

A AÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E O TRABALHO VIVO EM ATO

ACTION OF COMMUNITY HEALTH AGENTS AND LIVE WORK IN ACT

LA ACCIÓN DE LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD Y EL TRABAJO VIVO EN LA ACCIÓN

Carlos Augusto Piccinini¹

Rosane Azevedo Neves da Silva²

Resumo Este artigo analisa a singularidade da ação dos agentes comunitários de saúde em sua circulação pelo território, no município de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Considerou-se que os encontros entre agentes e território extrapolam as prescrições e expectativas das políticas de saúde. Problematizou-se a produção de uma imagem idealizada dos agentes, no qual são vistos como a 'mola propulsora' das transformações esperadas da Atenção Básica. Ao se analisar a complexidade das demandas presentes em seu cotidiano de trabalho, destacou-se a multiplicidade de estratégias de cuidado produzidas pelos agentes comunitários. A singularidade de cada território, das equipes de saúde e da gestão, entre outras numerosas variabilidades, pressiona os agentes e os demais trabalhadores das equipes da Estratégia Saúde da Família a encarar uma realidade bastante distinta do que se supõe. Destacou-se, portanto, a importância de se produzir uma posição crítica e reflexiva, colocando em questão os limites e possibilidades dessa prática, a fim de potencializar as estratégias de cuidado ali existentes.

Palavras-chave agentes comunitários de saúde; trabalho vivo em ato; atenção básica de saúde e estratégias de cuidado.

Abstract This article analyzes the uniqueness of the action of the community health workers when circulating through the territory in the municipality of Porto Alegre, state of Rio Grande do Sul, Brazil. It was considered that the meetings between agents and the territory go beyond the requirements and expectations of the health policies. The production of an idealized image of the agents, who are seen as the 'driving force' of the changes expected from Primary Care, was problematized. When analyzing the complexity of the demands in their daily work, the highlight was the multiplicity of care strategies community workers produce. The uniqueness of each territory and of the health and management teams, among several other variables, puts pressure on the agents and other workers who are part of the Family Health Strategy teams to face a reality that is very different from the one that one may suppose exists. Therefore, the emphasis was on the importance of producing a critical and reflexive position, calling into question the limits and possibilities of this practice in order to enhance the care strategies in use there.

Keywords community health workers; live work in act; primary health care and care strategies.

Introdução

Desde o seu surgimento, o trabalho dos agentes comunitários de saúde suscita questões sobre seus efeitos na atenção básica. Uma das primeiras experiências envolvendo pessoas da comunidade em ações de cuidado à população ocorreu no Ceará e tinha duplo objetivo: “Criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca e, ao mesmo tempo, contribuir para a queda da mortalidade infantil, priorizando a realização de ações de saúde da mulher e da criança” (Tomaz, 2002, p. 84). A partir do sucesso desse tipo de experiência envolvendo a comunidade nas estratégias de cuidado em saúde, muitas transformações ocorreram até a criação dos agentes comunitários de saúde (Nogueira, Silva e Ramos, 2000). Em 1991, o Ministério da Saúde lança o Programa Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) e, posteriormente, o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), em 1992 (Lemke, 2009).

O encontro entre agentes comunitários e território aponta para um conjunto de singularidades, cujas estratégias vão sendo construídas nessa trama que envolve a produção de um cuidado que “bate à porta de sua casa”.³ Processo complexo, como nos mostra Tomaz (2002, p. 85): “a consolidação do SUS depende de um conjunto de fatores técnicos, políticos, sociais e o envolvimento de diferentes atores, incluindo os próprios agentes, que, sem dúvida, têm um papel fundamental”.

A presença dos agentes comunitários no território é resultado de importantes lutas político-sociais, destacando-se as reformas sanitária e psiquiátrica. De acordo com Franco e Merhy (2003), a criação do Pacs e do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994,⁴ surge com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde marcado “pelo serviço de natureza hospitalar, focalizado nos atendimentos médicos em uma visão biologicista dos processos saúde/doença, voltando-se prioritariamente para ações curativas” (Ministério da Saúde, apud Franco e Merhy, 2003, p. 56).

Podemos afirmar que, com a implantação desses programas, são grandes as expectativas que recaem sobre os agentes. Do pré-requisito que residam na comunidade – e estarem mais familiarizados com as demandas da população – espera-se que esses trabalhadores possam ser os articuladores de uma transformação no modo de produzir o cuidado em saúde (Brasil, 2011). Toma-se como um dos principais objetivos desse processo a territorialização do cuidado, aproximando as estratégias de ação à região onde reside a população. É nesse contexto de investimento em uma rede de produção de cuidados territorializados que surge a função ‘agente comunitário de saúde’.

No entanto, embora tenhamos que considerar a importância de sua ação, assumimos uma posição de cautela diante dessas expectativas, reconhecendo os riscos de ‘super-heroificar’ sua prática ou de vê-los como “a mola

propulsora da consolidação do SUS” (Silva e Dalmaso, 2002, apud Tomaz, 2002, p. 85). Como indica o manual, produzido pelo Ministério da Saúde: “Você, agente, é um personagem fundamental, pois é quem está mais próximo dos problemas que afetam a comunidade, é alguém que se destaca pela capacidade de se comunicar com as pessoas e pela liderança natural que exerce” (Brasil, 2009, p. 24).

Há vários estudos que caracterizam o agente comunitário em saúde como um ‘personagem/ator’. Entendemos que tal expectativa, por vezes, mostra-se distante da realidade do seu trabalho. Não temos ciência das implicações e dos efeitos dessa ação, pois partimos do pressuposto de que há uma disparidade entre sua prescrição e os acontecimentos cotidianos. Assim, o presente estudo visa problematizar a singularidade e os variados modos como o encontro entre agentes e território ocorre em ato. Cabe assinalar a complexidade envolvida na realização desse trabalho: “Muitas vezes, esgotam-se suas habilidades para gerir o tempo, a excessiva demanda de tarefas, as críticas, a preservação de seu descanso e espaço junto à família, a incompletude e desqualificação de seu trabalho e o cansaço físico” (Brand, Antunes e Fontana, 2010, p. 41). Os agentes encontram-se mergulhados no turbilhão de acontecimentos do território e têm de lidar com essa circunstância dentro do possível.

É nesse sentido que nos aproximamos do trabalho de Merhy sobre a ação do trabalho vivo em ato, na medida em que se articula com esse processo complexo que envolve a reestruturação produtiva no setor da saúde via consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Merhy, 2002; Ferreira et al., 2009). O trabalho dos agentes se produz em meio a uma tensão entre uma dimensão prescritiva/técnica e uma potência inventiva: “A primeira, centrada na lógica da produção de procedimentos como expressão do cuidado; a segunda privilegia atividades centradas nas necessidades do usuário e prioriza as tecnologias relacionais” (Ferreira et al., 2009, p. 899). É importante ressaltar que não há uma contradição entre esses polos, que são constitutivos desse entendimento do trabalho como atividade.

Método

Este estudo é resultado de um recorte da pesquisa “Estratégias de cuidado em saúde mental na interface com a atenção básica: o trabalho dos agentes comunitários de saúde nas equipes de Saúde da Família” (Edital Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde - PPSUS), realizada em 2010-2011. Tal pesquisa ocorreu com os agentes comunitários de saúde distribuídos nas 19 equipes da Equipe Saúde da Família (ESF) do distrito Glória/Cruzeiro/Cristal no município de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Teve

como objetivos identificar a demanda em saúde mental presente no cotidiano de trabalho dos agentes comunitários de saúde, realizar atividades de formação dos agentes para o acolhimento em saúde mental e avaliar, posteriormente, o impacto desta formação no trabalho dos agentes.

No estudo aqui apresentado, buscamos extrair alguns elementos da experiência dessa pesquisa, destacando as linhas de cuidado que compõem a ação desses trabalhadores da saúde, dando visibilidade à complexa trama que atravessa e constitui o trabalho dos agentes, a fim de afirmar a potência das estratégias de cuidado ali presentes.

O trabalho vivo em ato

Nos encontros com os agentes comunitários, evidencia-se a multiplicidade de situações com as quais esses trabalhadores se deparam. As particularidades de cada território, das equipes de saúde, da gestão das estratégias de cuidado, entre outras numerosas variabilidades, pressionam os agentes e os demais trabalhadores das equipes de saúde da família a encararem uma ‘realidade’ bastante distinta do que se supõe. Entendemos que a perspectiva do trabalho vivo em ato constitui-se uma importante ferramenta de reflexão sobre esse campo de tensão entre as normativas e a ação cotidiana em que se caracteriza o trabalho dos agentes comunitários. Como nos afirma Franco (2006):

O trabalho vivo, como dispositivo de formação de fluxos-conectivos, faz uma cartografia no interior dos processos de trabalho como o desenho de um mapa aberto, com muitas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade (Franco, 2006, p. 2).

Movimento que vislumbra o paradoxo da territorialização do cuidado e dos processos de des(re)territorialização das práticas, num fluxo constante de arraigamento e transformação. É neste sentido que Emerson Merhy (1997 e 2002) sustenta a ideia de que o trabalho implica o uso, pelos trabalhadores/sujeitos em sua ação, do próprio corpo, valores, habilidades etc. Esta perspectiva nos demanda outro posicionamento sobre o campo da gestão do trabalho e, em nosso caso, para o modo como vem sendo pensado o trabalho dos agentes comunitários.

No livro *Saúde: a cartografia do trabalho vivo* (Merhy, 2002), o autor aborda o plano de discussão trazido pelo trabalho de Denise Pires, que coloca em evidência as transformações na saúde, especificamente no que se refere às tecnologias de cuidado e ao modelo biomédico:

Atualmente o trabalho em saúde é, majoritariamente, um trabalho institucionalizado (...). O ato assistencial resulta de um trabalho coletivo realizado por diversos profissionais de saúde e por diversos não específicos de saúde. (...). O médico é o elemento central no processo assistencial. Decide sobre o diagnóstico; sobre os exames complementares; sobre a terapêutica e sobre o uso, ou não, de vários dos equipamentos de tecnologia de ponta (...). Delega partes do trabalho assistencial a outros profissionais de saúde (...). Apesar disso, dependem do trabalho médico para que seu trabalho se realize (Pires, 1996, apud Merhy, 2002, p. 23-24).

Este trecho utilizado por Merhy traz a dimensão tecnológica nos processos de promoção de saúde, que se atualiza na centralidade do papel dos médicos e no uso de aparelhos de ponta para a definição de diagnósticos. Mesmo conferindo grande destaque a essa entrada dos equipamentos no contexto de saúde, Merhy (2002) aposta que a reestruturação dos processos de produção de saúde se efetua em outra dimensão do trabalho: tanto “pela própria ‘modelagem’ da gestão do cuidado em saúde, quanto pela possibilidade de operar sua produção por núcleos tecnológicos não dependentes dos equipamentos” (Merhy, 2002, p. 27). De modo crítico à posição da autora, Merhy indica que a especialização das ações de cuidado não opera uma transformação efetiva no produto final desses atos de cuidado.

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

Esse autor traça, portanto, três dimensões tecnológicas: a primeira se refere às tecnologias duras, cuja alta tecnologia e especialismo conferem uma linha rígida e protocolar às ações de saúde; a segunda é o plano das tecnologias leves, caracterizado pelos processos relacionais; e, por fim, a terceira dimensão, que abrange as tecnologias leve-duras, classificadas por Merhy como “saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde” (Merhy, 2002, p. 49), isto é, trata-se de um conjunto de saberes técnicos (duros) que dependem da ação humana (leve) em sua aplicação. Carregam, portanto, uma certa flexibilização e não somente sua ordem diretiva.

Tal perspectiva de análise do trabalho compreende as transformações das práticas em saúde como uma potência que atua nos próprios atos de

cuidado cotidianos. Vê nessa ação um caráter inventivo inerente ao processo de trabalho, que no caso da atenção básica sempre será realizado por humanos, por isso sendo efetivado com uma certa liberdade de atuação. Seria nessa dimensão relacional (tecnologias leves) que incide a aposta na potência do trabalho dos agentes comunitários mediante a criação de vínculos com a população como um modo de operacionalizar as transformações das práticas de saúde.

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

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

No encontro com os agentes comunitários, a todo momento essa tensão entre um trabalho protocolar (trabalho prescrito) e uma dimensão inventiva (trabalho real) surge, tendo em vista, principalmente, o fato de os agentes não possuírem uma formação técnica específica. Isso não impede que os agentes refiram suas intervenções como ‘de médico’ ou ‘de psicólogo’, uma vez que são pautadas na inventividade experimental da própria vida, do cotidiano de trabalho.

De acordo com Sato e Oliveira,

o que a análise do cotidiano de trabalho revela é que a gestão é em si mesma um processo interativo e não apenas a aplicação de prescrições sobre outros. (...) gerir o trabalho revela-se não como simples prescrição e obediência, mas como a produção de uma existência negociada” (Sato e Oliveira, 2008, p. 195).

Trata-se, portanto, de identificar como os trabalhadores lidam com as normatividades e com as variabilidades no trabalho:

A contribuição da psicologia para a gestão – ao tomar o cotidiano de trabalho como objeto de sua análise, na perspectiva de uma psicologia social crítica – é chamar a atenção para o fato de que a gestão do trabalho não é feita apenas por aqueles que são reconhecidos como gestores (Schwartz, p. 34, 2004).

É sobre essas tensões, relacionadas por Yves Schwartz, que Merhy (2002) indica o plano de disputas por uma reestruturação produtiva no setor da saúde via tecnologias leves. É na atenção básica que se constitui um trabalho de ‘alta complexidade’, pois, embora não disponha de equipamentos de alto nível tecnológico – como um hospital –, esse aspecto relacional presente no território se depara com uma profunda complexidade de casos que requerem, muitas vezes, uma ação flexível dos trabalhadores. A aposta de transformação nos modelos de saúde de forma mais consistente⁵ incide sobre essa dimensão.

Neste estudo, buscamos problematizar as análises que apresentam os agentes como ‘personagens’ ou como ‘mola propulsora do SUS’. Ao contrário dessas abordagens, procuramos nos aproximar do modo como os agentes realizam seu trabalho em ato, a fim de identificarmos a potência daquilo que já realizam.

Multiplicidade e potência na prática dos agentes comunitários

Nos encontros com os agentes, apareceram relatos sobre um cotidiano marcado por dificuldades, por diferenças com os profissionais das equipes técnicas, pelo peso e pelas consequências de exercerem a função ‘agente comunitário de saúde’. Surgiram relatos mais resignados, combativos, ou posições em consonância com a malandragem do dia a dia, na circulação pelas vilas, entre frequentadores de ‘botecos’, temerários traficantes ou os sempre citados ‘usuários de crack’.

Conversávamos sobre a diversidade de situações enfrentadas. Um misto de entusiasmo e sofrimento gerado nos encontros. Os agentes destacam a precondição de serem moradores da mesma área de atuação: entendida como uma das principais ferramentas de seu trabalho, acaba sendo também o que produz efeitos imprevisíveis. Com as ferramentas de que dispõem como vizinhos, como amigos, os agentes tecem redes, desenvolvem habilidades que facilitam o acesso ao interior das casas, produzindo avaliações e encaminhamentos em meio às numerosas dificuldades e tensões presentes nesse contexto. No meio da rua, no portão ou sentados no sofá da sala, onde “só a Rede Globo entra”,⁶ a ação dos agentes estabelece um agenciamento de modo afetivo: operando um trabalho artesanal, criando vias de circulação, articulando redes, servindo como mensageiros, fofoqueiros, transporte de ‘pacientes’, entre muitas outras ações.

Em nossos encontros, eram constantes os relatos que reafirmavam a facilidade com que os agentes construía acessos à população. Mesmo aqueles agentes com poucos anos de experiência pareciam confortáveis na circulação pelo território, na realização de visitas domiciliares e nas negociações inerentes à entrada nas casas da população. Tal ‘acessibilidade’ era possível na medida em que conheciam alguns dos moradores da região, mas também por partilharem problemas encontrados no atendimento à população e no desenvolvimento de habilidades relacionais que os auxiliavam na construção dessa proximidade. Embora tenhamos de reconhecer a importância no desenvolvimento dessas tecnologias de ação, problematizamos a ideia de que esse acesso/proximidade e a expectativa de que sua condição “paradoxal, híbrida e polifônica” (Nunes et al., 2002, p. 1.640) não produzem, necessariamente, uma mudança nos processos de cuidado. “A gente entra na vida das pessoas”, mas, como ressalta outra agente, esse processo de aproximação sempre envolve uma negociação: “Não se pode entrar à força!”.

Ao mesmo tempo que se produz uma normatização da vida atualizada nas expectativas de resolução dos casos atendidos, os agentes trazem o reconhecimento de que o trabalho é dependente da singularidade de cada situação. Tensão inerente a uma escuta próxima e às prescrições do trabalho. Diante da cobrança para que realizem oito visitas domiciliares por dia, sendo que “visita de portão não vale”, os agentes expressam variados jeitos de gerir essa prescrição: alguns agentes resistem, respeitam o tempo de cada morador. Existem moradores que “nunca abrem a porta”, e os agentes reconhecem como um problema para a realização do trabalho ‘entrar à força’. Visitas domiciliares no portão são uma estratégia que os agentes vão construindo até “conquistar a confiança da família”.

As experiências cotidianas norteiam as variabilidades de cada caso: existem moradores que já conhecem os agentes, confiam neles; alguns moradores têm outro tempo; há outros que vão construindo laços com os benefícios – agendamento de consulta, medicação, informações – e passam a criar confiança. Em sua ação vigilante, os agentes observam o entorno, olham para a casa, orientam, regulam, ‘jogam conversa fora’. Proximidade que potencializa as estratégias de ação e articula ações de cuidado normativo.

Ser morador da mesma área de atuação é um ponto intenso de discussão. “O agente comunitário é agente 24 horas por dia”, resume uma agente sobre como entende essa relação de proximidade entre trabalho e território. Discutíamos a intervenção de um agente com um usuário de *crack*: o sofrimento da família, as expectativas em ‘resolver’ a situação etc. Os agentes destacam também uma produção de sofrimento no próprio agente comunitário na tessitura desses encontros. ‘Proximidade’ que produz uma diversidade de efeitos: realização de ações com pessoas conhecidas; construção de laços com moradores, ultrapassando, às vezes, os limites do trabalho,

criando “uma amizade mesmo”; situações que tocam pessoalmente os agentes, por enfrentarem algo semelhante com amigos e família ou por se colocarem no lugar da família, reconhecendo no sofrimento daquelas pessoas a sua própria situação familiar.

Outro efeito dessa proximidade é a constatação de que a função de ‘bater na porta da casa’ dos habitantes do território se inverte, uma vez que é a própria população que busca os agentes em seu espaço privado. Eles são procurados fora do horário de trabalho, em razão da requisição de alguma medicação, de informações ou do agendamento de consultas no posto de saúde. Tornam-se, assim, uma referência para a população: são convidados pelos moradores em ocasiões festivas e procurados para resolver as mais variadas situações. “Morreu fulano e a gente já fica sabendo”. Não são poucos os agentes que demonstram certa dificuldade em lidar com essa proximidade. Vestem-se de ‘personagens’, tomados pela demanda crescente, por vezes sem conseguir espaço para outro papel que não o de ‘agente comunitário’ da região.

Envoltos pela expectativa de solucionarem os problemas encontrados em suas andanças pela comunidade, os agentes sentem-se pressionados. Apontam para os numerosos problemas com que se deparam na produção de cuidado: a falta de suporte; a insuficiência da técnica e de seu próprio trabalho; a falta de reconhecimento das ações realizadas. Carregam um sentimento de frustração: consideram-se ‘enganadores’, pois implicados com seu trabalho e na tentativa de mobilizar a população nos tratamentos esbarram em limites próprios de sua função, das equipes e da própria rede de saúde. Entendem que seu trabalho “não resolve a situação”, sendo um mero “paliativo”.

No entanto, entendemos que tal expectativa sobre o trabalho dos agentes comunitários é efeito dessa aposta sobre seu trabalho. Falamos do que se espera da função ‘agente comunitário de saúde’ e de que modo isso tensiona seu trabalho, a relação que se estabelece com a rede, a relação com a equipe técnica ou as expectativas das famílias atendidas.

Tomemos como exemplo a proposta de formação desenvolvida dos agentes comunitários durante a segunda etapa da pesquisa. No módulo “Uso abusivo de álcool e outras drogas”, propusemos uma metodologia que tinha como enfoque o olhar dos agentes sobre os usuários. Solicitamos que cada agente escrevesse quatro palavras sobre cada uma destas questões: “Qual a imagem que vocês têm da pessoa que usa drogas?”; “O que a pessoa que usa drogas precisa?”. Anotamos em um cartaz fixado na parede as palavras propostas, para melhor visualização, e propusemos a seguinte questão: “Que cuidado é possível a partir daí?”

Em um dos encontros, o levantamento das palavras mostra a dureza e negatividade dos termos utilizados. Um certo constrangimento paira no ar.

“Não quer dizer que a gente não acolha, não trabalhe com essas pessoas”. A reprodução de uma figura depreciativa, ‘cinza’, ‘sem futuro’, impressiona os agentes, pois é essa mesma imagem que sustenta o trabalho e suas expectativas de tratamento.

Em outro momento, depois de associar a imagem das pessoas que usam drogas a palavras como ‘fraqueza’, ‘fuga’, ‘morte’, ‘doente’, uma agente se surpreende com seu próprio comportamento e nos faz o seguinte apontamento: “Eu achava que era empática com as pessoas que usam drogas, mas acabo de perceber que não sou”, entendendo que não considerava a possibilidade de os usuários utilizarem drogas por prazer. Este comentário da agente comunitária é um importante analisador da complexidade dos processos de trabalho ali implicados, pois articula a ação desse dispositivo de produção de cuidado e de alguns fragmentos, algumas linhas que insistem no desvio. As imagens ali produzidas nos levam a refletir sobre esses acolhimentos: ao perceber o seu ‘olhar negativo’, essa agente indica a falta de empatia em relação ao uso e às escolhas desses sujeitos. Em um contexto conturbado, no qual o uso de drogas ainda é visto como uma epidemia e a única saída é a abstinência total,⁷ são raros os espaços que estimulam a reflexão sobre o uso de drogas e uma variação nas estratégias de ação. A conclusão dessa agente sobre sua prática indica uma flexibilização das certezas que configuravam a realização do seu trabalho e, conseqüentemente, a ampliação dos horizontes terapêuticos.

Em meio a essa perspectiva que vincula o uso de drogas somente a algo ‘ruim’, algo que demanda um cuidado intensivo e vigilante, os agentes vão trazendo exemplos de situações que produzem ‘variações’ quanto aos ‘usos de drogas’. Surgem relatos de usos mais recreativos, esporádicos, ou que não se caracterizavam como sendo somente casos de ‘vício’. E casos em que o vício envolve outras ‘substâncias’: parentes viciados em jogos de azar (caça-níqueis); participantes do grupo que fazem uso de cigarro ou aqueles que “bebem uma cerveja após o trabalho para relaxar”. Outros olhares diante das expectativas dos agentes na produção de estratégias de cuidado.

Nesse emaranhado, os agentes retomam as numerosas dificuldades cotidianas, os sofrimentos das famílias, trazendo exemplos de situações extremas, tais como “a droga come o juízo”, a vinculação entre o uso de drogas e a prática de roubos, e usuários que “perdem tudo” (família, trabalho, casa). Esses relatos parecem indicar uma tensão importante em direção à dimensão prescritiva do trabalho. As avaliações dos trabalhadores tendem para a produção de ‘orientações’ normativas ou encaminhamentos aos serviços especializados que nem sempre conseguem dar o retorno esperado. Ao longo do tempo, as equipes não conseguem mais efetivar os encaminhamentos para a rede, e os agentes passam a perceber seu trabalho como um engano. “É a estrutura que o governo não dá”; “A gente vai até

a metade do caminho”. Esse ‘peso’ que os agentes relatam está relacionado diretamente com a dificuldade de os trabalhadores também reconhecerem suas ações cotidianas como legítimas. Eles expressam a intenção de que suas ações resultem em encaminhamentos efetivos, com profissionais ‘preparados’ que ou não se concretizam ou mostram-se insuficientes. “Eles falam pra gente: ‘eu sei que tu tem boa intenção, mas tu não resolve nada’” (*sic*). Neste caso, como definir qual a melhor ação para o agente comunitário?

Para alguns, a prática ainda é sustentada com forte referência no conhecimento técnico, havendo a expectativa de que alguns cuidados seriam mais resolutivos. No entanto, essa referência se efetua como campo de tensão, pois ao lidarem cotidianamente com as demandas, os agentes acabam compondo uma variabilidade de ações que lhes são possíveis (‘o que pode ser feito’, e não ‘o que gostaria que fosse feito’). Tensão constitutiva entre o trabalho prescrito e o trabalho real (Schwartz, 2006) e o uso de si que envolve o trabalhador e afeta sua prática.⁸

Evidentemente, essa frustração dos agentes também indica uma certa inoperância da rede em absorver todos os encaminhamentos realizados. A internação (serviços especializados), então, parece mais um produto de consumo, que não dá conta das necessidades dos usuários: “Tu interna uma pessoa cinco dias, ele volta e começa tudo de novo” (*sic*). Perpassa essa discussão a constatação de que as internações não possibilitam nada mais do que uma desintoxicação, no caso dos usuários de drogas.

Mesmo não tendo uma formação técnica específica, constata-se que os agentes não deixam de realizar atos de cuidado, avaliações e percepções sobre o que lhes chama a atenção, criando outras estratégias de cuidado. Eles relatam várias ações alternativas que têm desenvolvido: grupo de caminhada, oficinas, atividades com organizações não governamentais (ONGs), escola aberta etc. Um agente comunitário propõe um espaço com os jovens de sua região em que os reúne para jogar futebol, sendo uma espécie de treinador. Compartilha com o grupo o relato de que, em um desses encontros, um dos jovens lhe disse que sabia por que ele fazia aquela atividade: “porque assim sabia o que todos faziam, e que quando estavam ali não estavam fazendo ‘outra coisa’”.

É interessante notar que essas ações estão em consonância com o que se espera do trabalho na atenção básica, mas elas parecem causar um certo estranhamento, como se não fizessem parte das ‘ações de saúde’. Entendemos que esse trabalho é uma expressão da potência de um trabalho vivo, mas, para os trabalhadores, não parece adequado dentro da concepção do que seria legítimo às estratégias de cuidado previstas para a sua ação. Não são ‘mais resolutivos’, ou ‘melhores’, mas podem produzir, como ferramentas/estratégias, atos de cuidado.

Coimbra e Nascimento (2007), no artigo intitulado “Sobreimplicação: práticas de esvaziamento político?”, apontam os problemas decorrentes

de um envolvimento exacerbado dos sujeitos com os efeitos do trabalho: “a sobreimplicação é a crença no sobretrabalho, no ativismo da prática, que pode ter como um de seus efeitos a dificuldade de se processar análises de implicações, visto que todo o campo permanece ocupado por um certo e único objeto” (Coimbra e Nascimento, 2007, p. 27). Entendendo que a implicação, em nossa análise sobre o trabalho dos agentes, indica a ação de forças instituintes/instituídas, podemos afirmar que o sofrimento gerado nessa relação com o trabalho contribui para a necessidade de construirmos um posicionamento crítico sobre o modo como criamos expectativas com o trabalho. Ao se verem diante de situações de extremo sofrimento, os agentes têm de construir estratégias para lidar com os afetos produzidos: “É um exercício”.

Como indica esse agente comunitário, a construção de limites dessa posição crítica diante da implicação com o território não é algo ‘natural’. Talvez pela condição de moradores da área de atuação, esse trabalho torne-se mais complexo no caso dos agentes. O reconhecimento dos efeitos desse envolvimento, de uma possível sobreimplicação com o trabalho, parece ser algo pouco debatido. Tais limites acabam dependendo de uma construção individualizada e não de uma reflexão coletiva que envolva os demais profissionais da saúde.

Outro elemento que se destaca no trabalho dos agentes comunitários é a questão do vínculo: “Entendemos o vínculo como um elemento constitutivo da integralidade, fruto de uma construção social e parte de um esforço multiprofissional e interdisciplinar, que envolve equipe, instituições e comunidade” (Silva et al., 2004, p. 81).

Destacamos três sentidos que chamaram a nossa atenção nos encontros com os agentes comunitários e que parecem estar relacionados à multiplicidade do tema ‘vínculo’. Primeiramente, a ideia de vínculo como tecnologia que compõe a singularidade do trabalho dos agentes comunitários na produção de ações de cuidado. Em segundo lugar, vemos a necessidade de refletir sobre uma produção ‘híbrida’ nesses encontros, em que a aproximação com a população encontra dois caminhos: de um lado, o vínculo como instrumento que articula as estratégias de cuidado com a multiplicidade do território; de outro, esse mesmo vínculo como prática de aproximação e produção de uma ideia de ‘comunidade’. Lógica de cuidado que se agencia pelo dispositivo de vigilância, identificação e encaminhamento ao serviço, sustentado por um programa de atendimento anterior aos sujeitos atendidos.

Um terceiro sentido da noção de vínculo surge na análise dos tipos de acolhimento que ultrapassam a lógica da ‘responsabilização’ da população e incidem na transformação das práticas pelas relações entre agentes comunitários/equipe/usuários em sua produção subjetiva e afetiva. É desse ‘vínculo’ que se espera, pela ação do agente comunitário e pelas políticas de atenção à saúde, um importante eixo de transformações dos paradigmas de cuidado.

O cálculo é simples: um bom acolhimento é produtor de bons vínculos entre população e serviço, abre a porta para um acesso universal, equânime e integral, acolhe as demandas espontâneas da população, garante um bom atendimento e, portanto, a satisfação da população com o atendimento.

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

O ‘acolhimento’, portanto, ganha outros sentidos: tolerância à diferença, construção de cidadania etc. É ‘simples’. “Nesse encontro entre profissionais e usuário dá-se uma negociação visando à identificação de suas necessidades, uma busca de produção de vínculo, com o objetivo de lhe estimular a autonomia quanto à sua saúde” (Schimith e Lima, 2004, p. 1.488).

Mesmo levando em consideração a complexidade dessa ação, ou diante de situações em que referem ‘não saber o que fazer’, os agentes indicam um conjunto de intervenções que realizam. No entanto, não reconhecem necessariamente essas práticas como importantes na composição das estratégias de cuidado. Uma agente comunitária nos relata em determinado momento a situação de uma usuária de drogas em seu posto de saúde, onde recebe um encaminhamento para um serviço especializado. Esta moradora opta por outra estratégia de cuidado: permanecer em sua própria casa fazendo uso de medicação. A agente relata que, em sua avaliação, somente o uso da medicação não seria um “cuidado suficiente” e passa a acompanhar a usuária com mais frequência. O curioso é o fato de essa agente comunitária sentir-se insegura quanto à própria intervenção, como se lhe faltasse algo que legitimasse tal ação. Há certa contradição presente nesse desconforto da agente, pois a ação proposta é sustentada como uma ação prevista pela política da atenção básica: “acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe” (Brasil, 2006, p. 44).

Em outro caso, uma agente comunitária relatou o caso de uma usuária de *crack*, mãe de dois filhos, que residia com o marido. Depois de um tempo de ‘sumiço’, ela retornou grávida do terceiro filho. A enfermeira da unidade, preocupada com a saúde da usuária (estava com sífilis), recomendou para a agente que a levasse para a unidade, mesmo que fosse necessário

‘assustá-la’ para isso. Após escutar atentamente as orientações, produziu uma intervenção bastante particular: em vez de orientar e cobrar idas dela ao posto, ouviu-a e investiu na criação de uma relação de confiança com ela. Relatou que a usuária passou a confiar nela, conversando abertamente sobre uso de drogas e, principalmente, traçando juntas um plano de cuidado. Afirmou que isso só foi possível porque ela respeitou esse ‘tempo’ na criação de ‘vínculo’ com a moradora.

Tal processo que define o encontro entre usuário e trabalhador não ocorre de modo neutro e simplificado. Cada encontro agencia um complexo arranjo de forças e vai determinar como o acolhimento será realizado, bem como os respectivos usos do termo ‘vínculo’. Em geral, essa relação é atribuída ao modo pelo qual o trabalho relacional entre trabalhador e usuário ocorre, como se efetua:

Estão presentes as individualidades do trabalhador, com seus sentimentos e subjetividades objetivados no trabalho vivo em ato. Em alguns momentos, a relação torna-se mais humana e o procedimento centra-se na necessidade do usuário, em outros a ação volta-se somente ao procedimento (Schimith e Lima, 2004, p. 1.490).

Como bem apontam as autoras, o termo vínculo perde sua potência na medida em que atende somente à lógica de vigilância e identificação: “A noção de vínculo que o PSF implanta é a de conhecer as pessoas e seus problemas. O programa não se refere ao vínculo com a possibilidade de autonomização do usuário, nem com sua participação na organização do serviço” (Schimith e Lima, 2004, p. 1.491). Na perspectiva de uma territorialização do cuidado, não seria suficiente à função dos agentes comunitários somente uma ‘aproximação’ com a população. O desenvolvimento de tecnologias relacionais, sem um posicionamento crítico dos trabalhadores, pode ter como efeito a normatização do cuidado. Paradoxalmente, é nesse movimento ‘prescrito’ que temos a abertura para a riqueza do território, seus componentes simbólicos e sua múltipla rede de ações.

O estabelecimento do vínculo, o elo, a ponte de ligação, entre outros termos que definem esse contato diferenciado dos agentes comunitários de saúde, não pode ser definido como o objetivo final de tal trabalho. Tal processo só pode ser definido no encontro singular entre agentes e usuários e a partir das forças que aí atuam. Por esse motivo, é inerente ao vínculo seu hibridismo, sua função contraditória: “Nosso papel é fazer a ponte entre a comunidade e o posto, mas a gente acaba fazendo muito mais do que isso, porque dentro da unidade eles sabem muito pouco do que é a vida mesmo das pessoas”. A proximidade entre agentes e população tem em sua potência de ação algo que está para além da ‘comunidade’ como uma dimensão que planifica a multiplicidade do território. Opera por fluxos de diferen-

ciação, por vias que fogem à generalização dos casos em organogramas epidemiológicos e diagnósticos.

Só será possível considerarmos a consolidação das políticas nesse movimento propiciado pelo vínculo entre serviço e população mediante uma efetiva construção de laços afetivos e participativos entre todos os envolvidos. Pertence a todos o desejo de presenciar a melhora da população: “A gente não quer levar só a pessoa pra unidade, a gente quer ver a pessoa melhorar”. Gomes e Pinheiro (2005) retomam o trabalho de Silva e colaboradores (2004) para mostrar sua reflexão sobre o uso de “figuras de linguagem – metáforas (elo, laço e nó) – para simbolizar as maneiras como o agente comunitário de saúde se coloca diante de seus saberes e de suas práticas” (Gomes e Pinheiro, 2005, p. 293), pois aí encontram uma diferença significativa entre as noções de ‘elo’ e ‘laço’.

Considerações finais

O trabalho dos agentes comunitários de saúde tem sido alvo de grandes debates no campo da saúde pública no Brasil. Acompanhando o processo de consolidação das diretrizes do SUS, em especial a luta por uma territorialização do cuidado, os agentes surgem como uma importante estratégia nesse embate. São grandes as expectativas depositadas nesse programa. Ao analisarmos algumas linhas que compõem a ação dos agentes comunitários no território, buscamos problematizar de que modo esses efeitos esperados pelas políticas, e comentados por diversos autores, ocorrem em ato. Em meio à multiplicidade de encontros, seguimos a pista de que o trabalho se expande para além dos limites organizacionais e prescritos, e é nesse intervalo que reside sua potência inventiva. Destaca-se, portanto, a multiplicidade de territórios existenciais que compõem a potência de seu trabalho: movimento contínuo e cotidiano, em meio à tensão constante com as normativas/prescrições do trabalho e à ação dos sujeitos trabalhadores nos seus múltiplos encontros (trabalho vivo).

A inserção dos agentes no território, sua circulação pelas ruas e vielas, a entrada nas casas da população e a produção de ações imprevisíveis articulam um conjunto de ações afetivas que caracterizam seu trabalho de modo único. No entanto, longe de apenas reforçar o conjunto de expectativas sobre seu trabalho, buscamos produzir um espaço reflexivo, com a participação ativa dos agentes. Desde as primeiras etapas da pesquisa e juntamente com o processo de formação proposto aos agentes, procuramos fazer um levantamento do conjunto de demandas encontradas e produzidas no território por esses trabalhadores, assim como das estratégias que têm lançado mão para dar conta da complexidade inerente a seu trabalho. Nesse sentido,

oferecer um espaço de compartilhamento e troca, em que se pode refletir não somente sobre o modo como tais demandas estão sendo abordadas, mas também sobre o conjunto de ações desenvolvidas, acaba produzindo um efeito importante na operacionalização do trabalho dos agentes comunitários.

Uma importante ação desse trabalho é o compartilhamento de estratégias de cuidado que cada agente articula em seu cotidiano de trabalho. As condições prescritas para seu trabalho – serem moradores da área de atuação, habitarem de modo híbrido o território de atuação – não são garantias para o ‘sucesso’ dele. Em ato, esse trabalho depende de um contexto híbrido, de experimentações inventivas que os agentes vão tateando em meio a normas prescritas que lhes regulam a ação. Como apontamos, uma análise idealizada desse trabalho, a produção de uma imagem dos agentes como ‘personagens’ da atenção básica, cria uma expectativa sobre sua ação sem uma certa prudência quanto aos limites e dificuldades encontrados no território.

O modo como se organiza o trabalho potencializa o compartilhamento de experiências entre os trabalhadores, visibilizando ações e articulando uma produção coletiva do aprendizado. Assim, valorizam-se as estratégias de cuidado já realizadas pelos agentes, ao mesmo tempo que foi possível problematizar olhares estereotipados que sustentam seu trabalho. Não buscamos afirmar o que seria uma prática ‘mais resolutiva’, mas construir junto com esses trabalhadores estratégias de cuidado possíveis. Os caminhos apontados por nossa análise indicam a necessidade de que o trabalho dos agentes possa encontrar espaços de diálogo, reflexão e crítica. A contextualização das estratégias de cuidado envolve a escuta atenta das experiências dos agentes comunitários no território e sua potência de produção de novas estratégias de cuidado.

Colaboradores

Carlos Augusto Piccinini é o responsável principal pela escrita do artigo, como resultante da pesquisa de mestrado realizado nos anos de 2010-2011. Rosane Azevedo Neves da Silva, como orientadora do mestrado, contribuiu para a orientação e a revisão geral do texto.

Resumen Este artículo analiza la singularidad de la acción de los agentes comunitarios de salud en su circulación por el territorio, en el municipio de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Se consideró que los encuentros entre agentes y territorio extrapolan los preceptos y las expectativas de las políticas de salud. Se problematizó la producción de una imagen idealizada de los agentes, según la cual son vistos como el ‘motor propulsor’ de las transformaciones que se esperan de la atención primaria. Al analizar la complejidad de las demandas presentes en su trabajo cotidiano, se destacó la multiplicidad de estrategias de cuidados producidas por los agentes comunitarios. La singularidad de cada territorio, de los equipos de salud y de gestión, entre otras numerosas variabilidades, presiona a los agentes y a los demás trabajadores de los equipos de la Estrategia Salud de la Familia para hacer frente a una realidad bastante diferente de lo que se supone. Se hizo hincapié, por lo tanto, en la importancia de producir una posición crítica y reflexiva, cuestionando los límites y posibilidades de esta práctica, con el fin de potencializar las estrategias de cuidado.

Palabras clave agentes comunitarios de la salud; trabajo vivo en la acción; atención primaria de la salud y estrategias de cuidado.

Notas

¹ Mestre em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<piccguto@gmail.com>

Correspondência: Rua Tomaz Flores, 107, apartamento 205, CEP 90035-201, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<rosane.neves@ufrgs.br>

³ Referência ao *slogan* criado pelo governo do Ceará em 1987, na criação dos agentes de saúde: “A saúde bate à sua porta” (Pupin e Cardoso, 2008).

⁴ “A partir de 1998, o programa é concebido pelo conjunto dos atores institucionais (em âmbito nacional, estadual e municipal) como importante norteador para o desenvolvimento de sistemas locais de saúde, ganhando *status* de estratégia de reorientação assistencial” (Souza, 2001, apud Gomes e Pinheiro, 2005, p. 288). É sabido que a política de atenção à saúde muda o *status* do ‘programa’ para o termo ‘estratégia’ a partir do decreto n. 648 do Ministério da Saúde. Cabe ressaltar que, em nossos encontros com os agentes comunitários, em nenhum momento os trabalhadores se referem ao termo ‘ESF’ ou ao posto de saúde como uma ‘estratégia’.

⁵ “Nestes muitos anos de militância e de acumulação de experiências vivenciadas na busca da mudança do modo de se produzir saúde no Brasil, aprendemos que: ou esta é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reformas macroestruturais e organizacionais, nas quais nos temos metido, não servirão para quase nada” (Merhy, 1997, p. 2).

⁶ Referência ao trabalho de Lancetti (2009), em que aponta essa potência do trabalho dos agentes no agenciamento do cuidado territorial, no acesso à população, entre ações subjetivantes e os riscos inerentes a tais ações.

⁷ Referência à campanha publicitária do Grupo RBS, “Crack, nem pensar”. Mais informações disponíveis em: <<http://www.clicrbs.com.br/especial/sc/cracknempensar/home,0,3710,Home.html>>. Acesso em: 14 de março 2015.

⁸ Essa distinção entre trabalho prescrito e trabalho real tem como referência a ideia de ‘uso de si’ trabalhada por Yves Schwartz (2000; 2006). A hipótese do autor remete à questão: “Como se poderia pensar que o exercício profissional não remete o indivíduo a algo como suas escolhas e seus dramas interiores?” (Schwartz, 2000, p. 35). Isto é, como podemos pensar a análise de um trabalho sem levar em consideração o contexto no qual um trabalho é realizado e a singularidade que envolve o uso que cada trabalhador faz de suas próprias aptidões e experiências no cotidiano de trabalho? De acordo com o autor, toda atividade implica essa ‘dramática’ tensão inerente à prescrição do trabalho e sua realização.

Referências

- BRAND, Cátia I.; ANTUNES, Raquel M.; FONTANA, Rosane T. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 15, n. 1, p. 40-47, jan./mar. 2010.
- BRASIL. Lei n. 11.350. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da emenda constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, DF, 10 out. 2006. [online] Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm>. Acesso em: 14 mar. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série F, Comunicação e Educação em Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n. 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). *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48-55.
- COIMBRA, Cecília M. B.; NASCIMENTO, Maria L. Sobreimplicação: práticas de esvaziamento político? In: ARANTES, Esther M.; NASCIMENTO, Maria L.; FONSECA, Tania M. G. (Org.). *Práticas psi: inventando a vida*. Niterói: EdUFF, p. 27-38, 2007.
- FERREIRA, Vitória S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, 2009.
- FRANCO, Tulio B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS-Uerj/Abrasco, 2006. p. 459-473.

- FRANCO, Tulio B.; MERHY, Emerson E. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 53-124.
- GOMES, Marcia C. P. A.; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005.
- LANCETTI, Antonio. *A clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec; 2006.
- LEMKE, Rubem A. *A itinerância e suas implicações na construção de um ethos de cuidado*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- MERHY, Emerson E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, Emerson E.; ONOCKO, Rosana. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, Emerson E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- NOGUEIRA, Roberto P.; SILVA, Frederico B.; RAMOS, Zuleide V. O. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde. *Texto para Discussão 735*. Rio de Janeiro: Diretoria de Estudos Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2000.
- NUNES, Mônica O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 18, p. 1.639-1.646, 2002.
- PUPIN, Viviane M.; CARDOSO, Carmen L. Agentes comunitários de saúde e os sentidos de ser 'agente'. *Estudos de Psicologia*, v. 13, n. 2, p. 157-163, ago. 2013.
- SATO, Leny; OLIVEIRA, Fábio de. Compreender a gestão a partir do cotidiano de trabalho. *Aletheia*, Canoas, v. 27, n. 1, p. 188-197, jan./jun. 2008.
- SCHIMITH, Maria D.; LIMA, Maria A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1.487-1.494, nov./dez. 2004.
- SCHWARTZ, Yves. Trabalho e uso de si. *Pro-posições*, v. 1, n. 5, p. 32, julho 2000.
- SCHWARTZ, Yves. Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industrial. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 33-55, 2004.
- SCHWARTZ, Yves. Entrevista: Yves Schwartz. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 4 n. 2, p. 457-466, 2006.
- SILVA, Rafael V. B. et al. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Ruben A. (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-Uerj/Hucitec/Abrasco, 2004. p. 75-90.
- TOMAZ, José B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um 'super-herói'. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.
- Recebido em 11/12/2012
Aprovado em 25/06/2014