdade, situado na racionalidade biomédica, ao constituir relações de saber-poder. Refere-se a certa *função especialista*, “de convencer o próximo da responsabilidade com os cuidados consigo mesmo, sob a chancela da ciência” (CASTIEL, 2010, p. 175) e de “contar” para o sistema de saúde como é a saúde nos lugares. Entretanto, é um campo de tensionamentos e disputas e não se trata de abordagem totalizante, que suporia que nada escapa ou ultrapassa a ciência.

2.2 A Numeramentalização

Como se anuncia o sucesso (ou não) do trabalho dos agentes comunitários de saúde? O que dizem os números? De que modo as informações estatísticas produzem as práticas e constituem processos de subjetivação desses trabalhadores? O uso dos números tem centralidade na história das tecnologias políticas para o governo das populações. A emergência da noção de *população* tem relação com a Estatística que faz uso de registros numéricos¹⁶.

Pelos usos da Estatística, é dada visibilidade a constantes e regularidades nas populações (taxas de morbidade e mortalidade, por exemplo); sustenta-se a racionalização do acaso e das probabilidades; criam-se condições, pelo suporte matemático, de mudanças na racionalidade médica, com o uso de práticas como a variolização¹⁷. Constitui-se a ideia de morbidade e/ou mortalidade *normais* (FOUCAULT, 2008a, p. 82).

As coletividades (coleções) surgem como fim e como instrumentos de governo – os saberes são fruto da análise das regularidades, e seus usos são para mantê-las constantes. A partir de uma perspectiva disciplinar de

¹⁶ Destaca-se que a “estatística ou coleção de fatos que podem ser de interesse das pessoas que cuidam do Estado, nem sempre, historicamente, estiveram vinculados a observações e registros numéricos” (TRAVERSINI & BELLO, 2009, p. 139).

¹⁷ Variolização é a inoculação do vírus da varíola para provocar uma infecção branda e desenvolver a imunidade.

esquadrinhamento, classificação, separação entre normal e anormal, tratamento de todos e isolamentos para evitar contágios – intervenções sobre os corpos, portanto, formulam-se novas estratégias, agora para a gestão das populações. Uma arte sutil, “sem que as pessoas percebam muito”. Desmembram-se diferentes normalidades, conforme sexo, idade, bairros da cidade, com a finalidade de reduzir os desviantes à curva normal geral. Na hora que “contados”, os desviantes surgem, ainda que se queira provocar seu apagamento. Há definição de taxas médias ótimas – manutenção, portanto, de limites social e economicamente aceitáveis (FOUCAULT, 2008a, p. 140).

No caso do trabalho dos ACS, trata-se de um duplo investimento da Estatística como tecnologia política: na *conformação do olhar* sobre as “normalidades” na população de usuários – em relação à pobreza, situação habitacional, taxas de desemprego, taxas diferenciais de óbitos etc.; e na *constituição de atividades no trabalho* que não se desviem das curvas normais gerais, descritas nos *perfis* e nas *avaliações de desempenho* dos trabalhadores.

Vale destacar que a perspectiva de uso da matemática estatística como suporte científico à racionalidade médica também ocorreu no âmbito da clínica. Em *O Nascimento da Clínica*, Foucault (2008c, p. 114), na seção que trata sobre o cálculo dos graus de certeza, escreve sobre a suposição de que “entre o fenômeno e o que ele significa, o vínculo é o mesmo que entre o acontecimento e a série de que ele faz parte”. Estrutura lógica da matemática para sustentar a clínica *médica*. Números, portanto, para legitimar as ciências da saúde e para instituir outras práticas de governo das populações, também no âmbito da saúde, não se restringindo a este campo.

Interessaram, nesta pesquisa, especialmente as investigações de Bello & Traversini (2009, 2011) sobre a curricularização do saber estatístico e sobre as tecnologias de governo em políticas públicas de gestão do risco social. Ainda, é relevante a produção conceitual em relação à numeramentalização, neologismo criado por Bello (2011), para situar a matemática como normatividade produtora e orientadora de práticas sociais – ação de governo.

A Estatística, como tecnologia de governo, passa, conforme os referidos autores, pela tradução da vida em números, pela identificação de áreas e

grupos de risco social, pela constituição de necessidades e realidades – quantificação que implica esquadrinhamento e ordenamento da vida das populações. Nesta pesquisa, destacar-se-á a operação desta tecnologia política na fabricação co-engendada de uma dimensão comunitária e de uma *população-corporação* profissional (ACS).

Neste sentido, a centralidade numérica na organização do trabalho dos agentes comunitários de saúde é um analisador importante. Os dados registrados no Sistema de Informações da Atenção Básica representam recortes de interesse das instituições e de especialistas em relação a condições e estilos de vida da população, bem como a determinadas classificações diagnósticas de doenças. Subsidiarão tomadas de decisão na definição de vulnerabilidades sociais e sanitárias, na identificação de “desvios” a sofrer normalização, bem como, prestam-se para a avaliação e auditoria de impactos do trabalho do setor da saúde.

Segundo Traversini & Bello (2009, p. 144), em uma localidade/coletividade pode haver indivíduos ou grupos que “não se enquadram nas características consideradas de *risco*”. Apesar disso, as atenções recairão sobre o que “*diz* o saber estatístico”, ao medir, comparar e informar “as características predominantes da população desse determinado local”. O foco de atenção e de ação será “sobre as coletividades e não as individualidades”.

Neste aspecto, há uma particularidade da atividade do ACS que precisa ser considerada: a produção estatística não é eventual, nem por amostragem. Refere-se a dados coletados em censo mensal, no qual se indica que todos os domicílios de uma determinada área geográfica sejam visitados. As individualidades estão em foco. Todos (e cada um) são continuamente interpelados e submetidos a exame. Não se trata de interpelação somente pela publicação e divulgação de análises sobre a coletividade. Implica interrogatório mensal sobre estilos de vida e sobre as práticas de cuidado de si, tomadas como “corretivas”, de inclusão na maioria (normal).

Trata-se da formação do ACS como avalista – vigilante permanente, verificador e certificador de condutas. Estas também estabelecidas por evidência científica (normatividade matemática constitutiva do epidemiopoder). As avaliações não cessam. Solicita-se (e efetua-se) o exame permanente – verificação de si e

externa; a decifração pelos parâmetros da ciência na saúde; a prescrição de condutas - normação¹⁸.

Outra marca a salientar, no uso da Estatística como tecnologia política, refere-se à prestação de contas das ações em questão. Traversini & Bello (2009, p. 150) destacam, neste contorno, a centralidade dos números para viabilizar a auditoria, que se dá por avaliações externas e “colocam em xeque a confiança dos executores”. Ainda, pela valorização das metas e dos índices das avaliações, fabrica-se a noção de sucesso e fracasso das práticas.

No entanto, em relação aos ACS, é ultrapassado o duplo sentido da Estatística como tecnologia política, citado por Traversini & Bello (2009): condução à tomada de decisão e expressão de efeitos das intervenções. Há, ainda, um efeito “publicitário” produzido na própria coleta, à medida que produz desejos e necessidades de consumo de mercadorias do setor da saúde¹⁹ e individualiza ou “personaliza” as abordagens. Ocorre, ainda, a formação/iniciação do trabalhador nas ciências da saúde. Formulários de registro de dados remetidos à análise de especialistas disputam a definição dos focos de atenção, dos contornos do olhar, do que interessa escutar.

¹⁸ Em relação à prescrição de condutas no trabalho dos agentes comunitários de saúde, destaca-se que, na insistente pergunta – “faz uso de tabaco?”, cuja resposta das pessoas com hipertensão arterial precisa ser registrada mensalmente, é evidente a reafirmação da norma da abstinência, sustentada pela clínica médica.

¹⁹ A referência a um possível efeito “publicitário” no trabalho dos ACS define-se a partir do entendimento de que a visita deste trabalhador leva uma “oferta” de cuidados, que disputa, muitas vezes, com uma rede social cuidadora (benzedeiros, curandeiros, família etc.).

3 PROCESSO DE PESQUISA

Esta pesquisa procedeu à análise de leis, portarias e instrutivos para o trabalho (guias, cadernos de orientação e outros materiais de informação); bem como de artigos acadêmicos publicados com referência aos Agentes Comunitários de Saúde.

Foram realizadas buscas indexadas pelas expressões "agente comunitário de saúde" OR "agentes comunitários de saúde" nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde (www.bireme.br) e da Biblioteca Ministério da Saúde (<http://bvsmms.saude.gov.br>). Como requisitos em relação à escolha do material para análise foram observados:

- a) inclusão dos diferentes conjuntos de documentos - instrumentos normativos e de avaliação do trabalho do ACS no Brasil e artigos acadêmicos;
- b) saturação de conteúdo, ao tomar como referência “uma norma prática das abordagens qualitativas” que considera “que o material construído no campo está suficiente quando se percebe que as ideias acerca das questões da pesquisa começam a se repetir” (GOMES et al, 2005, p. 185).

É importante destacar que esta pesquisa buscou, nos artigos publicados em periódicos científicos e documentos normativos da prática profissional do agente comunitário de saúde, os agenciamentos de relações de saber, as prescrições do trabalho e a regulação de condutas – exercícios de poder e produção de subjetivação. Trabalhadores e usuários são fabricados na rede de comunicação que constitui os objetos, os conceitos operadores, as táticas e as estratégias para o trabalho e o andar da vida.

Interessaram, nos documentos, os recortes e os atravessamentos das tecnologias na conformação do olhar e da escuta – especialmente as tecnologias da performatividade; a conformação do “objeto” de trabalho, entendido como o modo pelo qual se recorta o campo de intervenção do agente comunitário de saúde; e a enunciação dos efeitos (desejados, propostos e/ou prescritos) na formação do trabalhador.

Quarenta e nove textos acadêmicos (artigos, dissertações e teses) foram

objeto de análise, escolhidos no período de 1987 a 2011, considerada esta disponibilidade na busca realizada nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde. Foram priorizados os textos que se dedicam centralmente à discussão dos processos de trabalho e à formação dos ACS, sendo incluído na análise um quantitativo por ano em proporção aproximada à de publicação. Esta proporcionalidade implicou maior diversidade de materiais acessados e não acarretou em estratificações ou categorizações analíticas por período.

As buscas indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (www.bireme.br) ocorreram em 16 de agosto de 2011. Foram encontrados 437 (quatrocentos e trinta e sete) itens de informação bibliográfica.

Inicialmente, todos os resultados foram selecionados e exportados (por meio da ferramenta “Enviar Resultado”), no formato *RIS* Format File (extensão *.ris*)²⁰. O arquivo gerado foi importado no *software* Endnote X. Executou-se a identificação automatizada de referências duplicadas, as quais foram comparadas manualmente, com a consequente exclusão de 20 (vinte).

Na sequência, procedeu-se à leitura de todos os resumos, com incursões nos textos completos quando esclarecimentos eram necessários, com a finalidade de selecionar aqueles que se concentrassem na temática *Agentes Comunitários de Saúde* e de classificá-los em relação ao enfoque priorizado, com atribuição de palavras-chave para posterior localização: processos de trabalho, formação, ACS como objeto de estudo (foco) e revisões de literatura. Duplicatas foram encontradas e excluídas, restando 404 (quatrocentos e quatro) referências. Foram descartados os textos que não se dedicavam à temática de interesse e chegou-se à 268 (duzentos e sessenta e oito) títulos disponíveis. A tabela a seguir apresenta a distribuição por área de concentração e período de publicação:

²⁰ RIS Format File é um formato de arquivo que permite a troca de dados entre softwares de gerenciamento de referências, tipo Endnote e Zotero.

Distribuição de publicações sobre ACS, conforme temática, 1987-2011*

| Temática/Período | 1987-1995 | 1996-2001 | 2002-2005 | 2006-2011 | Total |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|
| Processo de trabalho | 5 | 28 | 58 | 127 | 218 |
| Formação | 0 | 4 | 5 | 25 | 34 |
| Revisão de literatura | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| ACS como foco | 0 | 0 | 0 | 14 | 14 |
| Total | 5 | 32 | 63 | 168 | 268 |

*Foram considerados arquivos disponíveis até 16 de agosto de 2011.

Realizou-se, então, a separação por categoria de arquivo: literatura acadêmica e normativas do trabalho. Foram separados 228 (duzentos e vinte e oito) textos acadêmicos. Destes, foram selecionados 49 (quarenta e nove) para análise.

Para a seleção dos documentos que comporiam o *corpus*, os seguintes critérios foram adotados:

- preferência para artigos mais citados²¹;
- disponibilidade de texto on-line;
- contemplar proporcionalmente todos os anos com publicação;
- incluir as duas revisões de literatura;
- incluir diferentes temáticas de concentração.

A tabela a seguir apresenta a distribuição por área de concentração e período de publicação dos textos acadêmicos selecionados:

Distribuição de publicações sobre ACS, conforme temática, 1987-2011*

| Temática/Período | 1987-1995 | 1996-2001 | 2002-2005 | 2006-2011 | Total |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Processo de trabalho | 3 | 2 | 9 | 26 | 40 |
| Formação | - | 3 | - | 4 | 7 |
| Revisão de literatura | - | - | - | 2 | 2 |
| Total | 3 | 5 | 9 | 32 | 49 |

*Foram considerados arquivos disponíveis até 16 de agosto de 2011.

Após a seleção dos textos, procedeu-se à leitura dos artigos acadêmicos, em

²¹ A informação sobre a frequência de citações de artigos foi obtida no Google Acadêmico (<http://scholar.google.com>). A pesquisa foi realizada com o navegador Firefox Mozilla, tendo o complemento Scholar H-Index Calculator 2.3.6 instalado para gerenciar a verificação.

ordem cronológica de publicação. Esta leitura caracterizou-se pela concentração sem focalização, consecutivos retornos aos escritos e um processo de transformação do problema geral de pesquisa.

Num contato prudente com o projeto desta pesquisa, evitou-se a suposição de que a análise de documentos ofereceria “provas materiais” às especulações que eram desenvolvidas em relação ao trabalho dos agentes comunitários de saúde; entendendo-se que não bastaria ler, identificar e codificar segmentos de texto que representassem a temática da regulação/prescrição da atividade ou apontassem os meios e as finalidades de controle das condutas dos trabalhadores.

Nesta aproximação cautelosa, as perguntas distanciaram-se da busca de “o que é”, de “o que significa” e/ou de “o que quer dizer” isto ou aquilo nos documentos. A interrogação era sobre *como* se agenciam práticas discursivas e *como* operam tecnologias políticas, práticas de governo de coletivos (coleções) de trabalhadores.

Analisar o co-engendramento de normatividades de base epidemiológica, a partir do conceito de epidemiopoder (CASTIEL, 2010), e normatividades matemáticas produtoras e orientadoras de práticas sociais, a partir da noção de numeramentalização (BELLO, 2011) não se restringiria a demonstrar o imperativo do uso de números e/ou medidas diversas no trabalho em saúde ou indicar a presença expressiva de indicadores, taxas e sistemas de informação, por exemplo. Não se focou a atenção para identificar evidências desta ordem.

Nos consecutivos retornos aos escritos, configurou-se uma “varredura do campo”, que não selecionou as coisas que são vistas a partir de categorias pré-definidas ou de unidades de sentido das proposições e dos projetos teóricos em questão. Tentou-se “uma espécie de meta ou alvo móvel” (KASTRUP, 2007, p. 18). A leitura não recortava sinais que pudessem corresponder e/ou que se operariam com as ferramentas conceituais antecipadas no projeto de pesquisa. A busca não estava simplesmente interessada em identificar escritas sobre números, contagens, estatísticas, epidemiologia e/ou vigilância. Orientava-se pelo interesse em saber quais jogos de saber-poder, quais tensões, se estabelecem ao descrever condições de existência de determinados discursos.

Esse processo não prescindiu de concentração. A emergência de unidades

analíticas “se explica por uma sintonia fina com o problema”, ou seja, das *práticas regulatórias exercidas no e pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde*. Algumas interrogações emergiram, uma vez que não se visibilizaram somente práticas regulatórias, mas um campo de tensões. Aparece, como na discussão que Merhy (2010a, p. 27) realiza em relação ao mundo do trabalho em saúde, “um território em produção habitado por multiplicidades, repetições e diferenças”, que não poderia ser pensado por representações.

Esta multiplicidade não é confundida com pluralidade²². Não se trata de multiplicar os olhos de quem a vê e definir outro olhar sobre os agentes comunitários de saúde, alguma perspectiva que coexista com e/ou exclua outras. Em tal mirada, conforme Mol (2007), “no centro, o objeto de muitos olhares e contemplações permanece singular, intangível, intocado” (p. 4). A autora sustenta, ainda, que no registro da multiplicidade, ao invés de atributos e aspectos (no caso desta pesquisa, distintas formas das práticas regulatórias no trabalho), aparecem “diferentes versões do objeto, versões que os instrumentos ajudam a performar [enact]” (p. 6). As condições de emergência desses diferentes objetos, essas multiplicidades, constituíram-se em signos que tocaram a atenção e indicaram pequenos vislumbres que acionaram “o processo de seleção, espécie de zoom”, emprestando os termos de Kastrup (2007, p. 18). Reconfigurou-se o problema de pesquisa, que passou a ser lido como políticas identitárias e profissionalização de agentes comunitários no trabalho em saúde. Não permaneceriam intocados, no centro dos olhares, os ACS, mas seriam analisados modos de fabricação dessa *população-corporação* profissional. Passou a interessar a problematização dos processos de trabalho em saúde, ao analisar produções pedagógicas engendradas na profissionalização de agentes comunitários. Sublinha-se o caráter de processo e de produção, habitados por múltiplas performances.

Ressalta-se que não se trata de uma revisão de literatura, pois não se ocupa da sistematização e/ou síntese das proposições dos textos em questão; tampouco a preocupação esteve em discutir a validação das assertivas ou em analisar sua construção epistemológica. Neste sentido, as unidades analíticas não correspondem às temáticas recorrentes ou a significados compartilhados ou contrapostos entre

²² A discussão sobre as noções de pluralidade e multiplicidade pode ser ampliada em Mol (2007).

diferentes autores. Ao referirem-se e fazerem aparecer um domínio de objetos e um “jogo de posições possíveis para um sujeito”, sob inspiração de Foucault (2008, p. 123), não se confundem com o *que* apresentam as frases e as proposições, mas se analisa o “próprio fato de serem apresentadas, e a maneira pela qual o são” [as frases e as proposições] (FOUCAULT, 2008, p. 126).

Destarte, inventam-se novos contornos para o problema geral de pesquisa. Emerge um jogo de posições, no qual se agenciam linhas de poder-saber que investem no que será nominado, na seção “Agentes Comunitários de Saúde: análise sobre políticas de identidade”, como fabricação *da identidade profissional, personificação do multiplicador* e constituição do *trabalhador moral*.

Procedeu-se à análise da emergência dessas verdades, entendidas como coisas fabricadas por “uma rede discursiva anônima, mobilizada de determinada forma em virtude das relações de poder” (FERREIRA & TRAVERSINI, 2012, p. 11). Na perspectiva da atenção do pesquisador cartógrafo, é um novo território que se forma, “o campo de observação se reconfigura” (KASTRUP, 2007, p. 19).

Torna-se questão a análise das condições de possibilidade e as modalidades de existência deste conjunto de elementos, desta produção discursiva que fabrica sujeitos, modos de sujeição às identidades, com expressivo uso de técnicas, procedimentos, mecanismos e estratégias de um campo de normatividade matemática (estatística) e epidemiológica, numeramentalização e epidemiopoder. O olhar deslocou-se para os agenciamentos de políticas de identidade.

Durante a aproximação do *corpus* em análise, notas, impressões, comentários e correlações com outros campos de saber eram pontuados em uma espécie de diário de leitura (bordas dos textos, bilhetes e, especialmente, *memos* no software MaxQDA 10, utilizado para facilitar as anotações e o destaque de segmentos de texto que interessassem).

Esta parada, este “pouso” em que o campo de atenção se reconfigurava, não se passava após a leitura de todos os documentos, mas entre as visitas-leituras. Estas tiveram continuidade, na perspectiva de um “reconhecimento atento” (KASTRUP, 2007), orientadas pelas seguintes interrogações: como se constituem mecanismos, instâncias, técnicas e procedimentos na configuração e na regulação das ocupações dos ACS e do seu âmbito de atuação (comunitário)? Como os usos

de registros, números, cálculos e medidas operam na produção e no ordenamento do trabalho dos ACS?

Salienta-se que as normativas do trabalho (leis, portarias, guias, fôldezes, entre outros) foram lidas a partir de analisadores emergentes na produção do restante do *corpus*. Compuseram, assim, de modo acessório esta pesquisa. Este lugar para as proposições de ordem mais prescritiva ou instrutiva (legislação e *guias*) supõe que seus usos e efeitos são ilimitados²³ e a aproximação de algumas condições singulares foi possível na descrição de modos de fabricação de agentes comunitários de saúde constitutivos da literatura acadêmica em questão.

Situa-se esta pesquisa como Análise do Discurso, ao tomar o *sujeito* como efeito discursivo, ao propor a problematização das correlações entre domínios discursivos e não-discursivos, e buscar dar conta “de relações históricas, de práticas muito concretas, que estão vivas nos discursos” (FISCHER, 2001, p. 198-199). Trata-se de descrever as condições de existência de um discurso. Para Fischer (2001, p. 221), “suspendendo continuidades, acolhendo cada momento do discurso e tratando-o no jogo de relações em que está imerso” seria viável “levantar um conjunto de enunciados efetivos, em sua singularidade de acontecimentos raros, dispersos e dispersivos” onde se pode interrogar por que uma singularidade acontece em determinadas condições e não em outras.

Destaca-se que o conjunto de documentos, a partir do qual se produz o *corpus da pesquisa*, foi escolhido por constituir sistematização escrita de modos de fabricação dos agentes comunitários de saúde. Não se pretendeu descrever as representações do trabalhador ACS. O tratamento foi em termos de “focos de experiência”, ao propor para a análise “primeiro, as formas de um saber possível; segundo, as matrizes normativas de comportamento para os indivíduos; e enfim os modos de existência virtuais para os sujeitos possíveis” (FOUCAULT, 2010c, p. 4).

Alguns alertas e pressupostos metodológicos podem ser ensejados, posto

²³ Ilimitados efeitos e usos, não é confundido com “toda e qualquer coisa”. Como pondera Veiga-Neto (2009, p. 70), “mesmo que, no limite, se possa pensar e dizer infinitas coisas sobre algo, não se pode pensar e dizer toda e qualquer coisa sobre esse algo”.

que, na análise do *corpus*, recorre-se a citações diretas de excertos²⁴ que, entretanto, não são interrogados quanto ao que, *de fato*, os autores quiseram dizer, aos significados ocultos ou das entrelinhas. Não são tomados, portanto, como documentos, o que suporia, segundo Ferreira & Traversini (2012), partir-se do “princípio que são registros de uma história, de um fato, que estão ali representados e que precisaríamos atravessá-los, constantemente, para chegar ao real” (p. 5). Na perspectiva apontada por tais pesquisadores, não se trata de um retorno aos autores, ao que pretendiam dizer, nem à interpretações dos escritos a partir das referências utilizadas (suas escolas científicas ou filosóficas), do contexto e/ou das intencionalidades em questão. Aparecem na análise do discurso modos de criação de uma realidade possível (p. 6).

Na primeira leitura (e criação) do *corpus*, foram sublinhadas as operações que tornassem visíveis determinados *objetos de trabalho* dos ACS; as táticas de regulação, de interpretação e juízo da atenção, do olhar e da escuta, nominadas de *controle do foco*; e *cenários* do trabalho descritas.

Nessa aproximação, emergiram para análise procedimentos de composição *da comunidade*, salientadas a *fabricação da identidade profissional* e a *personificação da comunidade*; bem como, a constituição de *funcionários da verdade*, com a configuração de *agentes duplos* (populares e técnico-científicos), produções de *saberes sobre as populações e trabalhadores médico-multiplicadores*. Estes elementos tornaram-se objeto de pesquisa, sem serem tematizados e/ou definidos deste modo nos textos em questão. Assim, como destacam Ferreira & Traversini (2012, p. 13), ao realizarem um mapeamento discursivo em páginas de um jornal, impôs-se “ao material outra organização, que gerou temas que atravessam as edições”. O *corpus* é, portanto, construído.

Neste sentido, será frequente, na seção *Agentes Comunitários de Saúde: análise sobre políticas de identidade*, o uso da expressão “diz-se”, para anunciar

²⁴ Foram selecionados 877 (oitocentos e setenta e sete) excertos, sendo 165 (cento e sessenta e cinco) destacados. Estes destaques ocorreram na medida em que, nas leituras iniciais, se constituíram em signos que, ao tocar a atenção, acionaram uma espécie de zoom e mobilizaram a escrita de comentários analíticos. As citações, diretas e indiretas, estarão identificadas na análise com a letra T e um número que identifica o texto referenciado (T01, T02...), conforme detalhamento no Apêndice I.

alguns excertos, que se configuram como traços dessas *linhas temáticas transversais*. Nestes casos, não são elencados todos os textos e/ou autores que são atravessados e constituídos por esses elementos. Pondera-se que este nível do *diz-se*, na perspectiva dos estudos de Foucault (2008, p. 138-139), “não deve ser entendido como uma espécie de opinião comum, de representação coletiva que se imporia a todo indivíduo, nem como uma grande voz anônima que falaria necessariamente através dos discursos de cada um”. Os “traços” são como vetores, linhas de força (existem com direção, não como representação).

Não é possível, também, ler esta dissertação sem atentar para o que Camargo Jr. (2010) nomeia como “a economia política da produção e difusão do conhecimento biomédico”, com destaque para a constituição de um complexo industrial que organiza a produção, a venda e a circulação de “produtos de conhecimento” (p. 41), com “status de confiável” (p. 40).

Estratégias de marketing e pesquisa convergem, em um sistema em que a produção de informações relevantes e sua difusão encontra-se “totalmente sob o controle de interesses comerciais que consistentemente se mostraram incapazes de autorregulação, a não ser que se esteja confortável com uma situação de *raposa no galinheiro*” (CAMARGO Jr., 2010, p. 46). Esta questão correlaciona-se com a ignorância sobre o tamanho e a quantidade de novos conhecimentos produzidos nas redes de cuidado, cuja publicidade é muito pequena (MERHY, 2010a, p. 23-24). Assim, salienta-se que não é possível desconsiderar as condições de produção da literatura acadêmica, que se tornou *corpus* desta pesquisa.

4 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: ANÁLISE SOBRE POLÍTICAS DE IDENTIDADE

Nesta seção, são analisados processos de tecnologia política que tornam visíveis os Agentes Comunitários de Saúde como uma categoria de atores sociais *fora do comum*, cuja valoração é alterada com a mudança de posição na vida ordinária da vizinhança (qualificado como liderança, tradutor, mediador, multiplicador e/ou super-herói²⁵). Também, submetem-se à crítica vetores de poder-saber que fabricam *trabalhadores médico-multiplicadores*, ao inventarem um lugar de indiscernibilidade *comunidades-agente de saúde*.

São problematizadas *políticas de identidade*. Entende-se que, o estabelecimento de séries de operações, discursivas ou não, que fazem aparecer um agrupamento, designado com o nome próprio (grafado com iniciais maiúsculas) de *Agentes Comunitários de Saúde*, em jogos de poder e de saber, fabrica uma categoria e um perfil moral à ocupação/profissão.

Destarte, pressupõe-se que:

- os modos de ser e de estar de *Agentes Comunitários* no campo profissional da saúde são produções históricas, não redutíveis à soberania do indivíduo ou da profissão (as imagens e significações sobre esses trabalhadores são contingenciais);
- a produção de categorias unificadoras, como a profissão, compõem sistemas de identificação modelizantes, estratégias de subjetivação, de constituição de modos de sujeição, sustentados em procedimentos de serialização e normalização²⁶;
- as regras de inserção de personagens *comunitários* na cena *científico-profissional*, as formas nas quais os sujeitos nesta condição devem julgar a si mesmos e o que devem fazer consigo, para tornarem-se trabalhadores da saúde, constituem jogos

²⁵ Em relação ao aparecimento do super-herói, um dos textos em análise situa “duas tendências que se têm mostrado constantes nos escritos e nas falas sobre o papel do ACS”, quais sejam, “a superheroização e a romantização” (T01).

²⁶ Guattari e Rolnik (2010, p. 48-49) sustentam que no Capitalismo Mundial Integrado, a produção de subjetividade é “serializada, normalizada, centralizada em torno de uma imagem, de um consenso subjetivo referido e sobrecodificado por uma lei transcendental”.

de tensões e disputas não limitados a categorias homogeneizadoras, a quadros de representações sociais e/ou culturais (trata-se de linhas de poder-saber e práticas de subjetivação constitutivas de experiências múltiplas).

Neste sentido, encara-se as atribuições idealizadas, bem como as características genéricas e generalizantes que descrevem uma categoria profissional, como processos de fabricação de significados, que se instituem como norma transcendental, visibilizados como um *espírito geral*, que é referência para reconhecimento social e forma para julgar o trabalho de cada um.

Trata-se de políticas de identidade, que estabelecem discursos legítimos, técnicas, procedimentos e mecanismos de governo. Entretanto, não se perde de vista que o trabalho não pode ser analisado “apenas em relação às técnicas de produção e dominação, mas considerando a maneira como os sujeitos vivenciam e dão sentido às suas experiências de trabalho”, as quais singularizam-se e apontam para “diferentes processos de produção de subjetividade, diferentes sujeitos trabalhadores” (RAMMINGER & NARDI, 2007, p. 271).

Discorre-se em relação às enunciações sobre os trabalhadores ACS que se constituem como táticas de produção de uma *identidade social* (profissional). Esta se presta à formulações de um campo de domínio da normatividade científica (ao trabalhar *com-ciências*) e também faz aparecer a inovação como parâmetro, como norma de valoração e de qualificação do trabalho, ao emergir o agente da mudança, *eu transformador* (ao trabalhar *consciências*). Nesta arena, processos de singularização estão presentes, mas são imprevisíveis.

4.1 Sobre a dimensão comunitária

Não é acaso que a referência à “comunidade” receba destaque no nome da profissão dos Agentes *Comunitários* de Saúde. Esta é evocada como característica de distinção dentre as demais categorias profissionais. Fundamenta, assim, a constituição de uma identidade profissional e um sentido para o trabalho – a representação, a mediação e/ou a tradução de uma cultura local, popular, nas fronteiras *fabricadas* de uma *comunidade agente de sua saúde*.

Não é objetivo realizar uma abordagem histórica ou sociológica do conceito

de comunidade, mas destacar algumas leituras possíveis que problematizem seus usos no trabalho em saúde. Busca-se, de certo modo, desestabilizar seu caráter apriorístico. Como destacado a seguir, na análise do *corpus*, inúmeras operações estabelecem as comunidades como objetos visíveis. Estas são permanentemente fabricadas e reafirmadas, ao mesmo tempo que são apresentadas como “*desde sempre aí*”, como fatos incontestes.

Apresentadas como *desde-sempre-aí* ou projetadas como lugares a se constituir como territórios da vida e do cuidado em saúde, as comunidades parecem sugerir uma coisa boa, uma condição em que se pode "contar com a boa vontade dos outros", como nas palavras de Bauman (2003, p. 8).

Esta condição de segurança é rara nos tempos atuais, uma vez que, seguindo a análise de Castiel (1999, p. 36), "coletivamente, parece pairar uma aura de ameaça sobre todos nós, passível de ser efetivada, de modo particularizado, a qualquer instante". No setor da saúde, no qual a noção de risco é de uso amplo e corrente, torna-se ainda mais expressiva a busca por esta espécie de "paraíso perdido", que pode ser nomeado, nos dias de hoje, de "comunidade" (Bauman, 2003, p. 9).

Conforme Bauman (2003), algumas qualidades são necessárias para a constituição destas comunidades e demarcarão diferenças entre a "dos sonhos" e as "realmente existentes". Aparece, nas comunidades encarnadas, a exigência de lealdade incondicional, de bloqueio de comunicações com os entornos, de configuração de homogeneidades, de *mesmidade* (p. 18), que caracterizariam a indicação de que "nunca somos estranhos entre nós" (p. 8). Entretanto, meios mecânicos de transporte e fluxos de informação emancipados pelo advento da informática fazem evaporar as distâncias que, outrora, defendiam este lugar calmo, nos limites definidos e seguros de uma *comunidade*. Agora, a unidade precisa ser fabricada. Segundo o filósofo, "toda homogeneidade deve ser *pinçada* de uma massa confusa e variada por via de seleção, separação e exclusão" (p. 19). Afirma, ainda, que os hábitos comunitários foram visados, historicamente, “em nome da libertação do indivíduo da inércia da massa”, entretanto, produziu-se um deslocamento dos poderes de fixar padrões e papéis da comunidade para a massa trabalhadora (p. 30).

Trata-se, portanto, de construções históricas e sociais, que também podem ser engendradas pelo setor da saúde. Neste sentido, certamente, a dimensão comunitária não é de uso exclusivo de Agentes de Saúde, nem a esta categoria pode ser atribuído ineditismo. Outra estratégia de atenção à saúde com populações, a Medicina Comunitária/Saúde Comunitária merece destaque histórico. Tendo fundamentos convergentes com a Medicina Integral e a Medicina Preventiva, conforme Donnangelo (2011, p. 105), expressa-se como uma forma de extensão de cuidados médicos (p. 106), de integração do social à prática clínica e de “busca de racionalização da prática médica por meio da manipulação de aspectos parciais da estrutura de produção de serviços” (p. 110). Ainda, segundo a autora, a Medicina Comunitária, como estratégia de reforma médica, postula a subordinação da prática dos profissionais, considerados agentes de mudança por excelência (p. 112), à dimensão social comunitarista do processo saúde-doença.

Essas proposições, de recomposição do caráter fragmentário do trabalho médico, pautavam-se pelo “descentramento do enfoque biológico” e pela interferência em “momentos precoces do processo saúde-doença, antecipando-se, sempre que possível, à necessidade do recurso a ações curativas” (DONNANGELO, 2011, p. 111), incluídos os pacientes em um campo de relações, onde a família aparece como unidade fundamental²⁷.

Destacam-se, conforme a pesquisadora, como elementos agregados especificamente pela Medicina Comunitária, a “prestação de serviços a categorias excluídas do cuidado médico” (p. 117), bem como críticas e proposições relacionadas a “aspectos organizacionais da estrutura de atenção médica” (p. 119). Haveria a providência de soluções por meio de “modelos de organização que tomem como base o cuidado dos grupos sociais, antes que dos indivíduos” (p. 119). Segundo Paim (2007, p. 10), implicaria, ainda, a realização de procedimentos de prevenção e cura dirigidos a coletividades não adequadamente servidas por outras agências.

Para esta dissertação, a hipótese é de que o uso da Estatística, como tecnologia de governo, toma centralidade na proposta de mudança no objeto

²⁷ Os Agentes Comunitários de Saúde compõem a Estratégia de Saúde da Família, e “a família é o ponto de partida para o trabalho do ACS na comunidade” (T60).

de atenção do campo da saúde, marcada pelo entendimento de que certa “agregação de pessoas” produz efeitos nos processos de saúde-doença que não são redutíveis aos indivíduos.

Segundo Donnangelo (2011, p. 117), a Medicina Comunitária teve sua origem nos Estados Unidos, com difusão assessorada por Agências Internacionais. Inicialmente, na década de 1960, compôs um movimento que orientou a política social norte-americana para programas de “combate à pobreza”, estruturados em torno da constituição de “oportunidades sociais e participação” e tendo como núcleo estratégico “Programas de Ação Comunitária” (p. 123). Nesses programas, com gestão geralmente delegada para instituições médicas locais, é princípio a “articulação de agências públicas e privadas, mobilização de recursos locais, participação de usuários no planejamento e na administração, bem como o eventual emprego da mão de obra local na realização de tarefas auxiliares” (p. 124).

A dimensão comunitária, como delimitação geográfica para a organização do trabalho, associa-se à fabricação de identidades sociais e de interesse, ao entendimento de um âmbito em que “os conflitos foram eliminados”, na leitura de Paim (2007, p. 9). Entretanto, a “homogeneidade real” precisa ser criada e recriada, a partir da mobilização grupal e reorientação de interesses e objetivos (DONNANGELO, 2011, p. 127), o que se torna central à operacionalização da Medicina Comunitária/Saúde Comunitária.

O combate à pobreza, a produção de significações aos territórios vividos pelos registros das ciências da saúde, a mobilização de grupos de interesse e a convocação à participação social como estratégia de funcionamento de práticas sanitárias atualizam-se na organização e nos processos de trabalho de Agentes Comunitários em Saúde, em movimentos de procura de “segurança na comunidade”, que parece funcionar como uma profecia que, nas palavras de Bauman (2003, p. 107), “uma vez iniciada, tende a dar substância a seus motivos originais e a produzir sempre novas 'boas razões' e justificativas para o movimento original”.

4.2 Fabricação da identidade profissional: agentes *fora do comum*

A fabricação de identidade profissional de *Agentes Comunitários de Saúde* passa pela constituição de um *eu diferente, fora do comum*, que se distingue e/ou se destaca na vizinhança, que estabelece passagens, anunciadas como pontes ou mediações entre uma dimensão dita *popular e outra técnico-científica*. Vizinhos transmutam-se em usuários de serviços de saúde e surgem como *outros* em relação à *comunidade profissional*, que é insistentemente especificada, descrita com generalizações, visibilizada como categoria ou corporação. Emerge um conjunto normativo autônomo que regula e produz modos de ser, de perceber, de querer e de agir: a profissão.

Assim, aparecem os procedimentos de comparação, nos quais a corporação profissional institui-se como norma, e torna-se possível “qualificar, especificar e discutir seu perfil ocupacional/social vigente e contrastá-lo com outros agentes de saúde” (T02). Criam-se graus de diferença ou de oposição, de definição de uma identidade e de valoração diferencial, uma das estratégias recorrentes, que exemplifica a fabricação de modos de sujeição centrados na ocupação.

Não se requisita simplesmente o exercício de uma atividade profissional, mas um jeito de ser e de se pensar, no qual compreender as funções e perceber-se/significar-se a partir das normas ou vivências comuns da profissão (como na realização de visitas a um número excessivo²⁸ de famílias), convoca os trabalhadores, que por motivos quaisquer (e com implicações diversas) compartilham de um mesmo cargo no SUS (agente comunitário de saúde), a reconhecerem-se como “classe de ACS” (T03).

Este sistema identitário opera também ao apelar para gestores e equipes de trabalhadores repensarem práticas “para que o papel do ACS seja realmente entendido” (T03), qual seja, “são eles que mantêm o contato estreito com os usuários dos sistemas” (T03). A Equipe, os gestores, os agentes – sujeitos abstratos convocados a entender “o papel dos ACS”, norma transcendente, essência, identidade, um *a priori* apresentado sem destaque para sua construção histórica,

²⁸ A definição de taxas de cobertura de visita mensal por domicílio supõe (ou intenta capturar) os encontros entre trabalhadores e usuários como procedimentos padronizáveis, pelo menos em termos de duração e frequência.

institucional e científica. Como efeito, tensiona-se o apagamento da pluralidade e multiplicidade de práticas, dos meios e das finalidades no mundo do trabalho. Fabricam-se segmentos-categoria para explicar posições e convocar unanimidades, consensos, atribuir posições, agenciar reconhecimento social (pelo pertencimento a uma comunidade), estabelecer discursos legítimos, lugares para cada um interpretar-se, regras para entrar na trama. Opera, assim, uma política de identidade. Torna-se corrente falar em agentes comunitários de saúde (ou em gestores, movimentos sociais etc.) e supor-se univocidade, um ator a fortalecer, qualificar ou contrapor e, em qualquer das situações, fabricar uma população para ser governada em seu conjunto.

Diz-se, agora de trabalhadores com cargo de agente comunitário de saúde, “são eles que mantêm o contato direto com os usuários dos sistemas”. Parece não haver dúvida que há uma relação linear, direta e inequívoca entre a condição ser-agente e a função/ação de manter contato com os usuários. Esta relação supõe uma identidade de sujeitos, invariância de ação que assegure a previsibilidade de resultados.

Ao estabelecer noções e zonas comuns a diversos indivíduos (comunidade de agentes de saúde), ao tornar a profissão visível e classificável como objeto de pesquisa, ao versar sobre sua origem e seu futuro, bem como, ao fazer aparecer a demanda de uma escola universalista, emerge a categoria Agentes Comunitários de Saúde como denominador comum, condição para a quantificação racional, para o exercício de ações e estratégias também no âmbito da normatividade matemática.

Quantos são no país? Qual a escolaridade destes trabalhadores? Esta corresponde às “necessidades” da função? Quais as faixas etárias, sexo, religião? Como essas questões interferem nos resultados esperados? A gestão de um programa nacional, com aproximadamente 250.000 trabalhadores passa pelo uso de dados agregados, passíveis de comparação (entre diferentes regiões do país ou em relação à metas estabelecidas para as ações, por exemplo), para que se criem condições às tomadas de decisão (quanto à treinamentos, escolarização, ampliação de cobertura etc), uma vez que não se conhece com precisão as *séries de variáveis* que condicionam os processos de trabalho. Neste sentido, parece que a mirada aos agentes comunitários de saúde como um grupo social passível de ser governado

está associada ao cálculo das probabilidades de interferência de determinadas características dos indivíduos nos resultados globais do programa. Essas operações, além de descreverem certas marcas identitárias entre os trabalhadores (supondo, por exemplo, que há diferenças importantes e objetiváveis entre o trabalho de homens e mulheres ou entre pessoas de diferentes faixas de idade), ao mesmo tempo fabricam identidades, configuram a possibilidade de reconhecimento de uma população-corporação profissional.

Agentes de comunidade

Como se fabricam as zonas de pertencimento e de reconhecimento entre Agentes Comunitários de Saúde? A convocação publicitária que incita: “Seja você também um agente comunitário de saúde e saia por aí distribuindo saúde” (T04), produz, emaranhada em sua rede discursiva, que efeitos de verdade?

Aquele que está na condição de vizinho, de morador de uma certa área geográfica, de um espaço de uma cidade qualquer, onde produz sua existência, em conexões de trabalho, de amizade, de ocupação, ao constituir relações que imprimem certos fluxos ao andar da vida, compartilha e/ou disputa com quem está próximo? Estabelece relações de solidariedade e/ou de concorrência com a vizinhança?

Ao iniciar-se como trabalhador no setor da saúde, os ACS têm as múltiplas regras de convivência (que poderiam ser pautadas inclusive por descaso e fugacidade dos laços com o entorno) interpeladas pela convocação para “distribuir saúde” e, assim, produzem outras posições, novos olhares nas relações com quem mora próximo. Imagens distintas são formatadas para dar visibilidade aos habitantes do lugar, também como usuários de serviços de saúde, para estabelecer condições e situações de interpretação e juízo sobre o trabalho e os trabalhadores. As marcas da diversidade própria da multiplicidade de encontros trabalhador-usuário (captura x potências de singularização) são agenciadas por vetores de poder-saber que constituem práticas de governo, ação sobre as condutas ocupacionais e sobre si, em regimes de tensão entre processos de identificação de um lado e de singularização, no outro lado.

Pode-se, também, dizer de um duplo movimento (inclusão e exclusão) na

geração de uma identidade profissional *comunitarista*. Desde uma abrangência ampla, distintos campos disciplinares “devem se identificar com uma proposta de atendimento que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo” (T05). Afirma-se, ainda, que nem todos estão autorizados a falar sobre o trabalho dos ACS, qualifica-se os “agentes da prática” como aqueles que são das Equipes de Saúde da Família e interdita-se outros, um “amplo contingente de trabalhadores da saúde” (T06) que “desconhecem a amplitude e profundidade das ações empreendidas pelos ACS” (T06). Essa identidade promovida não se restringe à corporação profissional dos ACS, mas a uma unidade entre os que trabalham na *comunidade*.

Cria-se certa polarização entre quem se ocupa do âmbito comunitário e quem se restringe à clínica individual. As medidas da amplitude das ações empreendidas pelos ACS, nestes termos, não poderiam se restringir aos materiais recolhidos e arquivados manualmente. Neste contexto, produz-se um sistema especial para “gerenciamento das informações obtidas nas visitas às comunidades” (T39) ao implantar-se no Sistema Único de Saúde o Sistema de Informações da Atenção Básica – Siab, que permite o acompanhamento e a avaliação do trabalho por gestores municipais e pelas equipes locais.

A demarcação de diferenças de atitudes e de organização do trabalho é viabilizada pela agregação de dados e seus usos estatísticos. Dos prontuários individuais, modalidade de registro dos atendimentos no setor da saúde, passa-se a valorizar um “formato auditável, passível de verificabilidade por meio da avaliação do alcance de suas metas”, em semelhança ao que Traversini e Bello (2009, p. 146) destacam na análise da Estatística como tecnologia política na configuração do Programa de Alfabetização Solidária.

Salientadas a equipe/serviço local de saúde e a comunidade como elementos distintos, o Agente de Saúde emerge com atributos específicos de ação no âmbito comunitário, dedicado à mediação, a “promover o vínculo, o elo” (T07). Constituem-se diferentes posições de sujeito e regras de inserção na trama para estes personagens, ao valorizar-se a manutenção de relações próximas entre eles.

Na função de intermediário, diz-se também que há desacordos no trabalho, quando a “equipe de saúde da família desqualifica a ação cuidadora do ACS” e

“constrange-o à repetição” (T08). A polarização, a demarcação de limites em relação a outras profissões parece constituir-se em movimento privilegiado de produção de uma identidade profissional sob o marco da inovação, da mudança, de características e compromissos que se distribuiriam homoganeamente pela filiação à mesma categoria de trabalhadores, distinta das outras. Promove-se o trabalhador diferente dos outros, pela perspectiva comunitária e mudancista.

Atribuir um ideal "revolucionário, transformador", supor um "núcleo de poder/resistência", na contramão do "modelo clínico", torna-se uma das formas para o trabalhador realizar juízo de si, valorar seu trabalho. Convoca-se uma adesão a causas de interesse público e o pertencimento à corporação (de ACS), que poderia enfrentar "o grande centralizador" (T09), o "grande organismo de sustentação da assistência" (T09). Seguindo as análises de Bauman (2003, p. 78), pode-se afirmar que “um mero agregado de unidades similares tem que ser transformado antes numa comunidade agindo em uníssono para então poder se opor contra outro grupo apresentado como o *vilão da história*”. Se há um monstro, cria-se um herói, uma posição para inserção na trama como protagonista. Às vezes, um herói tomado por "cansaço e desilusão no presente" (T09).

Sob a égide da inovação, os ACS tornam-se objeto de estudos. Esquadrinhando-os, tenta-se conhecê-los, procura-se penetrar nos seus segredos e, por mais frentes de indagação e de investigação que se abram, suspeita-se que “os agentes sejam ainda uma população pouco estudada” (T10). No transcorrer das investigações e minuciosos estudos, emerge um agrupamento de ACS, que possui constantes e regularidades passíveis de verificação, classificação e controle, muito próximo às análises de Foucault (2008a) quanto à emergência da noção de população. Constrói-se parâmetros de comparação e uma identidade profissional (os agentes), em relação aos quais criam-se expectativas, regulações e um campo normatizado de práticas. Ainda, na perspectiva de conformação de certo dispositivo pedagógico, em sua dimensão jurídica, investe-se na constituição de um elemento externo (o pesquisador, aquele que estuda) para falar com legitimidade sobre "os agentes", com o suporte de um saber com estatuto de conhecimento.

Declara-se que, “para contextualizar os participantes, alguns dados mais gerais como idade e grau de instrução” (T11) serão coletados e correlacionados com

"reflexões acerca do ser agente" (T11) em operações que tornam visível uma população (corporação profissional), que pode ser segmentada e classificada para melhor explicar seus comportamentos e/ou fenômenos. Associa-se regularidades enumeráveis a recorrências discursivas, compondo um sistema de identificações, no qual é possível falar que, para alguns, ser agente tem um sentido e, para outros este é diferente (conforme sexo, faixa etária ou escolaridade, por exemplo). Criam-se quadros de referência para estabelecer pontos de corte entre uns e outros, frações com denominador comum (ser agente) apresentam identidades e diferenças a partir das quais podem ser narrados.

Definem-se características básicas e descrevem-se competências e habilidades correlatas. A identidade profissional conforma um padrão, uma norma, para qualificar trabalhadores de sucesso. Há saberes supostos que podem organizar um programa curricular, mas, antes de tudo, estabelecem formas para os ACS estabelecerem juízo sobre si, neste lugar de contornos definidos: o perfil. Diz-se que há identidade e que há corporação.

Os relatórios do Siab permitirão "avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos – e readequá-los, sempre que necessário" (T39). Os dados são agregados nacionalmente, por Estados, municípios, áreas de atuação de equipes de saúde e microáreas de responsabilidade dos Agentes Comunitários de Saúde. Torna-se possível a comparação da performance de cada ACS em relação a seus pares. As readequações necessárias passam pela comparação entre os perfis dos trabalhadores e os resultados de seu trabalho, que podem ser aferidos matematicamente, tanto localmente, quanto pelas coordenações estaduais e nacional.

Sustenta-se, às vezes, "uma desproporção entre o perfil real X perfil esperado, o que desencadeia uma série de esforços do ACS para superar as incompetências identificadas" (T09). Diz-se que o trabalhador deve mobilizar-se para se adaptar à norma (perfil esperado). Há uma "série" de coisas a fazer consigo, que geram padecimento, uma vez que "este descompasso existe de forma muito nítida e acredita-se que é uma das maiores causas de sofrimento cotidiano" (T09). Constitui-se, numa dimensão prática do dispositivo pedagógico, o trabalhador como empreendedor de si.

Se há uma identidade (de corporação profissional ou de comunidade), a figura de porta-voz aparece como indicativa de univocidade em um grupo, pelo menos em determinados aspectos. Ao mesmo tempo, a função de *falar por* constitui-se como tática para construir uniformidades. Instâncias e mecanismos de representação também engendram conjuntos de ideias e de expressões que produzem modos de sujeição, ao estabelecerem discursos legítimos, maneiras pelas quais os sujeitos precisam interpretar-se e posicionar-se para entrar no jogo ou para ter atendidos interesses específicos.

Entidades representativas como a Confederação Nacional de Agentes Comunitárias de Saúde – Conacs podem ser problematizadas nestes termos, sem perder de vista, é claro, que, para realizar esta discussão, são relevantes as formas como os sujeitos são convocados a se expressarem, as posições que ocupam na organização e as regras instituídas para julgar e interpretar as manifestações políticas dos trabalhadores. Particularmente, nesta análise, interessa o burburinho constante e disperso que afirma que a uma população corresponde um porta-voz e/ou uma liderança. Neste sentido, trata-se da constituição de um lugar legítimo para sintetizar e representar o "interesse público". Salienta-se que representar um coletivo é possível pela suposição de identidades. Condição posta nas entidades de classe e também nas produções de pesquisa, por exemplo, ao afirmar-se que a “heterogeneidade do grupo foi obtida com a participação de, pelo menos, um membro de cada equipe de saúde da família, representando o coletivo de trabalhadores dessa região” (T12).

A categoria profissional é também conformada como tática para estabelecer relações de reconhecimento que sustentem uma ação solidária como, por exemplo, de valorização salarial, especialmente “quando se compara o seu salário com o de outros membros da equipe” (T13). Essa noção de identidade organiza e estabelece quais as alianças para mudar condições de trabalho e de vida. Neste caso, com um deslocamento e afastamento em relação à vizinhança (zona de moradia).

Em uma linha distinta da destacada nos processos de personificação da comunidade, nos quais o ACS aparece como porta-voz ou representante da vizinhança, esta enunciação estabelece outras posições e relações entre os elementos desse conjunto. Diz-se que há uma função que precisa ser valorizada

separadamente, em sua especificidade. Ou melhor, trata-se de uma condição de trabalho que é discutida de forma independente das compartilhadas nas redes socioculturais de um determinado território (semelhanças de vizinhos). Agora, a comunidade é profissional (comunidade de agentes). As comparações se dão com os trabalhadores da equipe, no setor da saúde, e não no setor/área de moradia. Essa é a identidade convocada.

Nessa perspectiva, quando se apresenta uma tabela com “Percentual de equipes de saúde da família segundo o tipo de vínculo dos agentes comunitários de saúde no Brasil” (T14) e se classificam os regimes estatutário, de contrato temporário, cooperado, contrato informal, contrato verbal, dentre outros, toma-se o tipo de vínculo contratual como dimensão relevante para qualificar o trabalho como precarizado ou não. Nestes termos, criam-se condições para uma pauta comum de categoria.

Considerados os regimes de contratação distintos, num contexto de gestão descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, como determinado pelas Leis Orgânicas da Saúde, poder-se-ia esperar que cada grupo de trabalhadores tratasse localmente das condições de seu exercício profissional, embora sujeitos a juízos sobre o trabalho sob a égide de práticas clientelistas e patrimonialistas, como as vigentes no Estado brasileiro. Essa perspectiva é tensionada pela apresentação agregada, em quadros comparativos nacionais, de denúncia de desigualdade e precarização do trabalho. O que poderia ser visto como contingência local ou de gestão pública, emerge como problema de uma categoria profissional, que extrapola os limites de um município. Convoca-se, ainda, à “tomada de consciência acerca das cargas de trabalho a que estão submetidos [os ACS] e dos potenciais agravos à saúde por eles gerados” (T15), instituindo-se uma dimensão pedagógica, na qual entender-se como grupo é condição para o cuidado e o “autocuidado”. A categoria profissional é também caracterizada pela semelhança na exposição a riscos (cargas de trabalho).

Essas dimensões (precarização e riscos no trabalho) não são avaliadas, em sua maioria, por meio de análises qualitativas centradas nas narrativas e nos modos singulares dos profissionais realizarem a gestão de seu trabalho. As diferenças são apresentadas como mensuráveis e comparáveis. A suposição de constantes e

regularidades aponta para o governo de uma população (corporação profissional). Entende-se que os fenômenos não poderiam ser reduzidos, por exemplo, à organização e aos processos de trabalho de uma equipe. Deste modo, são apresentados em quadros agregados de variáveis selecionadas (como o tipo de vínculo empregatício, as cargas de trabalho e os agravos à saúde relacionados).

A convocação de redes solidárias entre pares opera ora para tratar coletivamente de condições comuns de precarização no trabalho, ora para “discutirem e resolverem os problemas verificados” (T08) no cotidiano. Estabelecem-se relações, organizações e processos não previstos pelas administrações formais das instituições. Multiplicam-se os espaços de gestão e constitui-se uma margem de manobra, em que a posição hierárquica tencionada pela instituição é posta em xeque no cotidiano.

Além disso, nesta construção de identidade profissional, de agentes fora do comum, diz-se de um jeito próprio, particular, de realizar o trabalho, que caracteriza certa sintonia, ou unidade: reconhecem-se como um grupo com identidade social e cultural (para além do vínculo institucional). São também identificados pela transposição de maneiras de agir nas atividades profissionais para a organização da categoria, destacando-se a situação em que, no Congresso Nacional, “dividiram os corredores a serem percorridos entre os ACS presentes e visitaram os gabinetes dos parlamentares” (T14). Uma comunidade nacional entre si, despertada entre aqueles que foram gerados para compor comunidades com bases territoriais de geografia local, por moradia. Podem ser classificados e enquadrados por um tipo de prática que compartilham em suas vidas (não só no trabalho) – setorizar, ocupar ordenadamente e convencer (a comunidade ou parlamentares) de seu projeto, “até a aprovação” (no caso, a Emenda Constitucional nº 51 e a Lei Federal nº 11.350, em 2006, assegurando ingresso, vínculo e permanência numa carreira de Estado).

Perspectiva-se, de muitas maneiras a fabricação de identidade (o caráter de único da sua espécie). O uso do singular na referência ao conjunto de trabalhadores providencia regularidades, constâncias e a unidade profissional, de “um ator instigante” (T08), o agente comunitário de saúde.

Nesta perspectiva, à seleção atribui-se caráter estratégico, pois separa quem está autorizado e quem tem legitimidade para o trabalho. As normas para a atividade

de agentes produzem lugar ocupacional, assim como em que condições e com que interlocutores cada um irá interpretar sua atuação. Quando se tratava de os usuários indicarem quem trabalharia no cargo de agente comunitário de saúde, destacava-se que "é bom mesmo a gente escolher, porque quem põe, tira!" (T02), princípio que parece orientar diferentes posições, que atribuem valor ao processo de seleção. Esta é uma das linhas de fabricação da identidade profissional, pois estabelece características-filtro, que passam a ser constantes/comuns aos diferentes trabalhadores. À medida que se centraliza e se institucionaliza, nacionalmente, uma série de critérios para acesso ao exercício profissional no cargo de agente comunitário de saúde, reconhecer-se como integrante de uma categoria torna-se possível e desejável.

Outra vez, é privilegiada a possibilidade de *estimar* os efeitos de determinada característica dos indivíduos nos resultados do trabalho. Nesse sentido, a escolaridade é uma variável frequentemente utilizada. Durante anos, o critério de seleção, correspondente à escolarização, traduzia-se nas habilidades de ler e escrever. Entretanto, o uso de informações estatísticas permitiu avaliar a correlação de variáveis consideradas indesejáveis, tal como no "Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família referente aos anos de 2001 e 2002" (T38), ao constatar-se que "em 72,3% das equipes de saúde da família, os ACS apresentavam vínculo de trabalho precarizado", compreendeu-se que se tratava de um efeito da baixa escolaridade. Em 2002, com a criação da profissão de ACS por meio da Lei Federal nº 10.507, passou-se a exigir o nível fundamental de ensino. A análise dos dados de escolaridade permitiu a construção de uma proposta de formação técnica desses trabalhadores, como observado no texto de Morosini (T14), uma vez que, à época, segundo a pesquisadora, citando dados do Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, "em torno de 60% dos ACS tinham o ensino médio completo ou incompleto; 18% possuíam o ensino fundamental completo; e 22 % apresentavam o ensino fundamental incompleto". De modo semelhante às análises de Traversini e Bello (2009, p. 148), em relação a um programa nacional de alfabetização, "a quantificação vem a ser um modo de esquadriñar e ordenar a vida da população".

Nesta dissertação, visibilizam-se esses mecanismos operando também no governo de uma população-corporação profissional. Destaca-se que ocorrem

catalogações de características de um grupo de indivíduos (como a baixa escolaridade entre ACS) que podem ameaçar as rotinas do trabalho. Em correspondência às classificações e esquadrinhamentos, “são lançados programas com o objetivo de trazer à ordem esse grupo desviante” (TRAVERSINI & BELLO, 2009, p. 148), também à semelhança do encontrado pelos pesquisadores citados, no campo da educação.

Por sua vez, a seleção realizada com eleições e critérios públicos constitui-se como estratégia de fortalecimento de um "agente da comunidade", de uma função não demarcada de início como representante de um saber profissional ou de um sistema institucional de distribuição e produção de ações profissionais sobre a população. Ato fundador que talvez ecoe nos sentidos das práticas, nas relações de saber-poder. Nestes termos, a profissionalização pode ser pensada como um modo de integrar em um campo coletivo os fenômenos individuais (atos produtivos), operação que se constitui em uma forma de quantificação (possibilidade de identificação, de contagem, de mensuração e de registros padronizados), analogamente à emergência da noção de caso, na epidemiologia. Aqueles que no andar da vida produzem sentidos múltiplos para suas existências, em muitos mundos inventados nas circulações em redes sociais e afetivas, são interpelados a se reconhecerem como partícipes de uma determinada comunidade, mas constituem uma outra, a sua, sem geografia local, embasada na necessidade de um vínculo local. Esse conjunto de habitantes de uma mesma área que, antes da profissão de ACS, talvez fosse reduzido à vizinhança geográfica, ao compartilhamento de uma área de moradia, é elevado ao estatuto de comunidade entre si, numa vizinhança nacional, pelo trabalho e formação. São convocados à produção de redes pelo trabalho, à assunção de responsabilidades com esses pares “em produção”, à representação como categoria, a serem porta-vozes de demandas coletivas. Estas novas redes podem implicar conexões de solidariedade, “unidade que suporta e preserva a diferença” (em analogia a LARROSA, 2010, p. 153), mas também, uma agenda sindical, vínculos que limitam o agir ao trabalho regularizado e à empregabilidade formal junto ao setor público.

A origem e o futuro

O trabalhador que é vinculado institucionalmente ao sistema de saúde

brasileiro com o cargo de agente comunitário de saúde depara-se com narrativas e memórias que conformam um imaginário da profissão, que funciona “como um campo de possíveis, proporcionando o agenciamento de marcas e signos, assim como inscrevendo memórias afetivas e promessas de futuro” (CECCIM et al, 2008, p. 1568). Feitos de uma história da categoria profissional são contados por toda parte, atribuindo-lhe, como conjunto, a responsabilidade de sustentar a “construção do Sistema Único de Saúde” (T06), prover o “aumento da eficácia” (T16) e “consolidar o modelo de saúde implantado” com o SUS (T17). Têm a função de “atores-chave na implantação de políticas voltadas para a reorientação do modelo de atenção à saúde” (T13), de médico-centrado à comunidade-centrado.

Estes feitos são traduzidos em números, que permitem dimensionar a magnitude das intervenções de um conjunto de trabalhadores. Com um sistema de informações de âmbito nacional, torna-se possível “conhecer a realidade socio sanitária da população acompanhada” (T39), e calcular os resultados do trabalho. Por exemplo, sustenta-se, citando a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios de 2008, que há “redução da desigualdade de renda no Acesso à consulta médica” ou, ainda, utilizando os registros no Siab, que há melhoria na saúde da criança e redução de internações hospitalares (T40). Nessa perspectiva, também, “serviram de referência para o Ministério da Saúde assumir o Programa, as avaliações de impactos positivos em outros locais, entre os quais, o Ceará, o Vale do Ribeira, São Paulo e a contribuição dos agentes no combate à epidemia de cólera” (T02). Uma história é contada por números que representariam sua expressividade e a justificariam publicamente.

No que é contado, destaca-se a vigência de identidades. Sustenta-se que “tem-se 17 anos de atuação *desses* agentes” [grifo meu] (T14), conformando condições de pertencimento a uma comunidade, um grupo com um mesmo suposto cultural e histórico. História contínua que “é o correlato indispensável à função fundadora do sujeito: a garantia de que tudo que lhe escapou poderá ser devolvido; a certeza de que o tempo nada dispersará sem reconstituí-lo em uma unidade recomposta” (FOUCAULT, 2008, p. 14). Escreve-se em normativas e leis, assim como em textos acadêmicos, um papel e uma história aos agentes comunitários de saúde e fabrica-se “esses agentes”, reduzindo multiplicidades de trabalhadores em formas de situar e sitiar o trabalho nos termos de uma mirada e ação comunitária. O

enquadre da saúde comunitária dá contorno à categoria, às suas lutas como comunidade de agentes e ao atendimento de suas reivindicações pelo legislativo nacional (desde onde aquire identidade legal).

Busca-se (providencia-se) um ponto inicial, que possa desvendar e atribuir significados ao presente, constituindo uma memória que provoca orgulho pela grandeza com que é contada. Evoca-se este espírito da origem, que teria "possibilitado a emergência de uma nova consciência" (T02) e de "vigorosas lideranças" (T02). A localização da origem e a repetição da finalidade estabelecem uma segurança identitária, uma espécie de mito fundador. Naturaliza-se uma construção social com vislumbres que, às vezes, beiram ao evolucionismo na Biologia, como ao afirmar-se que "se *e/le* modificou com quinze anos [de profissão], *e/le* pode modificar com trinta, cinquenta, com cem" (T14) [grifo meu], ao anunciar projetos e perspectivas de futuro, que afirmam que a profissão há de perdurar. De um apoiador no bairro, pertencente à cultura, a apoiador do bairro, mediador da cultura. De um morador com esclarecimentos para a educação em saúde, a morador com atividades prescritas de trabalho em saúde. De morador com credibilidade de vizinhança em seus saberes sobre saúde, a morador em exercício de tarefas do setor da saúde.

Essa transmutação de trabalhador popular a profissional passa pela formatação de determinadas modalidades de registros históricos. A coleção de dados e sua análise agregada permitiu, a partir de alguns indicadores selecionados, o estabelecimento de séries históricas, a fabricação de continuidades, visibilizadas nas avaliações estatísticas de impactos. Se agentes de pastorais da saúde, visitantes sanitários e outros "leigos" articulavam-se, ao longo dos tempos, ao setor saúde, a dispersão e a gestão descentralizada de seus fazeres não permitia a atribuição de identidades no trabalho. A institucionalização, como profissão vinculada ao Estado, que decorre da afirmação de um "agravamento das situações de saúde das classes populares, expresso em indicadores de morbi-mortalidade" (T41), exige a aferição dos resultados esperados, como forma de contar sua história. Nesse sentido, o sistema de informação nacional, possibilita a identificação e a descrição de onde os riscos se encontram e a mensuração dos impactos das ações selecionadas, por exemplo, na demonstração da "redução dos níveis de desnutrição e queda na taxa de mortalidade infantil, relacionados ao trabalho desenvolvido por

agentes comunitários de saúde” (T33), que justifica a aposta no trabalho desse grupo social na “atenção integrada às doenças prevalentes da infância”. Passado e futuro tornaram-se mensuráveis. Mesmo que os 250.000 trabalhadores, que atuam em 5.375 municípios brasileiros (BRASIL, 2011), jamais se encontrem pessoalmente para afirmar uma direção comum de trabalho, esta é fabricada em registros nacionais que criam identidades para suas ações e viabilizam sua contabilidade.

Delimita-se o âmbito das intervenções com o uso de um sistema padronizado de registros, a partir de problemas epidemiologicamente informados, bem como, prescreve-se uma série de ações de vigilância e intervenção correlatas.

Objetos de pesquisa

No portão de uma residência qualquer, na área de moradia-trabalho, muitos ACS recém iniciados como profissionais da saúde, ouvirão a inquietante pergunta: “*Quem está aí?*”. Como responder a essa interpelação? Não é o vizinho sem açúcar a pedir socorro para terminar a receita do bolo já iniciado. Também não se trata de um pedido de colaboração com a associação de moradores, tampouco da tentativa de amenizar a algazarra de crianças ou adolescentes para ter algum sossego ou tranquilidade na vizinhança. Inúmeras razões poderiam provocar um encontro de vizinhos. No entanto, agora “a saúde bate à porta” (T18). Essa condição não se produz ao acaso. Uma série de processos agencia e tensiona as respostas de quem se encontra nesta situação.

A questão que poderia desacomodar (“quem está aí?”) não é respondida solitária e individualmente. Dentre muitos atravessamentos nessa resposta, destaca-se a elaboração científica. Pesquisas sobre a construção da identidade, sobre significados do trabalho e processos de formação do ACS são recorrentes em todo o *corpus* desta análise. Sob diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, as investigações científicas não se restringem à sustentação técnica do trabalho, produzem efeitos no imaginário em relação à profissão, especialmente ao privilegiar a tomada dos ACS como objetos de estudo.

Nos documentos analisados, a constituição do ACS como objeto de pesquisa supõe e proporciona condições para:

a) a afirmação da existência de uma identidade profissional, ao integrar fenômenos

singulares em um campo comum, em frequente correlação com o apagamento dos fatos sociais e históricos de sua emergência;

- b) posições de autoridade para produzir conhecimento e interpretar determinadas práticas que, muitas vezes, implicam descrédito de seus executores;
- c) operações de abertura de práticas à prestação de contas, à contabilidade;
- d) estabelecimento de um domínio normatizado, ao constituir regras para enunciar verdades e formas de julgar determinadas práticas.

Se o Agente Comunitário de Saúde emerge como uma entidade, como *corporação*, também pululam estudos que se aproximam de “dissecações”, na esteira da anatomopatologia. Seccionar e individualizar os elementos deste organismo profissional é tarefa de muitos.

Nas descrições e análises de perfis profissionais, sustenta-se que há delineamentos de contornos, conjuntos de traços compartilhados ou compartilháveis em uma *população-corporação* de ACS. Esses trabalhadores são constantemente pesquisados para se saber o que pensam, como organizam o trabalho, para “objetivar categorias de caracterização do Agente Comunitário de Saúde” (T02), “evidenciar o padrão dominante de desempenho dos agentes” (T02) e compreender fatores psicossociais da construção da identidade profissional.

Não causa estranheza, por exemplo, nas produções acadêmicas e/ou nas normativas sobre o trabalho dos ACS, o agrupamento e o esforço de representação das qualidades e acontecimentos do trabalho em tabelas, nas quais, números, decorrentes de cálculos elaborados previamente, apresentam informações sobre um conjunto e sobre cada um de seus elementos, que podem ser posicionados em diferentes classificações e hierarquizações. Assim, são comuns tabelas como a apresentada a seguir, que se propõe a descrever “conhecimentos do agente comunitário de saúde acerca dos aspectos clínico-epidemiológicos da tuberculose” (T19), correlacionando-os com o tempo de trabalho nesta atividade profissional.

Tabela 1

Conhecimentos do agente comunitário de saúde acerca dos aspectos clínico-epidemiológicos da tuberculose.

| | Tempo de atuação como agente comunitário de saúde | | | | p |
|--|---|------|-------------------------|------|-----------|
| | 3 anos ou menos (n = 66) | | 4 anos ou mais (n = 39) | | |
| | n | % | n | % | |
| Sintomas da tuberculose * | | | | | |
| Tosse por mais de 3 semanas | 17 | 25,8 | 11 | 28,2 | 0,822 |
| Febre | 40 | 60,6 | 26 | 66,7 | 0,676 |
| Emagrecimento | 14 | 21,2 | 21 | 53,8 | 0,001 *** |
| Formas de transmissão da tuberculose ** | 29 | 43,9 | 21 | 53,8 | 0,419 |
| Sintomático respiratório ** | 1 | 1,5 | 2 | 5,1 | 0,554 |
| Exames diagnósticos para a tuberculose * | | | | | |
| Escarro | 48 | 72,7 | 36 | 92,3 | 0,022 *** |
| Raio-X | 12 | 18,2 | 14 | 35,9 | 0,061 |
| PPD | 0 | 0,0 | 1 | 2,6 | 0,371 |
| Tratamento supervisionado ** | 24 | 36,4 | 28 | 71,8 | 0,001 *** |
| Medicações | | | | | |
| Conhece ao menos uma | 4 | 6,1 | 12 | 30,8 | 0,001 *** |

* Mais de uma resposta permitida;

** Responderam corretamente;

*** Diferença estatística: $p < 0,05$.

Fabrica-se uma identidade profissional, na medida em que se constitui a corporação como população, à qual se atribuem constantes e regularidades que podem ser classificadas, estratificadas, controladas – tomadas como objeto de saber e poder (neste caso, as apropriações técnico-científicas sobre a tuberculose); situa-se o conhecimento científico como critério para qualificar o trabalho. A contabilidade é prestada em relação à aproximação ou distância da produção científica biomédica (citam os sintomas, citam as práticas protocoladas em relação à atenção às pessoas com tuberculose); convoca-se o trabalhador a posicionar-se na curva de distribuição dos coeficientes de inteligência sobre a tuberculose (curva normal).

Generalizações são fabricadas em pesquisas qualitativas e quantitativas. Destaca-se que não se trata de falta de rigor metodológico. Inúmeros textos acadêmicos alertam sobre as contingências da produção dos dados, as quais são indicadas pelas especificidades socioculturais dos pesquisados, pelas abrangências regionalizadas das populações de pesquisa e outras condições que limitam as interpretações totalizantes.

Entretanto, a emergência histórica de trabalhadores que realizam práticas de cuidado em seus territórios vividos como uma população-corporação profissional é

pouco problematizada nos arquivos analisados²⁹. Certa estratégia de padronização e de normalização é operada. Ao se estudar características recorrentes e padrões de condutas, ao “caracterizar o perfil dos agentes comunitários de saúde” (T20), ao concluir que “a síntese posterior, por região, apontou para uma regularidade, um padrão, em termos gerais, homogêneo de prática dos agentes” (T02), aparece um objeto de poder-saber, configurado como população, num contínuo processo de criação e delimitação de uma identidade, afirmada na corporação profissional. Chegou-se, nesta dissertação, ao entendimento de que, por exemplo, as caracterizações de agentes comunitários de saúde “segundo sexo, idade, local de nascimento, escolaridade, estudo atual, tempo de residência no bairro, tipo de trabalho anterior, tipo de trabalho comunitário, motivação para ser agente de saúde e tempo de trabalho na unidade” (T02) prestam-se à descrição e à fabricação de uma realidade, qual seja, a existência de um grupo social a ser governado. O trabalho, em diferentes organizações e processos, é avaliado, questionado e/ou certificado por terceiros. Definem-se lugares legítimos para estabelecimento de regras de produção de verdades, o que se configura também como estratégia de governo.

Ao estender a discussão sobre as pesquisas qualitativas, em algumas situações, constituem-se produções discursivas que, num ponto de vista sociocultural, fabricam sujeitos e identidades profissionais, ao manejar informação como representação. Enumeram-se regularidades de significados, constroem-se espécies de curvas normais dos sentidos que os indivíduos atribuem a si e suas práticas, institui-se um lugar calculável das representações identitárias. Por exemplo, um texto específico, intitulado “A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica” (T06), toma as narrativas de si como discurso legítimo, que permite “desvelar a essência das experiências” (“transcrição dos depoimentos”); supõe-se, ou produz-se, uma identidade, uma função agregadora, a existência de constantes determinadas por uma característica comum – profissão de ACS

²⁹ Destaca-se que não é exclusividade da profissão de Agentes Comunitários de Saúde a realização de práticas de cuidado nos territórios vividos. Benzedeiras, parteiras, massagistas, acupunturistas livres e inúmeras outras atividades poderiam ser situadas como populares e/ou comunitárias, mas não se configuram como corporações profissionais e são marcadas pela não dependência do Estado, pela diversidade das racionalidades, pelas inscrições culturais, pelos usos e pelos sentidos singulares nos múltiplos territórios. A referência aos Agentes Comunitários de Saúde, por sua vez, representa um conjunto específico de práticas profissionais.

(“leituras das descrições em sua íntegra buscando um senso geral”); delimitam-se unidades, abrindo os enunciados à contabilidade, ao escolher o que contar, coisas que são vistas e classificadas (“apreensão das unidades de significado a partir da experiência do sujeito em seu mundo”); constitui-se um modelo explicativo, certa curva de normalidade, com a definição do comum e seus desvios (“expressão dos significados buscando convergências, divergências e idiosincrasias e síntese das unidades na estrutura do fenômeno, visando compreendê-lo”). A objetividade reafirma-se em seguida, com a indicação da quantidade de “unidades de significado”, ao informar que “a análise global dos depoimentos revelou significados em onze temas”.

De norte a sul, tensiona-se a produção de significados comuns para as visitas e encontros com vizinhos, sob a insígnia da *saúde que bate à porta*. Supõem-se, identificam-se e classificam-se características comuns às pessoas que se ocupam dessa atividade de Estado (visitas domiciliares como Agentes de Saúde). Tal produção identitária expressa-se em desenhos de pesquisa, por exemplo, ao considerar-se “a pessoa do agente, seus dilemas, dificuldades e realizações” (T10) e ao descrever-se “dados sociodemográficos, como escolaridade, gênero, estado civil” (T21). Explicam-se e intenta-se governar condutas profissionais com a produção de saberes sobre a população-corporação, que se constituem como parâmetro para os investimentos de normalização, de redução de diferenciais e desvios.

Institui-se a necessidade de novas formas de saber e lugares para interpretar esses sujeitos sociais. Entretanto, os discursos legítimos e suas regras, as posições dos sujeitos, os lugares e as formas para interpretar e julgar as práticas são dispersos e variáveis. Encontram-se em disputa. Não se trata da existência de um centro regulador, de domínio sobre o trabalho. Também nas pesquisas, valoriza-se a perspectiva dos pesquisados, convoca-se protagonismos e autonomia no trabalho, visibiliza-se o caráter polifônico das práticas. As regras de inserção desses personagens na trama do setor da saúde caracterizam-se por permanente disputa.

5 NÚMEROS, NÚMEROS, NÚMEROS – O QUE É, O QUE SÃO, O QUE DIZEM SOBRE VOCÊ³⁰

“*Quem está aí?*”, também se pergunta nos âmbitos de gestão do trabalho, nas instituições de ensino e de pesquisa e nas equipes de trabalhadores que passam a compartilhar suas atividades nos serviços de saúde com os recém-chegados Agentes Comunitários. Espécie de estrangeiros no campo profissionalizado do setor, protagonizam movimentos e estranhamentos que, virtualmente, produziriam diferenciações nas perspectivas e lógicas de se pensar e agir em saúde e/ou mobilizariam estratégias de captura, de identificação, de redução de diferenças.

Tornam-se, assim, foco de muitas atenções. Dentre as inúmeras seleções dos olhares, destaca-se o interesse em saber o sexo, a religião, a escolaridade, o estado civil, onde residem e também medir a extensão do trabalho de ACS (cobertura de visitas domiciliares por mês, a quantidade de retornos em cada casa). Diferentes marcadores são utilizados para classificar e, talvez, na organização do trabalho, enquadrar/disciplinar/incluir trabalhadores. Múltiplas dimensões da vida estão em questão na pretensão de “discutir processo de formação ou qualificação de recursos humanos” (T01). Diz-se que “o perfil do profissional” (T01), ou seja, aspectos para além de “competências e habilidades” técnicas, estão em jogo no juízo do trabalho.

Neste sentido, por exemplo, com o objetivo de “analisar as concepções e percepções sobre o SUS e o PSF [Programa de Saúde da Família], que norteiam as ações dos ACS, refletindo sobre sua função e formação profissional” (T13), descreve-se o sexo, a renda, a religião, a faixa etária e o grau de escolaridade dos pesquisados. Estratégia que não configura uma exceção. Diz-se que algumas características dos indivíduos têm correlação com a qualidade do trabalho. De modo análogo, para “analisar os motivos e o significado de ser ACS” (T20), também faz-se urgente “caracterizar o perfil

³⁰ Referência ao trecho da música “Esta não é a sua vida”. Composição: Leo Henkin. Papas da Língua. Disponível em: <<http://letras.terra.com.br/papas-na-lingua/110905/>>. Acesso em 21 mai 2011.

dos agentes comunitários de saúde”, destacando-se as *maiorias* e as *médias* (com ensino médio completo e de tempo de atuação na função, por exemplo). A média é privilegiada na apresentação dos dados, como valor calculado a partir de uma distribuição, com a finalidade de representar o conjunto e subtrair-lhe uma informação que se constitua como norma, ou possa ser comparada a algum padrão instituído. Escolaridades esperadas, “atendendo ao grau de escolaridade recomendado pelo Ministério da Saúde” (T13), faixas etárias produtivas, entre outras.

Estas operações compõem certo sistema de identificação, marcado pela localização de variáveis quantificáveis, passíveis de verificação, em elementos dispersos (trabalhadores), a fim de atribuir-lhes um sentido de unidade, de conjunto (categoria profissional). Abre-se a possibilidade de afirmar necessidades, configurar normalidades. Opera-se certa função de governo das dispersões, dos desvios em relação à regra, na evocação de reconhecimento social pelas semelhanças com um conjunto. Destarte, diz-se que “há necessidade de que as atribuições do ACS sejam definidas e aprimoradas” (T20).

Não se visibilizam os efeitos das extensas descrições de características demográficas, o esquadramento e classificação por faixas etárias. Discriminar faixas de 35 a 39 anos ou de 40 a 44 anos, por exemplo, convoca o trabalhador a reconhecer-se em determinado grupo, que é criado para receber intervenções específicas? Toma-se como factível a percepção de que características biológicas (como a idade) são variáveis que podem explicar e regular as produções no mundo do trabalho. Multiplicam-se as posições para cada um interpretar-se.

Nessa perspectiva, por exemplo, um texto acadêmico específico tem por objetivo “investigar os estereótipos e a atribuição moral de agentes comunitários de saúde sobre a dependência de álcool” (T21) e, para tal, saberes estatísticos compõem de modo privilegiado a afirmação de uma identidade profissional de ACS. Neste, diz-se de regularidades e constantes sociodemográficas que podem ser medidas e que correspondem a significados específicos na prática profissional.

Faixa etária, sexo, escolaridade, experiência profissional caracterizam determinados modos de agir e de ser agente de saúde. O artigo em questão configura, inicialmente, os objetos de trabalho ("mortes prematuras entre a população adulta" (T21), "diferenças regionais", "carga de doenças"). Em seguida, faz emergir um grupo específico de trabalhadores (ACS como interesse de pesquisa), que se constitui como *denominador comum*, para avaliar como cada um se comporta em relação ao conjunto. Em princípio, os sujeitos em estudo compartilham de um tipo de vínculo institucional, o cargo de ACS. Essa inscrição institucional é, sem esforços explicativos, traduzida como uma população-corporação. Nesta, correlacionam-se dados sociodemográficos com escalas de percepção: "escala de moralização sobre uso de álcool" (T21), "modelo de percepção sobre problemas de saúde" (T21), "avaliação de dificuldade pessoal" (T21). Inferem-se relações estatísticas entre idade dos profissionais, escolarização e moralização de alcoolistas, por exemplo. Diz-se de características dos indivíduos que devem ser visadas, corrigidas, objeto de formação que contemple "a mudança de crenças e atitudes sobre usuários" (T21).

Afirma-se "um papel" a ser desempenhado e a Estatística possibilita a prova calculável da distância de cada trabalhador em relação ao perfil-identidade profissional normatizado. Inscrevem-se variáveis como "receberam algum tipo de orientação" (T13) e "participação em cursos de capacitação" (T13) como parâmetros para prestar contas de uma suposta qualidade. Fabrica-se um lugar de legitimação (científico-profissional) e um espaço de apropriação das regras de inserção na trama (a escolarização/capacitação). Os números afirmam objetividade (variáveis que podem ser contadas), delimitam a magnitude do que é configurado como problema (tantos por cento), permitem que cada um se situe dentro ou fora da maioria, de uma certa normalidade projetada.

Com recursos estatísticos, sustenta-se que a existência de um perfil de trabalhadores, sua identidade social e profissional é factível. A emergência da população-corporação tem respaldo matemático. Diz-se que há uma comunidade de Agentes de Saúde. Esta assertiva não está em discussão, não busca referências em outras instâncias para se legitimar, não conta seu

processo histórico de constituição, intenta um *desde-sempre-aí*. Se as informações “revelarem um perfil heterogêneo” (T14), justificam intervenções, conformam um quadro no qual se percebe, por exemplo, “a necessidade de se desenhar uma política” (T14). Nesse quadro, classificam-se e localizam-se os sujeitos em condição desfavorável.

Evoca-se, ainda, a condição favorável, o privilégio de dispor de Agentes Comunitários de Saúde na atenção a “milhões de pessoas no país” (T22). Diz-se que as equipes de saúde da família têm “condições de solucionar 85% dos casos de saúde da população atendida” (T22). A resolutividade é destacada como valor calculável, produção aberta à contabilidade, portanto.

Dar solução pressupõe: a existência de situações regulares, recorrentes, comuns num conjunto de elementos (desponta a noção de população, marcada pela escolha e classificação de variáveis constantes). A visibilidade de casos, a partir de procedimentos padronizados de exame e diagnóstico é condição naturalizada, tomada como um termo de tal factibilidade que não exige problematização, ou referência à sua produção histórica (científica). Não está em questão a compreensão e concordância do leitor com esta suposição. Supõe-se, sem preocupação em explicitar suas condições de sustentação, a existência de respostas corretas (soluções) às questões/problemas/casos, que poderia ser traduzida na correspondência diagnóstico-prescrição nas ciências biomédicas. Afirma-se a plausibilidade de verificar-se o adequado exercício da prática clínica e constitui-se uma norma, um padrão de excelência, critério para prestar contas do trabalho, indicado na capacidade, em condições determinadas, de solucionar certo índice de casos (85%).

No âmbito da formação desses trabalhadores, números estabelecem a magnitude da tarefa. Se, desde 1987, com o Programa de Agentes de Saúde do Estado do Ceará, “somam-se mais de vinte anos de história durante os quais seis mil mulheres (...) transformaram-se em 211.000 agentes comunitários de saúde” (T14), as diversidades locorregionais constituem situação em que “conteúdos acabam variando em função dos problemas locais” (T14). Esta condição tensiona e dificulta “a definição de uma base

comum de conhecimento e prática, que possa ser socializada entre todos os trabalhadores ACS” (T14).

Na análise do *corpus*, especialmente nos textos acadêmicos, três tendências relevantes de valoração da escolarização dos ACS podem ser ressaltadas: a escolaridade como atributo de qualidade e indicador de capacidade; a escolarização como perspectiva de conformação nacional de uma identidade profissional; e a instituição de um âmbito de controle externo, avalista das práticas profissionais.

Sem a pretensão de sistematizar e/ou sintetizar as proposições dos diferentes textos em relação a essas tendências, pode-se situar considerações sobre alguns elementos e sublinhar os efeitos e as condições de emergência dos ACS como população-corporação. Sob inspiração da construção analítica de Foucault (2010d, p. 206), não se trata de retomar os temas, mas “antes a tática” ou os diferentes temas “como indicadores de tática”. Pode-se, por exemplo, localizar vetores de produção dos modos de sujeição, segundo um sistema identitário (profissão). Essas operações estabelecem objetos visíveis, compõem regras pelas quais o jogo de relações entre discursivo e não discursivo faz aparecer uma população-corporação como objeto de saber e de poder. A escolaridade é frequentemente tomada como um atributo importante para explicar as “capacidades” dos ACS e produzir determinadas posições de sujeito, classificações e hierarquização de objetos de intervenção, nomeados como necessidades de escolarização e educação profissional.

Nesses termos, uma situação particular pode ser destacada, com caráter anedótico e função analisadora. Uma pesquisa (T23) procedeu à realização de grupo nominal para coleta de dados com ACS, utilizando-se de perguntas “testadas previamente com atendentes de farmácia”, para “verificar o grau de compreensão das questões” (T23). Recorreu a trabalhadores em posição hierárquica semelhante aos ACS na divisão do trabalho, que não integravam o *quadro técnico* de pessoal (atendentes). Compõe assim uma rede discursiva na qual se diz que a identidade profissional conforma-se também no compartilhamento de uma certa competência (como a capacidade de compreensão de um texto), correlacionada com determinado grau de

escolarização³¹. Obviamente a competência requisitada é mais ampla que a compreensão de um texto. Trata-se da responsabilidade de “recompôr o elo entre o setor saúde e as comunidades” (T14), que parece contrastar com as “dimensões da qualificação (baixa escolaridade, atributos subjetivos) exigida para tal função” (T14).

Nos documentos analisados, não se trata de uma exceção. A escolaridade é insistentemente estudada e detalhada. Exerce uma função de discriminação, de distinção. O cálculo de percentuais de agentes com ensino fundamental incompleto e completo, ensino médio completo e incompleto e de ensino superior presta-se para a inferência de que uma maior escolaridade entre os ACS correlaciona-se com “a pequena oferta de empregos e os pequenos salários pagos na região” (T03), bem como para implementar e/ou justificar o (in)sucesso de processos de qualificação profissional.

Diz-se também que a escolarização representa um diferencial nas “condições em que se dá a precarização” (T14) do trabalho e convoca-se o protagonismo de um coletivo. Marca-se a escolaridade como um critério de classificação, de constituição de certa identidade de grupo, ao qual se remete pedidos e/ou se atribui papéis. Neste viés, emergem “os trabalhadores de nível médio, entre eles, os agentes comunitários de saúde” (T14), ao afirmar que *estes* “têm um papel fundamental como sujeitos políticos e técnicos para a superação das contradições presentes no Sistema Único de Saúde” (T14). Fabrica-se certa comunidade, focalizada e afirmada uma unidade que tem como critério uma das subdivisões do ensino escolar brasileiro. Incluem-se os trabalhadores com cargo de ACS em outra categoria, mais ampla que a própria profissão (os de “nível médio”), referindo-se ao “papel fundamental como sujeitos” (T14) para a “superação das contradições presentes no Sistema Único de Saúde” (T14). Diz-se que os iniciantes nesse campo, os ACS, não poderão “vir a passeio”. Há um dever, uma obrigação profissional

³¹ Os profissionais Atendentes de Farmácia têm como escolaridade mínima o ensino fundamental incompleto, conforme o Guia do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego, disponível em <<http://pronatec.mec.gov.br/arquivos/guia.pdf>>. Acesso em 23 mai 2012.

que lhes cabe, uma convocação de um projeto de interesse público³². Há uma marca (sendo criada) que une, identifica, estabelece (ou disputa) um destino. Predestinados ao lugar de "fundamentais", de alicerce, de figuras indispensáveis, abre-se o exercício profissional à prestação de contas. Tomam-se essas valorações e convocações de protagonismo como parâmetros.

A valorização dos efeitos das regulações nacionais sobre a formação dos ACS é explicitada, por exemplo, no comentário de uma dissertação de mestrado (T14) em relação a um documento do Ministério da Saúde, intitulado *Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde*. Elogia-se o fato deste “localizar o ACS no universo dos trabalhadores da saúde, atribuindo-lhes qualidades comuns” (T14) e o vínculo desses profissionais ao “sistema de ensino escolar, o que tende a promover maior estabilidade a essa formação” (T14). Afirma-se como um circuito óbvio e supostamente inquestionável, pondo-se como norma a escolarização-profissionalização-reconhecimento social, correlato da certificação legal e da validação institucional.

Evita-se a dispersão e a produção de itinerários múltiplos, de aprendizagens autodeterminadas, não escolarizadas e não tuteladas pelo Estado. Convoca-se à identificação com a institucionalidade e com uma norma cultural (reconhecimento social), apagando a construção social e histórica desses elementos ou supondo a superioridade de uma pedagogia crítico-social dos conteúdos.

Há um máximo de dispersão tolerável, também calculável, marcada nas propostas de cursos de formação, ao afirmar-se que “entre os técnicos do MS [Ministério da Saúde], discutiu-se a necessidade de se estabelecer um percentual máximo para a dispersão, devendo este ser de até 30% da carga horária total” (T14). Evita-se o disperso para se assegurar o “educativo”, isto é, para assegurar um programa comum, mais protegido contra as

³² A discussão sobre a convocação de um projeto de interesse público é retomada nesta dissertação na seção “Notas sobre o trabalhador moral na saúde: Funcionários da verdade”.

disparidades locais. O “educativo” é a introdução do saber escolarizado, como uma possibilidade de acesso aos conhecimentos acumulados pela humanidade, mas também à superação do trabalho (apresentado como afastado do ideal almejado).

Nesse sistema escolarizado, um pressuposto recorrente é a identificação de “necessidades de informação” (T23), tática que se constitui, em muitas situações, em um modo de estabelecer uma identidade profissional pela ação de um agente externo (de instituição de ensino e/ou outros). Aparecem constantes passíveis de delimitação precisa (necessidades), para uma prática “informada”, em sua dupla dimensão: o trabalhador tomado como sujeito racional que organizará suas atividades conforme os conhecimentos aprendidos; o trabalho qualificado como responsável pela “transmissão de informações” (T16) para melhor ordenar o cuidado à saúde das populações, especialmente no âmbito de *sua comunidade*³³. Visibiliza-se que a mensuração é a operação privilegiada para o estabelecimento de necessidades, seja na “pontuação das ideias geradas pelos ACS para o questionamento sobre o papel do medicamento em sua rotina de trabalho” (T23), ou pela contabilidade das orientações ao paciente de tuberculose em consonância com as indicações científico-profissionais (T19).

A construção da necessidade de uma escola para ACS, estatisticamente estabelecida pela verificação de níveis de escolaridade e associação a *desvios* no trabalho (precarização, eficácia), configura-se na recorrência da temática, nas referências em documentos de regulação do trabalho e a presença insistente em textos acadêmicos. Esses constituem uma rede de comentários e citações recíprocas. Por sua vez, no regramento das *dispersões toleráveis* e no estabelecimento de necessidades de informação também faz-se usos de mensurações, contabilidades, cálculos de probabilidades e outros recursos estatísticos. Parece haver uma centralidade desses usos na fabricação de uma identidade profissional dos agentes comunitários de saúde e no governo dessa população-corporação.

³³ A expressão sua comunidade será problematizada na seção a seguir, nesta dissertação.

6 REGISTROS, INDICADORES, TAXAS – ISTO FAZ BEM PRA VOCÊ?³⁴

Na cena da visita de um ACS a alguém que mora a pequena distância de sua residência, na qual se anuncia que a saúde bate à porta, destacou-se, até o momento, a figura do trabalhador, mas é preciso contar quem ele encontra. Um vizinho? De que proximidades se trata? Talvez não se refira simplesmente a áreas de moradia contíguas, mas à identificação de traços de semelhança.

Com meios e procedimentos diversos, fabricam-se semelhanças de vizinhos, ordenadas por saberes epidemiológicos e anuncia-se a centralidade da participação comunitária. As convocações de multiplicadores de estilos de vida saudáveis, em comunidades mobilizadas, configuram a emergência de um trabalhador médico-multiplicador, às vezes tomando a participação social como personificada nos ACS.

A participação comunitária é tomada como atributo essencial para o sucesso do trabalho dos ACS. A base do trabalho é comunitária. Nessa adjetivação afirma-se um lugar de origem do trabalhador e seu âmbito ou objeto de intervenção (que são coincidentes). Age, necessariamente, também sobre si. A atividade profissional é destinada, explícita e deliberadamente, a produzir práticas cuidadoras em sua vida, inscrita na *sua comunidade*.

Interessa destacar que um agrupamento populacional, pessoas que vivem em uma dada área, são entendidas e interpeladas como uma comunidade. Nestes termos, destacam-se alguns procedimentos comuns no trabalho em saúde que contribuem à emergência das populações-comunidades. No *corpus* em análise, trata-se com especial interesse de táticas para viabilizar a participação da comunidade e toma-se como dada a existência desta, configurada por supostos compartilhamentos e semelhanças sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas.

Esta projeção da identidade comunitária produz efeitos diversos. Trata-se da

³⁴ Expressão popular nos EUA, “is good for you” se aplica aos contextos de promoção de saúde como “exercise is good for you” (ginástica faz bem pra saúde), “walking is good for you” (caminhar faz bem pra saúde), good for you aparece como “o melhor pra você” ou “faz muito bem pra você”. O uso desta expressão nesta seção inspira-se em um texto de Denise Gastaldo (1997), intitulado “Is health education good for you? Re-thinking health education through the concept of bio-power”.

constituição de contornos para a participação (local), com foco utilitário, especialmente definido pelas ciências da saúde (que disputam o que se estabelece como objeto visível, como problema para a população e mobilizam empreendedores, na perspectiva de fabricação de um *trabalhador médico-multiplicador*); bem como, produz efeitos interessantes para projetos de Estado Mínimo (reduz custos, terceiriza operacionalização de programas sociais/políticas públicas). Assim, sugere-se que certa “ineficiência das políticas públicas, bem como das diferentes instâncias de gestão” (T24) pode ser substituída por parcerias locais que, decerto, estariam imunes à corrupção e apatia, características daquelas institucionalidades que “desviam recursos públicos” (T24). Projeta-se a gestão de riscos sociais que, na linha da análise de Traversini e Bello (2009, p. 143), “incita o indivíduo a autogerir sua vida e a manter sua comunidade auto-sustentável”. Essas práticas inscrevem-se, segundo os pesquisadores, na “racionalidade política contemporânea, caracterizada como neoliberal”, com objetivo de “conduzir as condutas individuais e as coletivas, administrando-as de modo a responsabilizar cada um pelo seu destino e otimizar os índices de saúde, de educação e de desenvolvimento do país com vistas a diminuir a dependência do Estado”.

Entretanto, também produz pertencimento e redes de apoio social que interrogam a responsabilidade individual pela produção e cuidado de si. Essa produção de pertencimento caracteriza-se, de modo relevante, pela mobilização de encontros, estabelecimento de conexões entre existências, inventando-lhes novos sentidos. Esses laços ultrapassam os investimentos sanitários. Infinitos e imprevisíveis modos de andar a vida podem ser criados. Abrem-se outras linhas para disputas de projetos de cuidado, em agenciamentos que produzem formas de os sujeitos julgarem a si, convocados menos pela posição de paciente e mais pela de agente (comunitário).

Fabricam-se semelhanças de vizinhos, e investe-se na *parceria* como um modo de ordenar as relações. Diz-se que os que co(m)vivem tem algo em comum (que não se restringe à zona de moradia) e se constituem em potenciais parceiros. Sussurram-se, por todos os cantos, afirmações de que morar próximo implica “sentimento de confiança e cumplicidade” (T03), à semelhança da consideração de Bauman (2003, p. 7), sobre a percepção da comunidade como esse lugar

“confortável e aconchegante. É como um teto sob o qual nos abrigamos da chuva pesada, como uma lareira diante da qual esquentamos as mãos num dia gelado”.

Entretanto, atuar na área onde reside, requisito legal para ser ACS, é investido também de outros estatutos. Para além de uma condição jurídico-administrativa, trata-se de um princípio político – a legitimidade da representação, sustentada na identificação, correlata do convívio, com “a realidade e as práticas de saúde do bairro onde moram e trabalham” (T05). Diz-se também de “uma liderança natural na comunidade”, considerada como um atributo, ou “objetivo central dos programas de capacitação” (T05).

Sem explicitar-se a construção da noção de comunidade, esta é apresentada como fato, condição naturalizada, à qual não se correlacionam elaborações de ordem científica (histórica, sociológica ou antropológica). "A comunidade" é o lugar de produção da identidade "agentes de saúde": ser da comunidade é sentido central e regulador de ser-agente.

Saberes específicos fazem aparecer populações-comunidades como um sistema identitário. Certas características selecionadas são transformadas em *variáveis de estudo*. Essas possibilitam a composição de zonas de vizinhança, as comparações e a definição de desvios a partir da curva normal, em configurações que operam como táticas de dispositivos de segurança (FOUCAULT, 2008a). Sistemas complexos são propostos, inclusive para definir “intervalos de medida de exclusão e de inclusão social” (T02) e integrar “condições de saúde até variáveis outras de risco e de qualidade de vida” (T02). Nesta perspectiva, aparecem muitas tabelas e quadros que pretendem representar comunidades com parâmetros demográficos, epidemiológicos e, até mesmo, construção de índices de autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e equidade, como no quadro que destaca “Notas atribuídas aos distritos da zona leste de São Paulo de acordo com análise das condições de vida de seus moradores, 1995” (T02). A atribuição de notas à população torna-se tática para recortar o objeto de trabalho (identifica desviantes, por meio da comparação com um conjunto de elementos). Na situação selecionada, supõe-se que a autonomia possa ser mensurada e controlada. A atribuição de valor é externa, regida por dimensão técnica, o que produz certo paradoxo: autonomia implica andar a vida em um regime prescrito.

Nessa composição, informações epidemiológicas participam de modo privilegiado, constituem-se em uma das linhas de invenção da população-comunidade, atribuindo-lhe características comuns de morbimortalidade. Se “as condições sanitárias nas favelas favorecem a proliferação de doenças como sarna ou piolho que apresentam, várias vezes ao ano, surtos dos mesmos” (T25), há uma população convocada a aprender “condutas corretas” para o “tratamento destas doenças”. A responsabilidade por esta tarefa (ensinar a comunidade) é “perfeitamente incorporável ao treinamento e supervisão de agentes de saúde”.

Aparecem os grupos prioritários³⁵. Configuram-se olhares que esquadrinham, classificam e atribuem riscos. A seletividade e o recorte dos grupos têm efeito moral. Poderiam ser: *trabalhadores comportados; crianças obedientes; e/ou aqueles que não suportam o uso de drogas* (seu ou de outros) e são *dependentes da abstinência* etc.. De todo modo, qualquer classificação e tentativa de criar identidades por supostas características – regulares, constantes e comuns – já se constitui em controle de condutas, constituição de valores (normalidade) a partir da qual um sujeito deve julgar a si mesmo.

A comunidade desponta como lugar de pertencimento, como corpo a ser protegido, a partir do qual se estabelecem as ameaças à integridade e à unidade. Localizam-se os agentes etiológicos, que podem incluir o “conflito com a lei” (T26), e identificam-se os expostos/vulneráveis (comunidade), classificando-se a doença/agravo (que pode ser a morbimortalidade por violência). Assim, diz-se de epidemias de violência ou das exposições da “comunidade a riscos de morbimortalidade por violência” (T26).

Em uma área geográfica definida (uma figura geométrica, um polígono que estabelece limites cartográficos), cria-se um denominador (base populacional), que fabrica a própria comunidade – espaço de atuação do agente comunitário de saúde. Nesse polígono, são calculadas as taxas, os indicadores, estudadas as constantes, desenhadas as curvas de normalidade e definidas as microáreas de risco ou

³⁵ Grupos prioritários: no Sistema de Informações da Atenção Básica, são definidos como as gestantes, as crianças menores de dois anos e as pessoas com hipertensão, diabetes, tuberculose ou hanseníase. Outros recortes são estabelecidos com frequência, aparecendo pessoas com deficiência, idosos, adolescentes, homens, usuários de drogas, negros, indígenas etc.. Tantos grupos prioritários que, possivelmente, ninguém fique de fora.

vulnerabilidade (noções aplicadas com fartura).

Os "principais instrumentos de trabalho do ACS" (T10), a entrevista, a visita domiciliar e as reuniões comunitárias estabelecem formas e lugares para "a comunidade" contar de si, valorar-se, realizar sua contabilidade de saúde. Introduce-se um "interlocutor privilegiado", o ACS. Nominado de mediador, tradutor e/ou elo, configurado, no exercício do trabalho, na posição de quem ouve "as confissões". Insere-se na trama como um condutor privilegiado de "exames de si" e confissões. Cria lugares para constituir ou consolidar uma dimensão "comunitária" onde, para além de contarem de si, têm a possibilidade de interpretarem-se na relação com sítios de comunidade, que podem ser provisórios.

Em escritos pontuais, questiona-se a naturalização da identificação de comunidades, aparece a observação sobre "uma certa homogeneização das comunidades, cujas particularidades acabam obscurecidas no termo genérico *comunidade*" (T14). Entretanto, a dimensão comunitária aparece, em quase todo o *corpus*, como um fato, assertiva sem contestação e/ou visibilidade de alguma construção histórica, social, cultural e científica, embora, muitos campos ocupem-se extensiva e intensivamente do tema das populações. Por exemplo, a Epidemiologia, na atribuição de semelhanças de vizinhança, por critérios selecionados, na gestão de áreas de risco e na organização das informações publicadas para tomadas de decisão; a Administração, na gestão da organização das redes de serviços de saúde; ou as Ciências Sociais, no desenho de unidades sociodemográficas com identidade social e cultural, recortadas em áreas geográficas, especialmente de periferia, às quais atribui-se responsabilidade pelas mudanças de condições de vida.

Destaca-se a centralidade, outra vez, das normatividades matemáticas na fabricação das identidades de comunidade. O Sistema de Informação da Atenção Básica define o âmbito de atuação dos profissionais agentes comunitários de saúde, nomeado de microárea, "espaço geográfico delimitado onde residem cerca de 400 a 750 pessoas" (T39). O conjunto de microáreas corresponde à área de atuação de uma equipe de saúde, traduzida como *área da comunidade* onde o trabalhador deve residir para habilitar-se ao exercício profissional. É nesta delimitação, indicada pelo Siab, que serão representadas as séries históricas de condições sanitárias; as comparações com outras "comunidades"; a identificação de riscos, especialmente

pela mensuração de características comuns de morbimortalidade. Neste recorte, também serão destacados os grupos prioritários (menores de dois anos, gestantes, hipertensos, diabéticos etc.). Cria-se uma célula mínima para o melhor governo das populações.

Não se pode dizer, entretanto, que a perspectiva da ação de Agentes Comunitários de Saúde é estritamente biologicista. Diagnósticos de doenças, medidas preventivas e de recuperação de corpos em padecimento constituem uma dimensão relevante do trabalho, mas outros objetos se impõem, como o “combate à pobreza” (T14). Também, não é possível afirmar que, iniciado no trabalho, identificando-se como profissional, deixe de ser usuário de saúde. Pelo contrário, é permanentemente usuário de seu próprio trabalho (que é dirigido para a *sua comunidade*). Em alguns aspectos e configurações, diz-se que a ação sanitária encerra-se no indivíduo ACS.

Nestes termos, por exemplo, pode-se dizer que antes de iniciar no trabalho um novo Agente Comunitário de Saúde, a primeira ação sanitária na comunidade já foi concluída, uma vez que se trata também de uma política de empregos, de “combate a pobreza”. São aproximadamente 250 mil postos de trabalho, distribuídos em 5.375 municípios brasileiros (BRASIL, 2011). A história da iniciativa, em 1987, do Estado do Ceará, é recuperada e reafirmada inúmeras vezes, com destaque para sua criação “inicialmente como *frente de trabalho* em uma conjuntura de seca” (T14, T27). Diz-se de uma estratégia de “combate à pobreza”, de inclusão social, de “reabilitação e reintegração do incapacitado social” (T28), com oportunidades de emprego. Agencia-se, na figura do Agente Comunitário de Saúde, certa personificação do coletivo, em que “o crescimento dos programas em que o agente está inserido abre, em todo o País, oportunidades de emprego às populações mais carentes” (T29). Se são priorizadas populações pobres ou miseráveis³⁶ com a presença de serviços estatais, no caso da contratação de ACS, empregar pessoas

³⁶ Pobreza e miséria, às vezes nomeadas eufemisticamente como vulnerabilidades.

do local/comunidade é medida por si só³⁷. Configura-se, de modo mais evidente, o trabalhador comunitário como objeto das ações e como elemento de um conjunto que se perspectiva normalizar.

Os números da pobreza também justificam a ampliação do trabalho de agentes comunitários de saúde. Análise semelhante fora realizada por Traversini e Bello (2009, p. 145), em relação a um programa nacional de alfabetização, que, segundo os autores, aborda aspectos que extrapolam o campo educacional, dirigindo-se ao “conjunto de problemas sociais vigentes nas diversas regiões atendidas”. Essa espécie de personificação da comunidade, em que o trabalho se configura como atribuição e necessidade, na condição dos ACS, aparece também de outros modos. Há certa convocação dos trabalhadores à disponibilidade em tempo integral, marcada pela atribuição de uma “liderança natural”, pelos usuários que procuram “no final de semana” (T02), pela reconhecida “presença intensa” e/ou pela “discussão da vivência própria” (T30) como base para a atividade profissional. Em algumas situações, transformam-se em “mães da comunidade”, tanto ao considerar que “as agentes de saúde que atuam nesta linha devem ser mulheres e, de preferência, mães, que têm a experiência vivida de criação de filhos nas condições em que a clientela se encontra” (T30), quanto ao requisitar certas “práticas de maternização” (expressão emprestada de Fabiana Marcello, 2003).

Nasce um *personagem* que se confunde com a própria *comunidade*. Evoca-se a constituição de indivíduos-modelo, como tática para *multiplicar*³⁸ e instituir o trabalhador médico-multiplicador – cada um cuidando da sua saúde e da vizinhança. Outra vez destacado o programa pioneiro cearense, que marca expressamente esta direcionalidade em seu objetivo de empregar mulheres que, com a mudança em sua condição social, “estimulariam um posicionamento mais ativo de outras mulheres na sociedade” (T02). Política de empregos, regulação do Estado, valoração da vida por

³⁷ Destaca-se que no Programa de Rádio “A Voz do Brasil”, de 1º de junho de 2012, a Assessora da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, Adriana Coser, afirmou que: “Para cada equipe de saúde da família que a gente implanta, a gente tem uma capacidade de geração de números de agentes comunitários, uma geração de empregos indiretos, de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Então, é uma capacidade de inclusão produtiva, também, que vai se articulando com o plano do Brasil Sem Miséria” (BRASIL, 2012). Trata-se de estratégia de combate à pobreza que perdura na história da institucionalização de agentes comunitários de saúde profissionalizados.

³⁸ São recorrentes as referências à função dos ACS de multiplicadores (de informações e de práticas de cuidado).

marcadores biológicos. Tornar presente padrões médico-profissionais para organizar a vida, na instituição de estilos de vida saudável, replicáveis por todos ou em todos os informados sobre o saudável (ou sobre o que lhes faz bem). Possivelmente esses sejam os principais fatores das *operações de multiplicação*.

Vale destacar que há uma expressiva definição dos “fatores a multiplicar” pelo que é exigido no sistema de registros do trabalho realizado. As fichas que devem ser preenchidas disputam os assuntos e a direção das conversas. Interessa saber quantos adultos sabem ler e escrever, se as vacinas estão em dia, se as crianças frequentam a escola e encontram-se em uma faixa de normalidade na avaliação do crescimento (peso e altura) etc.. As especificações variam conforme os grupos e seus riscos presumíveis. Se o interlocutor for diabético, a investigação visa descobrir se ele cumpriu regularmente a dieta recomendada pela equipe de saúde, se realizou exercícios físicos pelo menos três vezes por semana, qual a data de sua última consulta, se faz uso de medicamentos e tomou-os regularmente etc.. Esses interrogatórios são repetidos e registrados mensalmente, conforme a meta de visitação exigida.

7 NOTAS SOBRE O “TRABALHADOR MORAL” NA SAÚDE: FUNCIONÁRIOS DA VERDADE

Logo após apresentar-se para o vizinho e responder ao “quem bate?” com “a saúde bate à porta” (T18), o trabalhador, ainda na rua, talvez seja interpelado por outra questão que pode desconcertar: “o que queres aqui?”. Projetos e pedidos de cuidado talvez estejam em disputa e tensionem a cena. Às vezes, o trabalhador dirá que “não sabia o que responder, eu fiquei sem graça, eu baixei a cabeça e larguei a mulher falando sozinha” (T02). Excesso de possíveis, talvez. Respostas imprevisíveis, não programadas atrapalham, produzem desconforto.

Em outras condições, escutas surdas, que ouvem sem escutar (HECKERT, 2007, p. 205), talvez remetam a respostas programáticas: “Como está a vacina das crianças?” (T02). Em todos os casos, como se fabricam jeitos de se ocupar da interrogação que não cala?

Algumas perspectivas, vetores de saber-poder, esforçam-se para produzir campos de possíveis e disputam múltiplas posições de sujeitos. Protagonismos convocados podem se traduzir em regras de inserção na trama, que fazem “enxergar o trabalhador pelas *funções* que exerce” (CECÍLIO, 2007, p. 345) ou aparecer o “trabalhador moral”, que “fará adesão automática a determinados conceitos, modos de se organizar o cuidado e modos de se fazer a gestão”. Modos esses “formulados por militantes/intelectuais/gestores engajados na reforma sanitária, por serem eles, em princípio, justos e necessários”.

Diz-se que os ACS são “recursos humanos”, cujas percepções ou força de trabalho são manejadas e administradas por terceiros. Pesquisas “sinalizam para a necessidade de transformar e adequar as percepções dos agentes sociais” (T31). Apaga-se a história, o desejo, o andar da vida, as singularidades, e cria-se uma *corporação profissional*, uma identidade para corresponder a um projeto. Convocam-se funcionários da verdade (médico-multiplicadores), para trabalhar *com-ciências* ou constituir-se como *eu-transformador*, *ao trabalhar consciências*. Espalha-se, em comunicações livres e fluentes, a afirmação de uma função de “tradutor”, que emerge como fluxo de mão dupla, do científico ao popular e vice-versa (multiplicando).

Labirinto sem saídas? É isso ou aquilo? Talvez essa questão não seja produtiva. A escrita desta dissertação vem compreendida como um campo de tensões, disputas e composições múltiplas. Não trata da descrição de contornos, limites ou representações de agentes comunitários possíveis. Essa suporia o cálculo de probabilidades de modos de existência, a partir de um real constatado. Entende-se que “estudar a relação entre subjetividade e trabalho é estar atento, portanto, não apenas às formas de assujeitamento, mas também às transgressões e às possibilidades de invenção de outros modos de lidar com as normas, quiçá transformando-as” (RAMMINGER & NARDI, 2007, p. 273). As descontinuidades discursivas, os vetores de saber-poder anunciam a imprevisibilidade e potencial singularidade de existências múltiplas, em processos de subjetivação não redutíveis a modos de sujeição.

Um pouco antes de realizar visitas a vizinhos (na primeira, ou nas centenas realizadas mensalmente), antes mesmo de ouvir a pergunta, “o que queres aqui?”, missões e funcionalidades são evocadas para o trabalhador que agora *nasce* profissional, ou que é *imigrante* e estabelece-se no terreno estrangeiro das profissões da saúde. “Sustentar a construção do SUS” (T06), “ensinar seus semelhantes” (T06), “servir o outro, conhecer e ajudar pessoas em suas necessidades” (T06), “desejo de ajudar o outro” (T20). Recorrentemente situa-se o trabalho em uma dimensão que pode ser caracterizada como operação de uma *moral do interesse público*. O imaginário fabricado de interesse público torna-se imperativo, institui (ou disputa) contornos para a organização e os processos de trabalho. Destaca-se tanto uma perspectiva assistencial caritativa, quanto a sustentação de projetos “sociais e democráticos” no campo da saúde.

“Ajudar os outros”, em perspectiva assistencial caritativa, desponta em convergência com a atribuição, aí com ares de ciência, de informar, orientar, numa espécie de jogo científico-religioso, em que os termos se confundem, nas “visitas para levar a Palavra” (T02)³⁹. Tensiona-se a configuração de coletivos de trabalhadores como aparelho institucional (população-corporação), em que a “dobra

³⁹ A expressão “visitas para levar a Palavra” aparece como caracterização de “tipo de trabalho comunitário” anterior à profissionalização como ACS, em um quadro de “Caracterização de 4 agentes comunitários” (T02).

público/privado se expressa como relação bem instrumental e só esta razão dá conta deste processo” (MERHY, 2006, p. 10).

Por sua vez, “o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), como proposta de mudanças no paradigma de assistência pública tradicional à saúde” (T10), atravessa textos acadêmicos e normativas do trabalho. Emergem *funcionários da verdade*, investidos da função de agentes de mudanças, reformas e novos projetos. Afirma-se uma posição “mudancista”, em que se fabrica como traço identitário a expressão de “saberes populares”, porta-vozes das *comunidades*. Atribui-se um valor (a mudança) como critério para avaliação do trabalho e autocrítica do trabalhador (dimensão jurídica de um dispositivo pedagógico). Opera-se a constituição de um “eu transformador”. Convocam-se à ação “trabalhadores que estariam “moralmente comprometidos” com determinados projetos, na medida em que justos e necessários na avaliação de quem os formula”, trabalhador moral, na acepção de Cecílio (2007, p. 346).

“Sustentar a construção do SUS” aparece como uma dimensão de dever, de parâmetro para prestar contas, para julgar o trabalho. Considerando que o SUS constituiu-se institucionalmente a partir de tensas disputas públicas e que se instrui pela perspectiva dos interesses públicos, correlacionar as práticas dos ACS a esse projeto e indicar que essa profissão “sustenta” o sistema pode configurar justificativa, argumento de justiça, razão de legitimidade universal. Sustentar, como ação que garante e fornece os meios necessários para a realização e continuação da instituição, ou ainda, como ação de evitar a queda e manter o equilíbrio de algo (o SUS), em um cenário de iniquidades sociais, constitui-se qualificação de heroísmo, pois comporta uma sorte incomum: conservar uma organização de inspiração socialista em um Estado neoliberal⁴⁰. Se sustentar implica *evitar a queda*, atribui-se uma posição estratégica aos ACS em relação às disputas e conflitos em questão. Pode, também, essa corporação profissional *servir de alimento moral* para o projeto (outra acepção de sustentar), entendida como porta-voz e tradutora da população, de interesses comuns de uma coletividade, da *comunidade*. Nestes termos, o trabalhador ACS é inscrito como um personagem que representa o “interesse

⁴⁰ Sobre a clave socialista na construção do sistema nacional de saúde, ver Campos (1994).

público" no funcionamento institucional, como um profissional que toma como dever de ofício o "bem comum". Fabrica-se "um ator desistorizado, desterritorializado e pronto a orientar, de forma automática, sua prática pelas diretrizes definidas pelos dirigentes das organizações" (CECÍLIO, 2007, p. 346). Funcionário de *verdades revolucionárias*, ocupado com "mudanças no paradigma", *eu transformador*.

Assim, a recorrência do apelo ao "perfil mais social que técnico" (T10) faz aparecer, como critério para valorar o trabalhador, o perfil social. Exige-se um distanciamento dos conhecimentos técnicos. Funcionário da verdade, com ênfase no que muitas vezes é nominado de saberes populares, vive um investimento ambivalente: de um ponto, a evocação do não científico como objetivo estratégico, ordenador do andar a vida, disputando a afirmação de campos intangíveis à objetivação biomédica; de outro, os saberes populares contribuiriam para conhecer mais sobre a população, inclusive o que entende e como explica seus processos de saúde-doença, como tática privilegiada de governo. Fabrica-se "o social" como "o outro" (a conhecer, a controlar, a segregar). Excluir a dimensão técnica da social é, também, tática que a qualifica como neutra, esforço permanente das ciências biomédicas.

Científico e popular contrapostos, entendidos como domínios independentes de conhecimento, como tecnologias leve-duras (utilizando o conceito de Merhy, 2002) que antecipam e dominariam os encontros trabalhador-usuário. Ora trata-se de hierarquização, com destaque para a constituição de *agentes transformadores*, ao valorizar aqueles que, "sem jargões instrumentais" (T06) qualificam o trabalho em saúde, a partir da *pureza* do popular, do comunitário, ora afirma-se um caráter de mediação ou tradução entre a comunidade e o pessoal de saúde. Apaga-se, assim, a produção social desses saberes.

Um artigo analisado, que "objetivou conhecer os saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental" (T32), mostra-se interessante para problematizar a tática de opor o científico ao popular, que produz como efeito o apagamento da produção social desses saberes. As noções e conceitos situados como comunitários podem não ser diferentes dos preceitos das ciências em psiquiatria. As afirmações a seguir descreveriam as representações populares: "o transtorno mental está, portanto, nitidamente no campo da doença" (p.

229); "a explicação se atribuiu a experiências traumatizantes da infância" (p. 229); "o comportamento foi apontado como um parâmetro fundamental para a classificação da *pessoa com transtorno mental*, a partir do pressuposto de que existe um comportamento normal" (p. 229); "a perda do juízo (isto é, a capacidade de discernir o real e o imaginário) é um acontecimento *irremediável* da doença mental" (p. 231), sempre segundo os ACS. Essas assertivas poderiam ser a transcrição de um compêndio de psiquiatria.

Essa condição híbrida (popular e profissional) supõe a vida dos ACS investida na missão institucional – produzir saúde, ser multiplicador. Transcende o horário de contrato de trabalho, responde aos "impedimentos da rede de serviços e de demais serviços do Estado" (T22) com "engajamento pessoal". Por exemplo, "no caso da ACS que se oferece para "fazer plantão" para tentar internar D. M." (T22). Convocam-se agentes comunitários em tempo integral, "agentes 24 horas. Não têm folga, não têm final de semana, em todos os momentos na comunidade perguntam tudo, eles não separam" (T12).

Em "sustentar a construção do SUS", há uma multiplicidade de sentidos, que não estão previstos de antemão, que talvez nada tenham a ver com uma figura trans-histórica que teria percebido e/ou desejado esta proposição, nos termos emprestados de Foucault (1989, p. 245). Convoca-se um trabalhador moral, responsável socialmente por um projeto determinado, que é preciso manter em funcionamento; inventa-se uma instância com legitimidade social e institucional para sustentar lutas políticas públicas, o exercício de uma corporação profissional (formação da identidade profissional como continência); projeta-se que a "construção do SUS" tem significado transcendente, que se explica e se justifica por si, que tem sentido único, não ambíguo, que pode representar de modo unívoco uma produção social. Nesse sentido, apaga-se a produção, as tensões constitutivas das práticas sociais, e emerge uma assertiva (política e científica), que não é mais objeto de contestação.

Exames, procedimentos de vigilância, rituais de manifestação de verdades se enlaçam e constituem redes que produzem e/ou transformam as experiências que trabalhadores e usuários de saúde têm de si mesmos. Nestes termos, conformam dispositivos pedagógicos (LARROSA, 1994). Práticas terapêuticas e educativas têm

proximidades e similitudes estruturais, tanto ao vislumbrarem certos projetos de “realização humana”, quanto na constituição de um *logos* que “é um jogo que arruína, de saída, qualquer afirmação com pretensões de ditame e que, enquanto jogo, conjura necessariamente toda tentativa de convertê-lo numa receita metodológica” (LARROSA, 2010, p. 122)⁴¹. Assim, *trabalhar com* assume centralidade na expressão do encontro de trabalhadores-usuários. Trata-se do encontro em que o científico aparece constituindo uma *caixa de ferramentas*, não uma fidelização acrítica e “multiplicadora” dos saberes formalizados em teorias, podendo ser agenciado de modos inesperados. Como na afirmação de Deleuze, sobre a teoria como caixa de ferramentas: uma teoria é “preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma” (FOUCAULT & DELEUZE, 1989, p. 71). Esta assertiva, é importante destacar, não remete ao governo, por um suposto indivíduo racional, de todos os sentidos do trabalho e dos usos da técnica e da ciência. Nessa perspectiva de análise, não se supõe agora a centralização no indivíduo, sustenta-se, ainda, a compreensão de que “a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social” (GUATTARI; ROLNIK, 2010, p. 40) e, deste modo, vetores de saber-poder operam regimes de visibilidade *mergulhados* também nas ciências.

Convida-se o leitor, no texto que segue, a realizar, se for necessário, uma espécie de *leitura claustrofóbica*, que fuja, tanto quanto possível, dos espaços que se fecham, que parecem com limites e contornos definidos em excesso. Na escrita, este exercício se fez pela afirmação insistente das descontinuidades e da contingência das produções discursivas. Sublinha-se o caráter de descrição analítica de vetores de certa política identitária e não de identidades.

Se os mecanismos, as táticas e os procedimentos de produção de assujeitamento no trabalho com relevante significação e informação das ciências da saúde parecem completar-se (e totalizar-se) no aparecimento de estratégias de avaliação e supervisão que tensionam o retorno constante a normas precedentes (e transcendententes), o caráter de jogo, de luta e de disputa irrompe como um marco

⁴¹ Larrosa (2010) refere-se ao *logos* pedagógico. A extensão de sentido às práticas de cuidado sustenta-se em produções no campo da saúde coletiva que afirmam a imprevisibilidade dos encontros trabalhador-usuário (MERHY, 2002; HECKERT, 2007).

para a leitura, uma referência para a atenção.

Talvez, em alguns momentos, pareça ao expectador que só há um gladiador (*a ciência*) na arena e que não há luta possível diante da sua força. Resta, talvez, na observação mais atenta, algum palhaço (de costas?) a fazer daquele lugar um picadeiro. Sugiro assim que se procure o lugar das piruetas, das brincadeiras, que não interessam ao gladiador que procura um adversário a sua altura e, ao mesmo tempo, não percebe que passa a perder a arena. Essas desidentificações e invenções não têm lugar privilegiado no *corpus* analisado nesta pesquisa. Assim, emergem na desconstrução, pelo esforço de historicização, da suposta identidade e homogeneidade das práticas sociais de trabalhadores no campo da saúde. Constitui-se no trabalho de “fazer aparecer o que está tão próximo, tão imediato, o que está tão intimamente ligado a nós mesmos que, em função disso, não o percebemos” (FOUCAULT, 2010, p. 44).

7.1 Tensão estruturante: dimensões objetiváveis e intangíveis

Os modos de agir, as condutas de cada trabalhador, nos encontros em que se formulam pedidos de cuidado⁴², não são passíveis de disciplinamento exaustivo. Na rua e nas visitas domiciliares, talvez se atualize de modo singular certa “tensão estruturante” da biomedicina, marcada pelo dualismo entre o mensurável-objetivável e o intangível (BONET, 2004, p. 31). Se podemos sugerir que, de certo modo, configura-se a produção de hospitais a céu aberto, nesses a relação entre equipes de saúde, diagnósticos profissionais e projetos de vida dos usuários é experienciada sem a tutela permanente dos primeiros.

Destarte, essa tensão constitutiva expressa-se na recorrente convocação dos trabalhadores ACS para “visitar e fazer um levantamento de dados” e “intervir continuamente” (T02). Objetivar o intangível é estratégia de uma tecnologia política que estabelece a *continuidade* dos usos de mecanismos de diagnóstico, coleta e registro de dados, de identificação de desvios e de intervenção para situar o que é

⁴² Entende-se que os encontros de trabalhadores de saúde com usuários são atravessados por demandas com formulações e endereçamentos múltiplos. Trabalhadores, usuários, sua rede social e afetiva supõem e tensionam sentidos diversos, às vezes em conflito, nas produções de cuidado.

foco, o que é objeto, o que interessa no corpo de cada um e no próprio trabalhador-operador, que integra aquela comunidade.

Se há dimensões na vida cotidiana não suficientemente definidas para serem percebidas ou entendidas como problema de saúde (para os trabalhadores e para os usuários), “a saúde bate à porta” insistentemente (mensalmente). A população é descrita, estratificada e analisada permanentemente. Ao proceder-se o “monitoramento (diagnóstico local situacional) de forma contínua” (T09), além de situar a posição vigilante, aprende-se a autovigilância, considerada a inserção do trabalhador na população que é observada (*trabalhador médico multiplicador*). Nesta perspectiva, o sistema de informações, onde se realizam os registros, viabiliza que se conte uma história desses encontros: especifica algumas variáveis que sempre deverão ser verificadas e que expressarão as condições sanitárias de risco e (co)mandarão as prescrições para o trabalhador. Está em questão a saúde da comunidade, de todos pela via de cada um.

Procura-se instituir uma objetivação tal em que a execução do procedimento-visita independa de seu executor, de modo que “quando uma está doente ou afastada, as colegas cobrem aquela área para não prejudicar o andamento do trabalho de visita”⁴³ (T22). Fichas padronizadas orientam as escutas (entrevistas e/ou interrogatórios) e comandam a prática profissional. Constituem-se em instrumentos para o gerenciamento do cuidado, realizado por um agente externo que se impõe no encontro trabalhador-usuário. Trata-se de um aparato de mecanismos, técnicas e procedimentos reguladores do trabalho em saúde. Pode-se recorrer a Merhy (1998, p. 13) para afirmar que não se trata de uma novidade, uma vez que “esta é a história das teorias administrativas e gerenciais”, de gestão ou gerenciamento da clínica, dirigidos à “captura do trabalho vivo, transformando-o em morto”.

Destaca-se que procedimentos de controle administrativo das decisões clínicas não se restringem ao trabalho de ACS. São inúmeros os protocolos clínicos e sistemas de informação que orientam investigações clínicas e epidemiológicas no trabalho em saúde. Entretanto, a abrangência e a frequência dos registros exigidos

⁴³ Fala de uma ACS.

dos ACS é incomum. Configura-se como estratégia de profissionalização, de objetivação e controle de condutas que, de qualquer modo, mantêm-se imprevisíveis. Se perduram os mecanismos de controle, é pela sua ineficácia, pelo menos pela não dissolução da tensão estruturante da prática biomédica. Não há sujeição total.

7.2 Sanitarização das produções de vida

Ao retornar à cena de visita do *recém-profissional* à casa de um vizinho, destacam-se tensionamentos que visam à fabricação de um dos vizinhos em *profissional da saúde* e do outro em *paciente*. Mudam os interesses dos encontros, as linguagens, os significados de conversas corriqueiras. Uma pergunta simples, como “*você está bem?*”, insere-se em um conjunto novo de regras e códigos. Inscrita em um “Fluxograma para avaliação de crianças menores de cinco anos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)” (T33), a resposta à pergunta “seu bebê/sua criança está bem?” é verificada pelos registros em um instrumento dos serviços de saúde, o cartão da criança, interessando as variáveis “alimentação, crescimento e vacinas”. Ressaltam-se algumas classificações diagnósticas, a verificação de desvios, a curva normal, os registros fora do padrão. Fabrica-se um vivido, significado pelas ciências da saúde.

No encontro do agente de saúde com seu vizinho, eles não estão sozinhos. O sistema de informações orienta a prática do trabalhador, tanto pelo tempo dedicado ao seu preenchimento, pelos temas já prescritos para a conversa, quanto pelos possíveis usos posteriores dos registros. Estas condições produzem tensões no encontro. Consideradas as proximidades com as conceituações de Ball (2010), parece que se opera aí certa tecnologia política da performatividade, marcada como um sistema de julgamento e de exposição, como formas de controle, de supervisão e de mudança das práticas, ou seja, a performatividade como dispositivo de atuação modulada.

Na cena do ACS, na casa de um vizinho qualquer: nas mãos, uma série de papéis – folhas com assinaturas para comprovar as visitas; fichas com registros

sobre crianças, gestantes, pessoas com hipertensão, diabetes, tuberculose ou hanseníase (grupos com atenção prioritária); bilhetes com solicitações de busca-ativa (pessoas que não se vacinaram, não consultaram ou não realizaram exames quando indicado pelo serviço de saúde); cadernos com dados sobre cada família; além de alguns materiais informativos para distribuição.

Se cumprir a meta de visitar cada mês todas as 200 (duzentas) famílias de sua microárea, terá de fazer aproximadamente 10 (dez) visitas por dia. Em uma jornada de 8 (oito) horas diárias de trabalho, reduzida em, talvez, uma hora por turno para os deslocamentos e a organização de seus materiais e registros na unidade de saúde, restam em torno de 36 (trinta e seis) minutos por visita. Isso, é claro, se naquele mês não realizar atividades em grupos (que também são recomendadas); ainda, se não reservar horários para a supervisão do trabalho; se não ocorrerem “capacitações”; e, por fim, se não chover a ponto de inviabilizar as saídas a campo. Sem contar outros fatores de redução desse tempo de encontro: é necessário deslocar-se entre um domicílio e outro; aguardar ser atendido após bater à porta; aceitar, algumas vezes, a recusa da visita; considerar que, muito cedo, pela manhã, as pessoas podem estar dormindo e que próximo ao horário do almoço a preocupação pode estar no fogão e não na conversa com um profissional da saúde.

Parece, portanto, haver certa pressa. E, no tempo do encontro, há aquela série de questões e de registros a fazer no Sistema de Informações da Atenção Básica. Neste sentido, é interessante problematizar as práticas que se referem à *vigilância da saúde*, ordenadoras do trabalho do ACS. Conforme Teixeira; Paim & Vilasbóas (1998), essas constituem proposta para reorganização do trabalho em saúde, centrada no uso da epidemiologia e das ciências sociais em saúde, em ações intersetoriais, em territórios delimitados, na promoção da saúde, na prevenção de riscos e de agravos, ao considerar como condicionantes do processo de saúde-doença as condições de vida. Trata-se de proposição de regulação do trabalho centrada nas *necessidades epidemiologicamente informadas*.

Fabrica-se o olhar profissionalizado. Disputa-se a objetivação da imprevisibilidade. Se um ACS afirma que “na nossa vida não tem rotina, hoje parecia visita simples, mas não foi. Não tem planejamento, é como se fosse caixa de surpresa” (T22), não está se referindo à singularidade dos encontros, mas à

variabilidade das tarefas profissionais. Trata da "caixa de surpresa" previsível: "pessoa passando mal, pressão elevada, intoxicação, acompanhar paciente ao PS [Pronto Socorro]" - registros de corpos biológicos produzindo sintomas, diagnosticados ou acessando o sistema. A surpresa não está na estranheza, admiração ou espanto, mas no fato de não haver anúncio prévio. A atenção é focada, e institui o que é visto (ou não), em uma associação importante com o que é registrado no sistema de informação (comportamentos desviantes, agravos e doenças), operação que sustenta o juízo de que "às vezes também acontece de chamarem para ir à casa e não é nada daquilo". Há regras que estabelecem o que tem valor, ou "não é nada daquilo". Há um campo de tensão, em que as percepções que sustentam/justificam pedidos de cuidado entram em disputa ("acontece de chamarem" e o juízo do trabalhador define que "não é nada"). Firma-se um discurso legítimo e suas regras, privilegiada a leitura/interpretação profissional.

A subordinação do universo do sofrimento à lógica dos fatores e condições de risco, bem como a priorização da população, sem abarcar a complexidade e singularidades dos processos saúde-doença-cuidado (CARVALHO, 2010), pode caracterizar o uso de saberes epidemiológicos e higienistas na definição do que é problema de saúde (MERHY, 2004), ou ainda incorrer na generalização social da categoria risco, inclusive ao tomar a noção de qualidade de vida como fuga do risco de adoecimento e morte (LUZ, 2010).

Merhy & Franco (2002), ao analisarem as propaladas mudanças de modelo assistencial anunciadas pelo discurso oficial sobre a saúde da família, interrogam o que há de novo na organização da assistência à saúde; questionam a limitação de ferramentas e tecnologias de que é lançado mão – essencialmente referenciais da epidemiologia e da vigilância em saúde, que não esgotam a complexidade do mundo das necessidades em saúde dos usuários; e advogam que as mudanças tencionadas dependeriam de uma inversão tecnológica dos processos de trabalho em saúde, com centralidade em novas tecnologias, as leve-duras (diretrizes mais brandas) e as leves (o encontro), das quais a saúde da família não tem dado conta.

Ball (2004, p. 1116) realiza discussão semelhante em relação à objetivação da educação e sustenta que "esse processo de objetivação contribui mais geralmente para a possibilidade de pensar nos serviços sociais, como a educação,

enquanto formas de produção, iguais a outros tipos de serviços e de produções”. O autor diz que “os *soft services*, como o ensino, que exigem *interação humana* são necessariamente realizados como os *hard services* (fornecimento de livros, de transporte, de refeições, de mídia instrucional)”, lembrando que “podem ser padronizados, calculados, qualificados e comparados”.

Porém, não há transmutação de vizinho à profissional. Essas dimensões coabitam, às vezes na sutileza de relações, como na situação relatada por um ACS, depoente no *corpus* em análise: “quando vejo a criança com corrimento no nariz, pergunto: *Ele está resfriado, tá com alergia?* E a mãe diz: *Ah, tem um tempão que ele está assim.* Aí vejo as condições da casa e, com cuidado, pergunto: *De repente pode ser muita poeira, né?* Aí a mãe diz: *Ah é, aqui tem muita poeira.* Aí a gente sempre dá uma orientação” (T34).

O trabalhador, pela competência técnica, diagnostica uma relação causal entre um sintoma do corpo e um atributo do contexto (poeira e corrimento no nariz), levanta hipóteses (resfriado ou alergia) e sugere uma conduta simples que possa resolver o problema. Situa-se, portanto, como habilitado a diagnosticar e indicar soluções (prescrição), num campo médico (não relaciona a questão com condições de vida, trabalho, moradia – pelo menos não é explicitado no que considera relevante contar da história do caso). Entretanto, há a sutileza de um modo de fazer, que não se arroga um lugar autoritário e deixa em aberto à avaliação da usuária quanto à pertinência da sugestão de avaliação de causa-consequência (poeira e corrimento no nariz). Posições talvez não hierarquizadas. Não trata de táticas de sedução, de convencimento (que poderiam caracterizar um discurso publicitário), não centra em determinados procedimentos especializados (indicar consulta e antialérgico, por exemplo), mas compartilha um ponto de vista, numa relação mais de vizinhança que entre profissional-paciente (“de repente pode ser muita poeira”).

Esta disputa para que o andar da vida seja informado pelos saberes científicos faz aparecer aquilo que não se pode tocar, classificado como “resistência da população com relação às orientações” (T10), não adesão ao tratamento ou ao procedimento, que é preocupação recorrente. O incômodo com as *desobediências*

também dirige-se a alguns ACS, “que nunca trabalharam, então não têm este perfil, não gostam de cumprir ordens e por isso gera conflito”⁴⁴ (T35).

Pontuam-se indicadores biológicos que precisam ser mensurados e estabelecem, a partir da noção de risco, as prioridades de intervenção e os âmbitos de interesse, com marcante reducionismo biologicista, em que o "cuidar da sua própria saúde" (T02) é traduzido como evitar ou controlar determinadas doenças ou fatores associados a essas. Os registros estabelecem uma função de visibilidade: "só olhando mesmo nos cadastros para que eu possa dizer como são essas famílias" (T31).

Destarte, "identificar os conhecimentos dos moradores sobre dengue e sua prevenção" (T36) e a "contagem de recipientes potenciais e com água e identificação de domicílios com larvas de *A. aegypti*, para cálculo do Índice Predial" estabelecem o *uso de informações como tática privilegiada para mudar comportamentos*. Indicadores técnicos específicos demarcam formas para o trabalhador julgar e qualificar seu trabalho (dimensão técnica). A participação social/comunitária é traduzida como ajustamento de condutas a determinadas normas, neste caso, não ter recipientes potenciais e com água nos domicílios. O trabalho de um funcionário (ACS) a serviço de habilitar e mobilizar outros *trabalhadores médico-multiplicadores*, em procedimentos e técnicas de contagem, mensuração e avaliação, mediadas por sistemas de informação.

Indicadores de morbidade são critérios para a valoração do trabalho do ACS. O impacto da atuação destes trabalhadores em uma epidemia, por exemplo, é reafirmado inúmeras vezes (como é o caso dos resultados na epidemia de cólera, na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em 1991): diz-se de um trabalhador que pode tornar os serviços mais eficientes, fazer funcionar, por extensão de cobertura, ações sobre as populações.

Fabrica-se um campo específico de saber como objeto de trabalho de agentes comunitários: epidemias, patologias, diagnósticos profissionais. Assim, aparece, por exemplo, o interesse em “Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental” (T32). Institui-se um campo de juízo:

⁴⁴ Fala de um entrevistado (T35).

definições, critérios e regras de um âmbito profissional específico, que estabelecem as formas pelas quais o trabalho será estudado e avaliado. Certas construções científicas situam-se como fato, “uma realidade artificial, da qual os atores falam como se fosse uma entidade objetiva” (LATOUR & WOOLGAR, 1997, p. 61). Tal é o estatuto, aqui, da noção de transtorno mental, inscrição da loucura na discursividade psiquiátrica. Este estágio de elaboração científica institui conhecimentos que não são mais objeto de contestação (LATOUR & WOOLGAR, 1997, p. 91)⁴⁵.

Essa operação estabelece modos de verificação autorreferenciados. No *corpus* da análise, por exemplo, a apresentação de uma informação estatística, que pressupõe a definição de um marcador de interesse na população, como “famílias lideradas por mulheres” (T31), e a contagem de elementos que possuem a constante selecionada (população brasileira, no Censo demográfico realizado pelo IBGE), é utilizada como justificativa para sustentar um interesse de pesquisa. O interesse de pesquisa aparece como *naturalmente deduzido* de um fato. Assim, sustenta-se que uma vez que “aproximadamente 25% das famílias brasileiras são lideradas por mulheres (...) parece importante que pesquisas científicas sejam elaboradas para investigar a vida destas famílias”. Os censos levantam informações que são justificadas (por discursos científicos?) como relevantes, de interesse, passíveis de interpretação e de intervenção. Em uma espécie de motivação circular, pesquisas são justificadas porque “uma fração, um segmento” foi destacado no estudo da população.

Trabalhar *com-ciências* tensiona o ordenamento do cuidado de si a partir da técnica, das profissões da saúde. A identificação, a contagem de quem verificou a pressão, ou fez uso de soro de reidratação oral em caso de diarreia, por exemplo, é tática política de constituição de certo *trabalhador médico-multiplicador*. Emerge o ACS multiplicador: espera-se que todos sejam *agentes comunitários de saúde* e

⁴⁵ Latour e Woolgar (1997) publicam no livro “A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos” uma etnografia realizada em um laboratório de endocrinologia para estudar a construção de discursos científicos. Na primeira citação, analisam como os fenômenos e substâncias são construídos pelos instrumentos utilizados no laboratório, sem os quais não teriam realidade. Na segunda, referem-se à configuração do que chamam de fato científico: estatuto dos enunciados que desaparecem das preocupações de pesquisa e são incorporados no “estoque de aquisições”.

assumam um compromisso com uma dimensão coletiva muitas vezes recortada pelo próprio serviço de saúde – “a comunidade”, confundida e fabricada na “área de atuação”, registrada em um sistema nacional de informação, o Siab.

7.3 Avaliação e supervisão

Retornando à cena do agente comunitário de saúde que inicia suas visitas domiciliares na vizinhança, é relevante a disputa sobre o que olhar, escutar e registrar. Aparecem táticas diversas para *iniciar* este profissional recém-chegado no campo, com a instituição de critérios para evidenciar sucessos e fracassos nas intervenções e regular as produtividades.

Os instrumentos e as práticas sistemáticas de avaliação e de supervisão dos desempenhos podem ser situados como táticas de produção de performatividade, entendida a partir de Ball (2005, p. 543), como “uma tecnologia, uma cultura e um método de regulamentação”, que emprega os juízos externos, as comparações entre trabalhadores e a exposição de parâmetros e de análises para produzir controle e mobilizar mudanças no trabalho e na formação de seus agentes.

Indicadores, informações, critérios de auditoria, relatórios de avaliação são publicados e correlacionados à fabricação de formas e lugares para prestar contas do trabalho. Com os pressupostos de que relevantes aprendizagens ocorrem no trabalho (escuta, olhar, atenção), e que o agir em saúde é marcado, em certa medida, por práticas biopolíticas, especialmente nas referências à Epidemiologia e ao registro, se instituem estratégias de monitoramento e controle das atividades, onde o “objeto” de trabalho é lembrado. As práticas de avaliação, premiações, modulações salariais, pactuações e contratualizações administrativas, sistemas de informações e publicações estatísticas configuram tecnologias políticas que conformam a performatividade no trabalho. A produção do agente comunitário de saúde é tensionada pelas “evidências” a serem buscadas ativamente e a redesenharem a intervenção ativamente.

Os traços de uma cultura de performatividade no trabalho em saúde aparecem na produção de Stephen J. Ball (2002, 2004, 2005, 2010), analista social e autor que problematiza o trabalho em educação. Este descreve a performatividade

como tecnologia política relacionada à inserção, nas instituições públicas, de uma “moralidade utilitária”, sustentada nos discursos da eficiência, da avaliação de resultados e da definição de “níveis de desempenho”, característica da produção privada (BALL, 2004).

O autor vincula essa tecnologia ao âmbito do que denomina de “acordo político do pós-Estado da Providência”, caracterizado pela constituição de um Estado regulador, pela expansão do capital para os serviços sociais, e pela mudança de papéis e relações de trabalho nas instituições públicas, marcadamente pela privatização e performatividade. Não se trata, entretanto, de práticas, táticas e estratégias óbvias, evidentes. A performatividade “permite que o Estado se insira profundamente nas culturas, práticas e subjetividades das instituições do setor público e de seus trabalhadores, sem parecer fazê-lo” (BALL, 2004, p. 1116). Objetificação e mercantilização se tornam irresistíveis pela associação com discursos de responsabilidade, qualidade e medidas de desempenho. A preocupação com estilo, aparência, marketing e concorrência são constitutivas desta tecnologia, que implica mudança nas maneiras de fazer as coisas, “como também nossa maneira de pensar a respeito do que fazemos e nossa maneira de nos relacionarmos conosco e com outras pessoas e coisas significativas. Isso vale tanto para os prestadores como para os clientes” (p. 1120).

Na emergência da população-corporação de ACS, privilegia-se os sistemas de seleção, escolarização, supervisão e avaliação, todos sustentados em produções estatísticas, que selecionam variáveis, estudam perfis, registram e comparam condutas, para melhor governá-las. De distintos modos, esses são apresentados como balizadores de certa qualidade do agir profissional. Supervisão e avaliação (um suposto do trabalho do ACS) a serem exercidas pelo enfermeiro⁴⁶ da ou pela Equipe de Saúde da Família expressam-se, inúmeras vezes, em modalidades não dialogadas (questionários, revisão de registros, controle dos tempos de atividade, verificação e adequação de condutas). Na performatividade, destaca-se a definição de formas e parâmetros externos para estabelecer juízo e tomar decisões no trabalho, configurando certa tecnologia política na qual, seguir regras exógenas, o

⁴⁶ A atribuição de supervisão dos ACS por enfermeiros é mantida em diferentes normativas do trabalho do Programa Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família.

cumprimento de metas e o apagamento das especificidades das interações humanas participa de formação de “técnicos do setor público”, particulariza um “novo panopticismo de gestão (de qualidade e excelência) e as novas formas de controle empresarial (por meio do marketing e da concorrência)” (BALL, 2004, p. 1118). Este modelo panóptico de poder não é unidirecional e, conforme Bauman (2003), fixa lugares para quem é vigiado, em relação a normas e rotinas estabelecidas, bem como, *prende* os supervisores ao lugar e às regras para vigiar e corrigir os desvios.

São recorrentes os estudos avaliativos, com definição de variáveis de interesse, por pesquisadores mirando publicação de performances e a produção de conhecimento científico. Transita-se entre a ênfase à supervisão (sistematicidade de encontros) e a ênfase às avaliações em larga escala e pontuais. A supervisão, “feita semanalmente, *na base da ficha familiar*” [grifo meu] (T30) aparece como lugar para interpretar-se, prestar contas. Narrativas mediadas e reguladas por registros padronizados delimitam, conforme alerta Larrosa (1994), a dimensão discursiva de um dispositivo pedagógico em operação. Supervisão e avaliação, como tecnologia política e dispositivo pedagógico, emergem como “contato relativamente mais íntimo com os demais profissionais e com o trabalho assistencial da unidade” (T02), constituindo pertencimento, “sendo conformada a sua identidade” (T02). Subsidia a conformação de “programas de desenvolvimento profissional” (T37) proporcionados “para que tenham novas concepções do seu trabalho diário” (T37). Diz-se que há um “perfil” a formar, incitar um trabalhador que se perceba “fazendo parte de uma equipe” (T37). Num jogo em que o domínio técnico-científico é critério para valoração das práticas, *compôr equipe* pode ser traduzido como filiar-se a um discurso legítimo e suas regras.

A relação com a equipe pode ser expressa, às vezes, num regime cartorial, tal como um ACS justifica que a “relação tem muita confiança, porque no nosso trabalho não tem como enganar o restante da equipe, a gente pega comprovante, você pega assinatura do paciente” (T07). Registrar o trabalho é também prestar contas e sustentar a efetividade, numa relação marcada pela performatividade (BALL, 2005, p. 547), em que a complexidade humana fica “reduzida à forma mais simples possível: números em uma tabela”, e o controle externo emerge como validador da atividade. Entretanto, também se diz que o sistema de informações

“obstaculiza o desempenho de atividades realmente importantes” (T09). A desqualificação das formas e conteúdos exigidos de registro (e do recorte do que é objeto de trabalho) disputa o estabelecimento de outros objetos visíveis. As produções nos encontros com os usuários não se restringem ao controle dos relatórios, seja pela constituição de dimensões intangíveis, não objetiváveis, ou porque trabalhadores reconhecem que “a gente não pode tá relatando tudo (...) tem muitas coisas que eu não coloco no relatório” (T11).

A inserção no trabalho em saúde, a iniciação no campo, extrapola as prescrições e as instâncias de regulação. Se são demandados saberes sobre as populações, *o que será dito e para quem* pode excluir o "corpo técnico-profissional" que, a priori, possui posição privilegiada na gestão do trabalho. No cotidiano, um complexo jogo de relações constitui o que será contado, pois, em última instância, "a gente não dedura ninguém" (T12), refere um ACS. “Muitos respondem fumando maconha. A gente não dedura ninguém. Não chama a polícia” (T12). A exclusão da política “médica” do processo de trabalho implica não comunicar à polícia, nem a outros profissionais ou quem quer que seja. Não se apresentar e não operar como polícia, em autonomia de alguns julgamentos morais, conforme suas redes na cultura, e contrariando as normativas do sistema de informação, as quais indicam que inclusive coisas não ditas, mas observadas pelo trabalhador, devem ser registradas, como na referência aos “casos de gestação e deficiência”, que “podem ser identificados pelo ACS, quando da visita domiciliar, com ou sem referência da família” (T39).

Lança-se mão também de procedimentos disciplinares na decomposição de lugares, tempos, atos e operações, característicos de dispositivos disciplinares. Detalha-se tempo de permanência dentro da unidade, tipos de ocupação e o tempo médio de trabalho na semana: “permanecem dentro da unidade mais de 50% do seu tempo de trabalho” (T02); “37.2 horas por semana, sendo 56.7% desse tempo dedicado a atividades dentro da unidade de saúde e 43.3% utilizado para visitas domiciliares e trabalhos fora da unidade de saúde da família” (T02). O controle do tempo das atividades emerge como objeto para intervenção gerencial (tomada de decisão externa).

Extensos quadros, em estudos avaliativos, com discriminação de inúmeros

itens (temáticas de reunião, distribuição de atividades, natureza das interações, local de desenvolvimento das ações, público das atividades etc.) funcionam como normativas para a organização do trabalho, em regimes nos quais “os desempenhos de sujeitos individuais ou de organizações servem de parâmetros de produtividade ou de resultado, ou servem ainda como demonstrações de *qualidade* ou *momentos* de promoção ou inspeção” (BALL, 2005, p. 543). Em substituição a regimentos e regulamentos, performances são propostas com estatuto de conhecimento científico e poderiam ser transcritas como códigos de atuação.

Ações profissionais (e inclusive temáticas de reunião) são categorizadas⁴⁷, com tabulação e *quantificação* correspondentes, sustentando a compreensão de que os processos de trabalho são passíveis de explicação e controle racional-científico, característica da Teoria Geral da Administração. Incorre-se em um “desvio funcionalista, digamos assim, de enxergar o trabalhador pelas *funções* que exerce dentro da organização” (CECÍLIO, 2007, p. 345). Produz-se a percepção de que as diferentes variáveis são passíveis de controle gerencial, que se constituem como uma das atribuições da supervisão.

Diz-se que a observação, com finalidade avaliativa, não interfere na atividade: observa, registra, classifica condutas num processo que institui uma dimensão de juízo externo, não dialogado, com normas também exteriores e anteriores, com devolução coletiva (dados agregados) em que cada um é convidado a se examinar (dimensão ótica) e situar-se, compreendendo que práticas são legítimas. Os parâmetros para avaliação do trabalho constituem-se, especialmente, em referenciais técnico-científicos e na demonstração da satisfação dos usuários. Na dimensão técnica, inclui-se a verificação da assimilação de conteúdos relacionados ao Sistema Único de Saúde. Assim, quando é afirmado, em um artigo específico, que “em relação ao SUS, seus princípios e diretrizes, apenas 27,3% dos entrevistados demonstraram ter algum tipo de apreensão, ainda que apresentando

⁴⁷ Referência à tese de Joana de Azevedo da Silva (T02), que produz quadros de “Distribuição das atividades de 8 agentes comunitários de saúde do QUALIS, conforme local e para quem desenvolve a ação”; de “Distribuição das temáticas discutidas em 4 reuniões de equipe do QUALIS, conforme compreensão do problema, tipo de problema, conteúdo da ação proposta e discussão acerca do trabalho”; e de “Distribuição das atividades de 8 agentes comunitários de saúde do QUALIS, conforme natureza da interação”. Entretanto, não se trata do único texto que se ocupa desta ordem de decomposição do trabalho.

alguns conceitos inadequados” (T12), não estão necessariamente em interrogação as configurações do trabalho implicadas, mas produzem-se lugares para sua interpretação; sustentam-se parâmetros e avaliadores externos que, em certa medida, desqualificam as histórias, os projetos e os processos em agenciamentos singulares; os grupos abrem-se à contabilidade, sendo possível identificar possíveis desvios, riscos e necessidades de intervenção. Não se mobilizam protagonismos ao se compreender que “mudanças na forma de se organizar o cuidado seriam quase a consequência *natural* do contato dos trabalhadores de saúde com determinados conceitos que vão sendo produzidos por um certo *pensamento crítico*” (CECÍLIO, 2007, p. 346). Supõe-se que os trabalhadores como *sujeitos racionais* tomam as decisões adequadas, se apropriados das informações necessárias.

Afirma-se como “inegável o benefício que o trabalho dos ACS [assegura]” (T10), sustentado pelas “reduções dos índices de mortalidade e morbidade e melhoria nas taxas de algumas ações em saúde” (T10) e pela “valorização da comunidade em relação ao seu trabalho” (T10). Aparecem, para a prestação de contas, indicadores científicos que analisam as “condições de saúde” e a “valorização da comunidade”. Esta última também pode estar engendrada na profissionalização, ao entender-se que “a formação que recebem, lhes dá um sentimento orgulhoso de diferenciarem o seu conhecimento em relação ao conhecimento popular que dispunham previamente” (T08). Instituem-se deslocamentos nas posições de sujeito pela legitimação científica dos saberes. Trata-se de “prestígio social, uma vez que o saber biomédico situa-se numa escala superior na hierarquia de saber da sociedade” (T08). O sucesso no trabalho é situado numa dimensão de respaldo técnico-profissional, sustentado nas supervisões, avaliações e *capacitações*; e aferido em índices de satisfação e em indicadores de morbimortalidade.

7.4 Jogos de singularização

Credibilidade e confiança estabelecem-se como fundamentais para que os usuários “recebam os agentes, abram suas casas” (T12). Opera-se, ao mesmo tempo, a projeção de usuários como objetos de intervenção que recebem, “abrem

suas casas" para uma ação de terceiros, responsáveis pela "solução ou encaminhamento" (T12) de suas demandas. Diz-se de polos passivos (pacientes) e ativos (agentes), num jogo, entretanto, em que as tecnologias duras e leve-duras (protocolos, fichas, indicadores), num jogo de interferências, também se desestabilizam no encontro com tecnologias leves (relacionais).

Resguarda-se ao suposto paciente a titularidade de um direito; o lugar de visita (a casa) pressupõe disponibilidade de acesso e acolhimento como decisão e posição do usuário (certa inversão em relação à procura dos serviços de saúde, marcadas pelas condicionalidades dos profissionais); ainda, os mecanismos de controle permanente, comuns em instituições hospitalares, não são viáveis nos territórios vividos⁴⁸. Estas condições de proliferação de multiplicidades, de certa independência da tutela institucional e profissional para organizar a vida, convocam interrogações sobre "o que fazer com observações difusas e não classificadas na racionalidade biomédica"; agenciam encontros tensionados a certa "tomada pragmática", à subordinação de saberes teóricos "às operações e condições de alteridade e da sensibilidade", à "constituição de planos de sentidos entre os conhecimentos prévios e a singularidade de cada atendimento". A credibilidade e a confiança, que aparecem como necessárias, estabelecem um âmbito de juízo sobre o trabalho, que não decorre da ciência ou da profissão, mas se produz "no encontro trabalhador-usuário" (CECCIM, 2006, p. 267-269).

Políticas identitárias (performativas), configuradas em dispositivos pedagógicos marcados por tensões e disputas, operam no trabalho em saúde e fabricam comunidades-agentes e agentes comunitários⁴⁹. A constituição de *comunidades* como lugares legítimos para produzir a existência e cuidar da saúde é atravessada por *riscos* à funcionalidade das ações e à realização dos projetos técnico-científicos. "Relações de parentesco e afinidades entre os agentes que

⁴⁸ Ao tratar das tensões e disputas constitutivas das relações de cuidado em saúde, em texto sobre a atenção domiciliar, Silva et al (2010, p. 175) sustentam que a "liberdade de criação" das pessoas amplia-se no cuidado realizado em suas casas.

⁴⁹ Políticas identitárias fundam comunidades (como lugares legítimos para produzir a existência e cuidar da saúde), fundem população e profissional de saúde (na perspectiva de fabricação de trabalhadores médicos multiplicadores) e confundem trabalhador e objeto de trabalho, no sentido das personificações da multiplicação, em que a produção se esgota no próprio trabalhador, que realiza procedimentos de exercício de epidemiopoder e presta contas, registrando números, atendendo aos números, sendo monitorado pelos números.

compõem a equipe e a comunidade” aparecem também como ameaças, à medida que “o limite entre o profissional e o pessoal encontra-se fusionado” (T11). Trata-se da privacidade e do sigilo no *uso de informações*; de possíveis desafetos, brigas e intrigas entre vizinhos. Trata-se dos “perigos” à função profissional. Bonet (2004, p. 91) lembra que a dimensão intangível do vínculo e das relações pessoais marca alguns modos de “retorno disso que a *biomedicina*, desde o começo, quis arrojar para fora de seus domínios: a pessoa com sua carga emotiva”. A presença dos ACS introduz novas especificidades no trabalho, pois não se trata de redimensionar o trabalho dos médicos, enfermeiros e demais profissionais representantes de um saber biomedicalizado porém, é reconhecer a introdução de outra personagem. De um lado *multiplicador* da biomedicalização, de outro “salvador” dessa biomedicalização, ou ainda, o elo entre saberes populares e biomedicalizados a serem “ressignificados”. Parece que “aquelas pessoas que se abrem mais pra você são pessoas que confiam em você, que te recebem, conversam de tudo” (T06)⁵⁰.

Se interessa à ciência conhecer a população, o estabelecimento de vínculo entre trabalhador e usuário precisa ser tornado critério de valoração das práticas, um parâmetro para prestar contas do trabalho (se há reconhecimento, confiança). Cria-se um lugar para o usuário contar de si, “conversar de tudo” e a possibilidade de, no encontro, trabalhador e usuário interpretarem-se.

Os encontros extrapolam o campo profissional (“não é só assistência médica” (T02)). Valoriza-se a escuta de “pessoas que precisam mesmo de atenção, de alguém para conversar, para desabafar seus problemas” (T02). Ouvir pode desacelerar o trabalho. Se há demanda de execução de determinados procedimentos, por exemplo, os requeridos no Programa de Combate à Dengue (“fazer dengue”⁵¹), a escuta pressupõe dispor-se ao tempo do outro (“e fica em duas casas”). Não há determinação sobre o que será foco da atenção e que sentidos produzirá para a prática de cuidado, mas, em ato, a posição de escuta exige algum tempo de silêncio, valoriza a narrativa do outro (que torna-se ordenadora da

⁵⁰ Fala de trabalhador ACS.

⁵¹ Fala de ACS: “Às vezes, você vai fazer dengue e fica em duas casas; [...] você tem que ouvir” (T20).

relação), produz o encontro com o trabalhador como um lugar para o usuário interpretar-se e contar de si mesmo; desacelera a performance convocada por metas e expectativas externas ao encontro trabalhador-usuário. Às vezes, a escuta aparece como função privilegiada da corporação ACS, entendida a origem comunitária como viabilizadora.

Disputas e tensões podem ser expressos também no brincar. A utilização de “brincadeiras e conversas descontraídas” (T07) aparece como “forma de se aproximar do usuário e deixá-lo à vontade para falar” (T07). Certa ludicidade emerge como estratégia de convencimento e de motivação (condições aprazíveis para fazer o outro falar), visibiliza-se uma tensão constitutiva do trabalho, de brincar e fazer funcionar o dispositivo biomédico. “Pesei as bonequinhas delas” (T08), uma tática para “facilitar a adesão das crianças a este procedimento” (T08), como um veículo fácil, agradável e indireto para a prestação do cuidado “necessário”. A configuração de uma *forma brincadeira*, entretanto, em seu dialogismo constitutivo, pode instituir “um jogo constante de diferenças e interferências entre níveis que, justamente porque diferem entre si, são capazes também de se interferirem e desestabilizarem mutuamente”, como na análise de Larrosa (2010, p. 120) sobre a relação, na estrutura do logos pedagógico, entre um “núcleo dogmático que constituiria o conteúdo da transmissão” e um marco dramático (referindo-se à literatura), que não se esgota na ilustração de conteúdos, mas estabelece um jogo tenso, de mútuo descentramento.

Não há possibilidade de determinação, na cena proposta, da qualidade das relações estabelecidas entre trabalhador e usuário. Se a escuta ultrapassará ou não as verificações prescritas pela clínica (médica), ou se haverá produção de autonomia dos usuários no seu andar a vida. Em que pese não haver ordenamento absoluto, seja para “dominar” o encontro, seja para “ativar” linhas de conexão e fuga.

Uma ordem de vigilância da saúde e uma estratégia de quantificação estatística exigem e configuram técnicas de supervisão, avaliação e capacitação. A fabricação da identidade comunitária está no exercício das vigilâncias, epidemiologicamente informadas, e no exercício do registro, estruturado para viabilizar a representação matemática do trabalho, do território e de presença de *saúde comunitária nas redes de vizinhança*. Este, entretanto, não é o único desenho

do trabalho, vislumbrando-se também jogos de singularização, disputas e tensões articuladas em práticas criativas e imprevisíveis, marcadas pelo vínculo, pela credibilidade e pela confiança, pela ludicidade e a escuta, condições em que a narrativa do usuário torna-se ordenadora da relação.

SOBRE O PROCESSO DE PESQUISA E ALGUMAS PISTAS A PARTIR DA ANÁLISE

O projeto desta pesquisa estabelecia três unidades analíticas centrais: epidemiopoder, numeramentalização e performatividade. A partir desta proposição, poder-se-ia ler artigos acadêmicos, leis, portarias, guias e outros documentos sobre agentes comunitários de saúde e estabelecer os modos dessa presença como tecnologia política no ordenamento do trabalho desses profissionais. Esses poderiam ser *representados* pelo seu caráter de trabalho epidemiologicamente informado; pelo uso de números, medidas e operações na sua configuração e regulação; bem como, pela extensão das estratégias de julgamento, de exposição e de monitoramento do trabalho. Com os ACS no centro das atenções, olhares plurais poderiam ser estabelecidos, outros *pontos de vista* apareceriam. Intocados, os objetos de estudo teriam novas facetas reveladas, pela *vista de outros pontos*.

Entretanto, na produção do *corpus*, os escritos foram tomados como um intenso burburinho, um ruído prolongado de muitos falando ao mesmo tempo, não sobre um real constatado, observado, mas que fazia, fabricava ou, emprestando as palavras de Mol (2007), performava uma realidade. Entendeu-se que as “comunidades” e os Agentes Comunitários de Saúde eram “manejados” e produzidos no próprio curso das práticas discursivas. Não se tratava mais de escolher entre a representação de um agente de mudanças do modelo tecnoassistencial, responsável pela construção do SUS, ou um funcionário das ciências da saúde, controlado pelos reducionismos biomedicalizadores. A pesquisa não se ocuparia do silenciamento dos ruídos para procurar distinguir frases e proposições claras cujos significados poderiam ser desvelados. O burburinho não se apresentava como um campo conturbado que seria ordenado pela investigação atenta.

Permaneceram as unidades analíticas selecionadas, emprestadas para construir recortes e costurar conexões entre elementos, para analisar como aparecem alguns objetos de poder e saber, sem a pretensão de configurar, à luz de suas teorizações, um novo personagem no trabalho em saúde. Os usos desses conceitos *desfiguraram* os supostos agentes comunitários de saúde e *suas comunidades*, ao não buscar correspondências com definições *a priori*.

As consequências teóricas de noções como epidemiopoder e numeramentalização não foram exploradas à exaustão, neste estudo específico. Realizou-se um uso restrito e interessado que, possivelmente, não contribuiu para a discussão ou ampliação desses conceitos, o que, de qualquer modo, não era pretensão desta investigação.

Agentes comunitários de saúde! Novos personagens entraram em cena? Eder Sader defendeu sua tese de doutoramento, em 1987, afirmando que, na década de 1970, movimentos populares da grande São Paulo (Clubes de mães da periferia sul, Oposição Metalúrgica de São Paulo, Movimento de saúde da periferia leste e o Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo) puseram novos personagens na cena política brasileira. Segundo o pesquisador, estes foram criados sem teorias prévias pelo reconhecimento mútuo e decisão de agir em conjunto a partir de experiências do cotidiano popular; eram marcados pela inexistência de uma organização que operasse como centro, pela defesa da autonomia e pela “desconfiança em toda institucionalização que escapa ao controle direto das pessoas implicadas” (SADER, 2001, p. 311), bem como, “fizeram da afirmação da própria identidade um valor que antecede cálculos racionais para a obtenção de objetivos concretos”. Sua diversidade tornou difícil pensar em padrões homogêneos ou modelos. Constituíram espaços e movimentos públicos “além do sistema da representação política” (p. 314).

Ao tomar essas considerações e critérios, construídos pelo autor para configurar os “novos personagens”, e contrastar com as produções no trabalho de agentes comunitários de saúde visibilizadas nesta dissertação, pode-se afirmar que as surpresas produzidas no encontro com esses trabalhadores, de origem popular (em princípio) e “comunitária”, não indicam, necessariamente, a presença de *novas* práticas políticas no campo da saúde. O “novo” ator social do trabalho engendra-se em regimes de expressiva institucionalização, marcada pelo viés biomedicalizador.

As questões que, no cotidiano de visitas na vizinhança, provocam estranhamentos, enquanto não se sabe quem bate à porta (“Quem está aí”), e criam dúvidas sobre o que este agente faz nas casas de pessoas que precisa ver muitas vezes (“O que queres aqui?”, “Observar ou escutar o quê?”) são delimitadas pelo uso de extensos e detalhados registros em um sistema nacional de informação, de

números, de medidas e de cálculos, sob um caráter normativo, ordenador e produtor de suas práticas.

Na esteira da Medicina Comunitária/Saúde Comunitária, o trabalho dos ACS ultrapassa o enfoque biológico e se ocupa de outras dimensões da vida das populações, na busca de antecipar-se à necessidade de ações curativas, bem como, procura soluções que tomam como base a atenção a grupos sociais. Neste movimento, toma centralidade o uso da Estatística, como tecnologia de governamento, concentrando-se em efeitos nos processos de saúde-doença que não são redutíveis aos indivíduos.

Para a consecução desses projetos sanitários, fabricou-se uma população-corporação profissional (de ACS) que se institui como produtora de normas, a partir dos estudos de suas constantes e regularidades, para o conjunto a ser governado. Esta mirada aos agentes comunitários de saúde, como um grupo social, associa-se ao cálculo das probabilidades de interferência de determinadas características dos indivíduos nos resultados globais do programa de saúde comunitária (sexo, religião, faixa etária, escolaridade etc.). Cria-se ainda uma polarização entre os trabalhadores que se ocupam das coletividades (coleções) e os que se restringem à clínica individual. Nessa relação, tem função estratégica a mensuração da amplitude das ações empreendidas pelos ACS, operada pelo uso de um sistema nacional de informação, uma vez que os registros não ficam restritos aos materiais recolhidos e arquivados manualmente. A demarcação de diferenças nas produções e na organização do trabalho é viabilizada pela agregação de dados e seus usos estatísticos. No transcorrer das investigações que compõem o *corpus* em análise aparece a fabricação de um agrupamento de ACS, que possui constantes e regularidades passíveis de verificação, classificação e controle, muito próximo às análises de Foucault (2008a) quanto à emergência da noção de população.

Os dados do Siab, agregados nacionalmente, por Estados, municípios, áreas de atuação de equipes de saúde e microáreas de responsabilidade dos Agentes Comunitários de Saúde, tornam possíveis comparações de performances: na *série histórica* de um trabalhador e entre seus pares. Estas verificações indicam as readequações necessárias no trabalho, bem como possibilitam a intuição de

correlações da qualidade das ocupações com os perfis dos profissionais, em aferições matemáticas produzidas tanto localmente, quanto pelas coordenações estaduais e nacional. Dimensões como a precarização e os riscos no trabalho também são apresentadas como mensuráveis e comparáveis, sustentando a existência de constantes e regularidades em uma população (corporação profissional).

À medida que são catalogadas características de um grupo de indivíduos (como a baixa escolaridade, por exemplo), sobre as quais se estimam os efeitos nos resultados do trabalho e que possam ameaçar as rotinas, os processos de seleção configuram-se como uma das linhas de fabricação da identidade profissional, pois estabelecem características-filtro, que passam a ser constantes/comuns aos diferentes trabalhadores. Ao centralizar-se e institucionalizar-se, nacionalmente, uma série de critérios para acesso ao exercício profissional no cargo de agente comunitário de saúde, reconhecer-se como integrante de uma categoria torna-se possível e desejável.

Uma vez que se fabricam identidades profissionais, seus feitos históricos são narrados, especialmente pela sua tradução em números, que permitem dimensionar a magnitude das intervenções de um conjunto de trabalhadores e calcular os resultados do trabalho, com a finalidade de estabelecerem-se justificativas públicas. A coleção de dados e sua análise agregada permite, a partir de indicadores selecionados, o estabelecimento de *séries históricas*, a fabricação de continuidades, visibilizadas nas avaliações estatísticas de impactos. Situa-se o conhecimento científico como critério para qualificar as ocupações e a contabilidade é prestada em relação à aproximação ou distância da produção científica biomédica, sendo o trabalho frequentemente avaliado, questionado e/ou certificado por terceiros. Afirma-se "um papel" a ser desempenhado, e a Estatística possibilita a prova calculável da distância de cada trabalhador em relação ao perfil-identidade profissional normatizado. Os números instituem objetividade (variáveis que podem ser contadas), delimitam a magnitude do que é configurado como problema (percentuais, médias etc.) e permitem que cada um se situe dentro ou fora da maioria, de uma certa normalidade projetada. Neste sentido, também a resolutividade é destacada como valor calculável, produção aberta à contabilidade,

portanto.

A constituição de um sistema nacional de informação possibilita a identificação e a descrição de onde os riscos se encontram e a mensuração dos impactos das ações selecionadas, que implicam no lançamento de ações para trazer à ordem os desviantes. Nestes termos, a necessidade de uma escola aos ACS é também construída estatisticamente pela verificação de níveis de escolaridade e associação a desvios no trabalho (precarização, eficácia etc.), aparecendo como temática recorrente em documentos de regulação do trabalho e em textos acadêmicos, que constituem uma rede de comentários e citações recíprocas. Faz-se usos de mensurações, contabilidades, cálculos de probabilidades e outros recursos matemáticos para estabelecer as necessidades de informações e para regradar as dispersões toleráveis nos programas de ensino almejados.

Assim como se projeta uma população-corporação profissional, em uma área geográfica definida (uma figura geométrica, um polígono que estabelece limites cartográficos), cria-se um denominador (base populacional), que fabrica a comunidade. Destaca-se que essa célula mínima para o melhor governo das populações corresponde a uma delimitação (de área e microáreas) do Siab, traduzida como área da comunidade onde o trabalhador deve residir para habilitar-se ao exercício profissional. Nesse polígono, são calculadas as taxas, os indicadores, estudadas as constantes, desenhadas as curvas de normalidade, definidas as microáreas de risco ou vulnerabilidade (noções aplicadas com fartura). Saberes específicos fazem aparecer populações-comunidades como um sistema identitário. Certas características selecionadas são transformadas em variáveis de estudo, que possibilitam a composição de zonas de vizinhança, comparações e definição de desvios a partir da curva normal, em configurações do que operam como táticas de dispositivos de segurança (FOUCAULT, 2008a). Política de empregos (os números da pobreza também justificam a ampliação do trabalho dos ACS), regulação do Estado e valoração da vida por marcadores biológicos tornam presentes padrões médico-profissionais para organizar a vida, na instituição do estilo de vida saudável, replicáveis por todos ou em todos os informados sobre o saudável (ou sobre o que lhes fará bem).

Emerge o trabalhador médico-multiplicador: espera-se que todos sejam

agentes comunitários de saúde e assumam um compromisso com uma dimensão coletiva muitas vezes fabricada, recortada pelo próprio serviço de saúde – “a comunidade”. Salienta-se que há uma relevante definição dos “fatores a multiplicar” realizada pelo sistema de informação. As fichas que devem ser preenchidas disputam os assuntos e a direção das conversas nos encontros trabalhador-usuário. Os registros viabilizam que se conte uma história desses encontros: especificam algumas variáveis que sempre deverão ser verificadas e que expressarão as condições sanitárias de risco e as prescrições para o trabalhador.

Objetivar o intangível é estratégia de uma tecnologia política que estabelece a *continuidade* dos usos de mecanismos de diagnóstico, coleta e registro de dados, de identificação de desvios e de intervenção para situar o que é objeto, o que interessa na saúde de cada um e no próprio trabalhador-operador, que integra a *comunidade*. A atenção é focada, e institui o que é visto (ou não) em uma associação importante com o que é registrado no sistema de informação (comportamentos desviantes, agravos e doenças). Procura-se instituir uma objetivação tal em que a execução do procedimento-visita independa de seu executor, uma vez que fichas padronizadas orientam as escutas (entrevistas e/ou interrogatórios) e regulam a prática profissional. Constituem-se em instrumentos para o gerenciamento do cuidado. Uma pergunta simples, como “*você está bem?*”, insere-se em um conjunto novo de regras e códigos de verificação (científico-profissionais).

Os instrumentos e as práticas sistemáticas de avaliação e de supervisão dos desempenhos são situados como táticas de produção de performatividade, que empregam os juízos externos, as comparações entre trabalhadores e a exposição de parâmetros e de análises para produzir controle e mobilizar mudanças no trabalho e na formação de seus agentes. Neste sentido, são recorrentes os estudos avaliativos, com definição de variáveis de interesse por pesquisadores, mirando a produção de conhecimento científico. Transita-se entre a ênfase à supervisão (sistematicidade de encontros) e as avaliações em larga escala e pontuais.

Destaca-se que as práticas de avaliação têm um caráter (per)formativo, ao dirigirem processos de subjetivação e instituírem metas que tornam a satisfação de desempenho impossível. Como nas análises de Ball (2005, p. 546), pesquisador do setor da educação, instituem-se estados de “perfeição que jamais podem ser

alcançados; pela ilusão que se desfaz de uma finalidade a ser modificada”.

Contudo, o que opera com consistência e produz efeitos de controle não se restringe ao ato avaliativo, é gerado no uso dos sistemas de registro de informações, uma vez que há: a) seleção/foco da atenção, olhares e escuta; b) uso do tempo dos corpos na manutenção da burocracia; c) afirmação da externalidade dos processos de valoração e decisão sobre as ocupações; d) consolidação e retroalimentação da ciência (que tabula, organiza e publica estatísticas); e) aprendizagens de como cuidar de si e como andar a vida; f) efeito panóptico, uma vez que pode haver avaliação a qualquer momento – por exemplo, nas auditorias das produtividades e na verificação da qualidade das bases de dados.

Entretanto, diz-se também que o sistema de informações não esgota e, às vezes, obstaculiza o trabalho, pelas formas e conteúdos de registro exigidos. As produções nos encontros com os usuários não se restringem ao controle dos relatórios, seja pela constituição de dimensões não objetiváveis ou porque trabalhadores reconhecem que nem tudo o que é visto ou escutado comporá os relatórios. Na rua e nas visitas domiciliares, talvez se atualize de modo singular certa “tensão estruturante” da biomedicina, marcada pelo dualismo entre o mensurável-objetivável e o intangível, tomando os conceitos de Bonet (2004, p. 31).

Trata-se de outra face ou de uma reedição do dilema preventivista, analisado por Sérgio Arouca (1975)? Segundo o pesquisador, o discurso preventivista afirma “o encontro do médico com o homem, no pleno espaço e tempo de sua vida” (p. 18), transformando a relação profissional-usuário em necessidade do viver. Neste sentido, a Medicina Preventiva anuncia-se como uma “atitude ausente”, mas possível na prática médica, recolocando um mito arraigado, “qual seja, o de que os problemas colocados pela prática encontram soluções no campo das ciências, em termos de técnicas” (p. 19). Destaca ainda que, como formação discursiva, correlaciona-se às práticas Higienistas⁵², à “discussão dos custos da atenção

⁵² Em relação às práticas Higienistas, Arouca (1975) destaca que, para todo o conjunto da vida de um indivíduo, apresentam-se “normas, recomendações e medidas que, se aplicadas fariam com que este indivíduo se mantivesse em estado de saúde até a morte natural” (p. 71). Historicamente, entretanto, “não comportava uma legitimação abrangente de profissionais de saúde”, uma vez que projetava a “formação de uma cultura higiênica universal”. Acionada pela Medicina Preventiva, entretanto, “cria um espaço a ser preenchido por uma legitimação profissional” (p. 89).

médica, nas décadas de 30 e 40 nos Estados Unidos” (p. 66) e ao aparecimento do ensino médico como lugar estratégico para a difusão da “atitude ausente” na medicina. Propõe-se resolver uma crise na atenção médica “ao nível dos próprios médicos” (p. 77).

A Medicina Preventiva supõe, assim, que um novo ator, “dentro da mesma estrutura social e com a mesma medicina” solucionaria os problemas pelo estabelecimento de novas relações sociais e uma nova ideologia (p. 84). Supõe a formação de “agentes de mudanças” que, “diante de uma opção e liberdade, fazem a história” (p. 142). As mudanças nas relações entre profissionais de saúde, família, comunidade e instituições passariam por uma “atitude”, marcando uma “posição cientificista quando assume que a criação de um *paradigma* transforma e determina novas relações sociais” (p. 86). Intenta-se a criação de novos personagens, com um “discurso que é simultaneamente uma Recomendação e uma Norma” (p. 89)

Segundo o autor, a Medicina Preventiva assume a Epidemiologia como método e introduz a Estatística como uma via de retomar a “formalização no interior do próprio conhecimento médico” (p. 21), operacionalizando, na clínica preventiva, valores biológicos da fisiologia em exames de massa, sob a concepção de que saúde e doença são estados que “se diferenciam na quantidade” (p. 115). Nesta perspectiva, também “propõe a determinação de parâmetros de normalidade para valores biológicos, nas populações que servissem de padrões para diferenciar os estados normais dos patológicos” (p. 115). Opera-se um conceito reduzido de causalidade, assumindo sua “monótona linearidade” e a “homogeneidade das categorias” (p. 124). O instrumental estatístico assume uma posição central no discurso preventivista, implicando, também, “sua forma de validação e legitimação” (p. 151).

Nestes contornos, o pesquisador sistematiza o jogo de especializações realizado pela Medicina Preventiva, destacando-se o “encontro da medicina individual com uma medicina coletiva”, uma mirada para o social, a partir da “compreensão da saúde e da doença como fenômenos ecológicos” e a suposição, em todo o espaço social, de riscos à saúde, a qual, sendo processo, “ultrapassa o episódio do atendimento institucional” (p. 116). A leitura da sociedade é tratada como “uma semiologia liberta da fisiopatologia” (p. 135). Então, “como um exame

clínico leva a um diagnóstico e a uma terapêutica, a leitura do espaço social deveria levar a um conhecimento e a uma ação” (p.135). Abre-se também a “possibilidade de uma mathesis, ou seja, de uma análise algébrica que leve às formalizações matemáticas” (p.121).

Salienta-se que a Medicina Preventiva, como uma norma para a educação e para a prática médica, além de propor uma “ordem a um conjunto de acontecimentos” (p.144), qualifica negativamente aquele que não se encontra na sua extensão. Se a Higiene representava a “normatividade sobre o cidadão”, agora o projeto inclui os profissionais de saúde.

Concluindo a análise, Arouca (1975) afirma que, “propondo-se como um movimento de mudança, na realidade a Medicina Preventiva constituiu-se em um sistema conservador das estruturas da prática médica existente” (p. 173) e aparece como uma “disciplina-tampão”, ao constituir-se como “um projeto interno de mudança que não existe como prática concreta, mas somente no mundo das representações” (p. 175).

Consideradas as análises desta dissertação, talvez as ocupações de agentes comunitários de saúde configurem-se como “intervenções-tampão”, marcando: o projeto interno de mudança no setor da saúde, em um regime profissionalizado; a centralidade dos espaços e tempos da vida cotidiana nas práticas de cuidado; a mirada para o social atrelada a uma perspectiva reducionista de entendimento das causalidades nos processos de saúde e doença; a busca de resolução de problemas complexos pela ação científico-profissional; e a centralidade da Epidemiologia e da Estatística como normatividades para o trabalho. Diferenciam-se da Medicina Preventiva por não tomarem como âmbito privilegiado de ação o ensino de profissionais de saúde, bem como pela complexidade operacional que assumem os usos dos números, das mensurações e dos cálculos, com a criação de bancos de dados nacionais, com a exigência de registros extensos no cotidiano de trabalho e as inúmeras possibilidades de supervisão e avaliação, especialmente pelo uso do sistema nacional de informação, mas, ao mesmo tempo, esses *agentes* são como que *médico-multiplicadores*. Não depois de um ensino “reformado”, mas de uma biomedicalização epidemiologicamente informada e estatisticamente fundamentada e produzida.

Destaca-se, nesta dissertação, por fim, que proliferações de multiplicidades e condições de independência da tutela institucional e profissional para organizar a vida convocam interrogações sobre “o que fazer com observações difusas e não classificadas na racionalidade biomédica”. Agenciam-se encontros tensionados a certa “tomada pragmática”, isto é, a subordinação de saberes teóricos “às operações e condições de alteridade e da sensibilidade”, à “constituição de planos de sentidos entre os conhecimentos prévios e a singularidade de cada atendimento”. A credibilidade e a confiança que aparecem como necessárias estabelecem um âmbito de juízo sobre o trabalho que não decorre da ciência ou da profissão, mas se produz “no encontro trabalhador-usuário” (CECCIM, 2006, p. 267-269). Neste sentido, diz-se também que a posição de escuta pode desacelerar o trabalho. Atualizam-se, permanentemente, tensões entre perspectivas de sanitização das produções de existência e a multiplicidade dos encontros, em jogos com potência de singularização.

Se, até aqui, segundo a análise de um extenso *corpus* discursivo, encontram-se *propostas de identidade*, restaurada ou inovada, esta dissertação localizou *políticas de identidade* – modelizações e tensões entre dimensões intangíveis e objetiváveis no campo da saúde. Como estratégia de objetivação, destacam-se os usos de registros, números, cálculos e medidas de *variáveis* selecionadas (*pontos* de interesse, segundo alguns *pontos* de vista) para contar e fabricar a história de agentes comunitários de saúde (como população-corporação profissional) e dos encontros com os usuários na vizinhança (projetados como população-comunidade). Estas operações permitem sustentar que *quem conta um ponto, inventa um conto*.

REFERÊNCIAS

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. 197 f. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, 1975.

BALL, Stephen. Performatividade, privatização e o pós-Estado do Bem-Estar. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 89, dez. 2004. p. 1105-1126.

BALL, Stephen. Performatividades e fabricações na economia educacional: rumo a uma sociedade performativa. **Revista Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, Mai./Ago. 2010. p. 37-55.

BALL, Stephen. Profissionalismo, gerencialismo e performatividade. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 35, n. 126, set./dez. 2005. p. 539-564.

BALL, Stephen. Reformar escolas/reformar professores e os terrores da performatividade. **Revista Portuguesa de Educação**, Braga, v. 15, n. 2, 2002, p. 3-23.

BAUMAN, Zygmunt. **Comunidade**: a busca por segurança no mundo atual. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

BELLO, Samuel. Numeramentality: a research program in mathematics education. **CIEAEM 63**, Barcelona: Espanha, 2011. 5f.

BELLO, Samuel; TRAVERSINI, Clarice. Saber estatístico e sua curricularização para o governmento de todos e de cada um. **Bolema**, Rio Claro (SP), v. 24, n. 40, dez/2011. p. 855-871.

BONET, Octavio. **Saber e sentir**: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

BRASIL. **Lei Federal 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011a**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Aprimorando a Política Nacional de Atenção Básica**: Comissão Intergestores Tripartite. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2d_060511.pdf>. Acesso em 17 mai 2011.

BRASIL. **A voz do Brasil**. 1º de junho de 2012. (Programa de rádio). Transcrição disponível em: <http://www.ebcservicos.ebc.com.br/programas/a-voz-do-brasil/transcricoes/a-voz-do-brasil-de-01-06-2012>.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. A economia política da produção e difusão do conhecimento biomédico. In: CAPONI, Sandra; VERDI, Marta; BRZOSOWSKI, Fabíola Stolf; HELLMANN, Fernando. **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: Unisul, 2010. p. 36-48.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec; 1994.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CASTIEL, Luís David. Força e vontade: aspectos teórico-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção do HIV/Aids. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 1, fev. 1996. p. 91-100.

CASTIEL, Luis David. **A medida do possível...** saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

CASTIEL, Luis David. Risco e hiperprevenção: o epidemiopoder e a promoção da saúde como prática biopolítica com formato religioso. In: NOGUEIRA, Roberto Passos (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 161-179.

CASTIEL, Luis David; DIAZ, Carlos Alvarez-Dardet. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CASTIEL, Luis David; VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto. **Precariedades do excesso: informação e comunicação em saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface** – comunicação, saúde e educação, Botucatu, v. 11, n. 22, ago. 2007. p. 345-351.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** – comunicação, saúde e educação, Botucatu, v. 9, n. 16, fev. 2005. p. 161-168.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2005a. p. 975-986.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert. Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do Sistema Único de Saúde. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria Sales. **Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: DaCasa – Escola de Saúde Pública/RS, 2002.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.).

Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 165-184.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 213-228.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jun. 2004 . p. 41-65.

CECCIM, Ricardo Burg et al . Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, out. 2008. p. 1567-1578.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 259-278.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. **Medicina e sociedade:** o médico e seu mercado de trabalho. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

ESCOSSIA, Liliana da; KASTRUP, Virgínia. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, ago. 2005. p. 295-304.

FERREIRA, Maurício dos Santos; TRAVERSINI, Clarice S. A análise foucaultiana de discurso como ferramenta metodológica de pesquisa. **Educação e Realidade**, 2012. [artigo aceito para publicação]

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 114, nov. 2001. p.197-223.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. O dispositivo pedagógico da mídia: modos de educar na (e pela) TV. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.28, n.1, jan./jun. 2002. p. 151-162.

FOUCAULT, Michel. **Do governo dos vivos:** curso no Collège de France, 1979-1980 (excertos). Tradução de Nildo Avelino. São Paulo: Centro de Cultura Social; Rio de Janeiro: Achiamé, 2010a.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I:** a vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 20ª reimpressão. Rio de Janeiro: Graal, 2010b.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade II:** o uso dos prazeres. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. 13ª reimpressão. Rio de Janeiro: Graal, 2010e.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica**: curso dado no Collège de France (1977-1978). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, Michel. **O governo de si e dos outros**: curso no Collège de France (1982-1983). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2010c.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2010d.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008c.

FOUCAULT, Michel. Verdade e poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1989a. p.1-14.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1989b. p. 79-98.

FOUCAULT, Michel. Sobre a História da Sexualidade. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1989b. p. 243-276.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FOUCAULT, Michel; DELEUZE, Gilles. Os intelectuais e o poder: conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1989. p. 69-78.

FRANCO, Túlio Batista. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface** – comunicação, saúde e educação, Botucatu, v. 11, n. 23, dez. 2007. p. 427-438.

GASTALDO, Denise. Is health education good for you? Re-thinking health education through the concept of bio-power. In: PETERSEN, Alan; BUNTON, Robin (org.). **Foucault, health and medicine**. Londres: Routledge, 1997. p. 114-133.

GOMES, Romeu; SOUZA, Edinilsa Ramos de; MINAYO, Maria Cecília de Souza; *et al.* Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 185-221.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 10. ed.

Petrópolis: Vozes, 2010.

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

KASTRUP, Virgínia. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, jan./abr., 2007. p. 15-22.

LARROSA, Jorge. Tecnologias do eu e educação. In: SILVA, Tomaz Tadeu. **O sujeito da educação**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 35-86.

LARROSA, Jorge. **Pedagogia profana: danças, piruetas e mascaradas**. Tradução de Alfredo Veiga-Neto. 5 ed.. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

LATOUR, Bruno; WOOLGAR, Steve. **A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos**. Tradução de Ângela Ramalho Vianna. Rio de Janeiro: Relume - Dumara, 1997.

LUZ, Madel. **Educação e cultura na saúde: cartografias do contemporâneo**. Disciplina do Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim. UFRGS/FACED/PPGEDU. 19 nov. 2010. [Comunicação oral]

MARCELLO, Fabiana de Amorim. **Dispositivo da maternidade: mídia e produção agonística da experiência**. 2003. 180 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Programa de Saúde da Família: somos contra ou a favor?. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, 2002. p. 118-122.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Tulio Batista. O trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 427-432.

MERHY, Emerson Elias. Cuidado com o cuidado: o caso da fila do toque e a implicação do ato de cuidar. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão; FROTA, Lia Haikal; SIMON, Eduardo (Orgs.). **Perplexidade na Universidade: vivências nos cursos de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MERHY, Emerson Elias. Do protagonismo/liberdade à captura: um dilema permanente do agir e algumas de suas implicações para a prática da vigilância à saúde. In: DINIZ, Elizeu; PEREIRA, Sheila Duarte (Org.). **Curso básico em vigilância sanitária: unidade didático pedagógica I**. São Paulo: s. n., 1998.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface – comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, fev. 2005. p. 172-177.

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

MERHY, Emerson Elias. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE DE CARVALHO, Eduardo (Org.). **Municípios**: a gestão da mudança em saúde. Recife: UFPE, 2004.

MERHY, Emerson Elias. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005a. p. 195-206.

MERHY, Emerson Elias. Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In: LOBOSQUE, Ana Marta (Org.). **Saúde Mental**: Os Desafios da Formação. Belo Horizonte: ESP-MG. 2010a. p. 23-36. (Caderno Saúde Mental, n. 3)

MERHY, Emerson Elias. Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças. In: ACIOLE, Giovanni Gurgel. **A saúde no Brasil**: cartografias do público e do privado. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 9-15.

MOL, Annemarie. Política ontológica. Algumas ideias e várias perguntas. Tradução de Gonçalo Praça. In: NUNES, João Arriscado; ROQUE, Ricardo (Org.) **Objectos impuros**. Experiências em estudos sociais da ciência. Porto: Afrontamento, 2007. Disponível em: <<http://dare.uva.nl/document/174542>>. Acesso em 19 jun 2012.

OLIVEIRA, Paulo Antonio Barros. Trabalho prescrito e trabalho real. In: CATANI, Antonio David; HOLZMANN, Lorena (Org.). **Dicionário de trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: Ufrgs, 2006. p. 329-332.

PAIM, Jairnilson Silva. Medicina Comunitária: introdução a uma análise crítica. In: FLEURY, Sônia; BAHIA, Ligia; AMARANTE, Paulo (Org.). **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: Cebes, 2007. p.9-12.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, ago. 1998. p. 299-316.

RAMMINGER, Tatiana; NARDI, Henrique Caetano. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2007. p. 265-287.

SADER, Eder. **Quando novos personagens entraram em cena**: experiências e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo 1970-1980. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

SILVA, Kênia Lara et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n.1, 2010. p. 166-176.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILLASBÔAS, Ana Luiza. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 2, n.2, abr./jun. 1998. p. 7-28.

TRAVERSINI, Clarice Salete; BELLO, Samuel Edmundo López. O numerável, o Mensurável e o Auditável: estatística como tecnologia para governar. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, mai./ago. 2009. p. 135-152.

VEIGA-NETO, Alfredo. Governo ou governo. **Currículo sem fronteiras**. v. 5, n. 2, jul/dez 2005. p. 79-85.

VEIGA-NETO, Alfredo. Uma vila voltada para trás. In: GALLO, Sílvio; VEIGA-NETO, Alfredo (Org.). **Fundamentalismo e Educação – A vila**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. p. 67-106.

APÊNDICE – CORPUS

| ID | Referências |
|-----|--|
| T01 | TOMAZ, JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um super-herói. Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação , v. 10, p. 84-87, 2002. |
| T02 | SILVA, JA. O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade? Universidade de São Paulo, 2001. |
| T03 | SANTOS, KT; SALIBA, NA; MOIMAZ, SAS; ARCIERI, RM; CARVALHO, ML. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? Ciência & Saúde Coletiva , v. 16, n. Supl. 1, p. 1023-1028, 2011. |
| T04 | BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. A saúde em nossas mãos: Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006003110.pdf >. Acesso em: 11 abr. 2012. |
| T05 | DUARTE, LR; SILVA, DSJR; CARDOSO, SH. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação , v. 11, n. 23, p. 439-447, 2007. |
| T06 | BACHILLI, RG; SCAVASSA, AJ; SPIRI, WC. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. Ciência & Saúde Coletiva , v. 13, n. 1, p. 51-60, 2008. |
| T07 | LANZONI, GMM; MEIRELLES, BHS. Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do agente comunitário de saúde. Rev. Rene , v. 11, n. 2, p. 140-151, 2010. |
| T08 | FERREIRA, VSC; ANDRADE, CS; FRANCO, TB; MERHY, EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. Cad. Saúde Pública , v. 25, n. 4, p. 898-906, 2009. |
| T09 | MARTINES, WRV; CHAVES, EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. Rev. Esc. Enferm. USP , v. 41, n. 3, p. 426-433, 2007. |
| T10 | KLUTHCOVSKY, ACGC; TAKAYANAGUI, AMM. O agente comunitário de saúde: uma revisão da literatura. Rev Latino-am Enfermagem , v. 14, n. 6, p. 957-963, 2006. |
| T11 | PUPIN, VM; CARDOSO, CL. Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de “ser agente”. Estudos de Psicologia , v. 13, n. 2, p. 157-163, 2008. |
| T12 | JARDIM, TA; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação , v. 13, n. 28, p. 123-135, 2009. |
| T13 | GOMES, KO; COTTA, RMM; CHERCHIGLIA, ML; MITRE, SM; BATISTA, RS. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. Saúde Soc. , v. 18, n. 4, p. 744-755, 2009. |
| T14 | MOROSINI, MVGC. A política de formação dos agentes comunitários de saúde: memória de uma formulação em disputa nos anos 2003-2005. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009. |
| T15 | TRINDADE, LL; GONZALES, RMB; BECK, CLC; LAUTERT, L. Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. Rev Gaúcha Enferm. , v. 28, n. 4, p. 473-479, 2007. |
| T16 | NUNES, MO; TRAD, LB; ALMEIDA, BA; HOMEM, CR; MELO, MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad. Saúde Pública , v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002. |

| | |
|-----|--|
| T17 | NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. DA S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. Cad. Saúde Pública , v. 24, n. 6, p. 1304-1313, 2008. |
| T18 | BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. A saúde bate à porta . 2002. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006003109.pdf >. Acesso em: 10 jun 2012. |
| T19 | MACIEL, ELN; VIEIRA, RCA; MILANI, EC et al. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. Cad. Saúde Pública , v. 24, n. 6, p. 1377-1386, 2008. |
| T20 | PERES, CRFB; CALDAS JUNIOR, AL; SILVA, RF; MARIN, MJS. Ser agente comunitário de saúde: motivação e significado. Revista Mineira de Enfermagem , v. 14, n. 4, p. 559-565, 2010. |
| T21 | SILVEIRA, PS; MARTINS, LF; RONZANI, TM. Moralização sobre o uso de álcool entre agentes comunitários de saúde. Psicologia: teoria e prática , v. 11, n. 1, p. 62-75, 2009. |
| T22 | VILELA, RAG; SILVA, RC; JACKSON FILHO, JM. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde. Rev. Bras. Saúde Ocup. , v. 35, n. 122, 2010. |
| T23 | NUNES, CC; AMADOR, TA; HEINECK, I. O medicamento na rotina de trabalho dos agentes comunitários de saúde da unidade básica de saúde Santa Cecília, em Porto Alegre, RS, Brasil. Saúde Soc. , v. 17, n. 1, p. 85-94, 2008. |
| T24 | WIMMER, GF; FIGUEIREDO, GO. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersectorialidade. Ciência & Saúde Coletiva , v. 11, n. 1, p. 145-154, 2006. |
| T25 | WRIGHT, MDGM. O agente de saúde na atenção primária de saúde: da teoria à realidade. Rev. Bras. de Enf. , v. 4, p. 183-189, 1987. |
| T26 | CORIOLOANO, MWL; LIMA, LS. Grupos focais com agentes comunitários de saúde: subsídios para entendimento destes atores sociais. Rev. Enferm. UERJ , v. 18, n. 1, p. 92-96, 2010. |
| T27 | BORNSTEIN, VJ; STOTZ, EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. Ciência & Saúde Coletiva , v. 13, n. 1, p. 259-268, 2008. |
| T28 | LEVY, FM; MATOS, PES; TOMITA, NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. Cad. Saúde Pública , v. 20, n. 1, p. 197-203, 2004. |
| T29 | FERRAZ, L; AERTS, DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. Ciência & Saúde Coletiva , v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005. |
| T30 | GIFFIN, K; SHIRAIWA, T. O agente comunitário de saúde pública: a proposta de Manguinhos. Cadernos de Saúde Pública , v. 5, n. 1, p. 24-44, 1989. |
| T31 | YUNES, MAM; GARCIA, NM; ALBUQUERQUE, BM. Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. Psicologia: Reflexão e Crítica , v. 20, n. 3, p. 444-453, 2007. |
| T32 | BARROS, MMM; CHAGAS, MIO; DIAS, MSA. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. Ciência & Saúde Coletiva , v. 14, n. 1, p. 227-232, 2009. |
| T33 | VIDAL, SA; SILVA, EV; OLIVEIRA, MG et al. Avaliação da aplicação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) por Agentes |

| | |
|-----|---|
| | Comunitários de Saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. , v. 3, n. 2, p. 205-213, 2003. |
| T34 | BORNSTEIN, VJ; STOTZ, EN. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. Trab. Educ. Saúde , v. 6, n. 3, p. 457-480, 2009. |
| T35 | GALAVOTE, HS; PRADO, TN; MACIEL, ELN; LIMA, RCD. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). Ciência & Saúde Coletiva , v. 16, n. 1, p. 231-240, 2011. |
| T36 | CHIARAVALLLOTI NETO, F; BARBOSA, AAC; CESARINO, MB et al. Controle do dengue em uma área urbana do Brasil: avaliação do impacto do Programa Saúde da Família com relação ao programa tradicional de controle. Cad. Saúde Pública , v. 22, n. 5, p. 987-997, 2006. |
| T37 | KOYASHIKI, GAK; ALVES-SOUZA, RA; GARANHANI, ML. O trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidades de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva , v. 13, n. 4, p. 1343-1354, 2008. |
| T38 | BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação normativa do programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de Saúde da Família, 2001/2002. Brasília, DF, 2004. |
| T39 | BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Siab: manual do sistema de informação de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 98p. |
| T40 | BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Aprimorando a Política Nacional de Atenção Básica: Comissão Intergestores Tripartite. 2011. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2d_060511.pdf >. Acesso em 17 mai 2011. |
| T41 | SOLLA, JJP; MEDINA, MG; DANTAS, MBP. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. Rev. Saúde em Debate , v. 51, p. 4-15, 1996. |
| T42 | AKERMAN, M; NASCIMENTO, VB. Praticando responsabilidade social: a inserção de estudantes de medicina no acompanhamento do trabalho de campo dos agentes comunitários de saúde. Divulgação em Saúde para Debate , v. 21, p. 59-62, 2000. |
| T43 | BARROS, DF; BARBIERI, AR; IVO, ML; SILVA, MG. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. Texto Contexto Enferm. , v. 19, n. 1, p. 78-84, 2010. |
| T44 | BORNSTEIN, VJ; DAVID, HMSL; ARAÚJO, JWJ. Agentes comunitários de saúde: a reconstrução do conceito de risco no nível local. Interface - Comunicação, Saúde, Educação , v. 14, n. 32, p. 93-101, 2010. |
| T45 | FORTES, PAC; SPINETTI, SR. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. Cad. Saúde Pública , v. 20, n. 5, p. 1328-1333, 2004. |
| T46 | HAHN, G; KIRCHHOF, ALC. Prática assistencial-educativa de enfermagem com o agente comunitário de saúde numa perspectiva transcultural. Cogitare Enferm. , v. 4, n. 1, p. 53-63, 1999. |
| T47 | MISHIMA, SM; SILVA, EM; ANSELMINI, ML; FERREIRA, SL. Agentes comunitários de saúde: bom para o Ceará... bom para o Brasil? Rev. Saúde em Debate , v. 37, p. 70-5, 1992. |

| | |
|-----|---|
| T48 | MOURA, MS; CARVALHO, CJ; AMORIM, JTC et al. Perfil e práticas de saúde bucal do agente comunitário de saúde em municípios piauienses de pequeno porte. Ciência & Saúde Coletiva , v. 15, n. Supl. 1, p. 1487-1495, 2010. |
| T49 | DAL POZ, MR. O agente comunitário de saúde: algumas reflexões. interface - Comunicação, Saúde, Educação , v6, n10, p.75-94, fev 2002. |
| T50 | ROSA, AS; CAVICCHIOLI, MGS; BRÊTAS, ACP. O significado que o agente comunitário de saúde atribui ao seu trabalho no processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. Acta Paul. Enf. , v. 17, n. 3, p. 255-261, 2004. |
| T51 | SEOANE, AF; FORTES, PAC. A percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações. Saúde Soc. , v. 18, n. 1, p. 42-49, 2009. |
| T52 | SILVA, JA; DALMASO, ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde Community health agent and his attributions: challenges facing the training process of human health resources., v. Array, n. Array, p. 75-83, 2002. |
| T53 | SOUSA, AI. Programa universidade solidária - 1998: relato da experiência no município Pedras de Fogo, Paraíba. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. , v. 2, n. 1/2, p. 127-38, 1998. |
| T54 | SOUZA, LJR; FREITAS, MCS. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. Revista Baiana de Saúde Pública , v. 35, n. 1, p. 96-109, 2011. |
| T55 | YUNES, MAM; MENDES, NF; ALBUQUERQUE, BM. Percepções e crenças de agentes comunitários de saúde sobre resiliência em famílias monoparentais pobres. Texto Contexto Enferm. , v. 14, n. Esp., p. 24-31, 2005. |
| T56 | ZANCHETTA, MS; LEITE, LC; PERREAULT, M; LEFEBVRE, H. Educação, crescimento e fortalecimento profissional do Agente Comunitário de Saúde - estudo etnográfico. Online Brazilian Journal of Nursing , v. 4, n. 3, p. 1-8, 2005. |
| T57 | BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dá licença, posso entrar . Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006003084.pdf >. Acesso em: 11 abr. 2012. |
| T58 | BRASIL. Lei Federal 10.507, de 10 de julho de 2002 . Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. |
| T59 | BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 . Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). |
| T60 | Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde . Brasília: Ministério da Saúde, 2009. |