



ISSN: 2230-9926

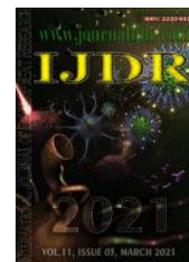
Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 03, pp.45023-45027, March, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.21259.03.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

DISCURSIVIDADES E PROCESSO DE TRABALHO NA RELAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM ESPAÇOS COLETIVOS

Svetlana Bacellar Aguirre*¹, Claudia Regina Castellanos Pfeiffer², Rosana Onocko-Campos¹, Jane Kelly Oliveira Friestino^{1,3} and Carlos Roberto Silveira Corrêa¹

¹Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas - SP, Brasil; ²Laboratório de Estudos Urbanos - Labeurb. Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas - SP, Brasil; ³Universidade Federal da Fronteira Sul *campus* Chapecó - UFFS, Chapecó - SC, Brasil.

ARTICLE INFO

Article History:

Received 19th December, 2020

Received in revised form

14th January, 2021

Accepted 10th February, 2021

Published online 15th March, 2021

Key Words:

Pessoal de Saúde; Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Pesquisa Qualitativa; Administração de Serviços de Saúde; Agentes Comunitários de Saúde

*Corresponding author: Svetlana Bacellar Aguirre

ABSTRACT

Objetivo: O objetivo do presente estudo é analisar o potencial que os espaços coletivos das Unidades Básicas de Saúde têm na constituição da posição-sujeito dos Agentes Comunitários de Saúde. **Método:** Foi realizada uma pesquisa qualitativa com Agentes Comunitários de Saúde atuantes em três Unidades Básicas de Saúde, categorizadas em função de diferentes graus de implantação dos espaços coletivos. Foram realizados grupos focais analisados com os dispositivos da Análise de Discurso da linha francesa de Michel Pêcheux. **Resultados:** Foram encontradas diferenças na constituição da posição-sujeito. Quanto maior o grau de implantação dos espaços coletivos, maior é a inscrição dos Agentes Comunitários na posição "profissional de saúde" e menor a sua fragilidade em relação às dificuldades do Sistema Único de Saúde. **Conclusão:** Com o trabalho elucidou-se sobre a importância política dos espaços coletivos no processo de institucionalização de Agentes Comunitários de Saúde como profissionais de saúde.

Copyright © 2021, Svetlana Bacellar Aguirre et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Svetlana Bacellar Aguirre, Claudia Regina Castellanos Pfeiffer, Rosana Onocko-Campos et al. 2021. "Discursividades e processo de trabalho na relação de agentes comunitários de saúde em espaços coletivos", *International Journal of Development Research*, 11, (03), 45023-45027.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado na Lei 2020 de 1990. Sua criação busca materializar o que a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 expressava sobre saúde, e, desde então, encontra-se em processo tencionado: em projeto e em implantação. A narrativa de criação do Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nasce junto com o gesto de intervir na saúde da população, por meio dela própria, sendo assim, o ACS se reconhece como o profissional que, ao mesmo tempo em que é a voz da "comunidade" (SESTARO, 2020), também é aquele que deve repassar para ela informações que o conhecimento biomédico dispõe (RABELO; BUENO; ANDRADE, 2018). Desse ponto de vista, o ACS articula dois espaços: o da saúde institucionalizada (fundamentada em um discurso biomédico) e o "da comunidade". As avaliações feitas do SUS depois de 30 anos de sua implantação, mostram de um lado o impacto positivo que ele teve na melhora de diversos indicadores de saúde e, por outro, que existem ainda vários fatores que podem, como diz Santos (2018), comprometer a

realização constitucional desse sistema, em especial a Rede Básica, que articula de forma complexa, ações e cuidados produzidos por equipes de saúde (MERHY *et al*, 2019). Sendo assim, o ACS atua, na junção da intermediação, colocando em relação (de tensão, de contradição, de sobreposição, de apagamentos) os serviços de saúde. Por isso o ACS tem o dever de levar o conhecimento biomédico para dentro do território adscrito bem como tem o de levar para dentro da Unidade Básica de Saúde as informações que ele infere a partir do território. Em contraponto, esse profissional também tem um dever, que é o da partilha dos saberes e dos valores que existem nesse território junto aos saberes biomédicos. O estudo fundamentou-se nos pressupostos de arranjos, e estratégias de gestão, que se embasa na possibilidade de criação de espaços de co-gestão desenvolvido a partir de uma reflexão teórico-metodológica, apontando a democratização institucional não apenas como um meio para tecer modificações sociais, mas também possibilita efetivar mudanças tendo "um fim em si mesmo" (CAMPOS, 2010). Os arranjos institucionais ligados a práticas de co-gestão e de organização do processo de trabalho possibilitam a criação de modelos alternativos ao biomédico dando espaço para uma clínica ampliada, promovendo uma democratização

da gestão desses serviços, o que resulta na possibilidade de gerar maior realização dos profissionais no trabalho. Tais ferramentas também potencializam a forma como as políticas de saúde são implementadas nas unidades básicas de saúde, dependendo de maior ou menor uso seus arranjos de gestão. Neste cenário, os espaços coletivos são considerados um dos arranjos específicos de co-gestão e organização do processo de trabalho que favorecem a comunicação democrática, contribuindo com a implantação de diferentes estratégias de gestão no serviço. Nos espaços coletivos as trocas entre profissionais acontecem podendo ocorrer discussões e construções conjuntas de variados aspectos do trabalho inclusive dos próprios arranjos: clínica ampliada, campo e núcleo, acolhimento e apoio matricial (OLIVEIRA; CAMPOS, 2017).

Os espaços coletivos configuram-se como:

Um conceito, ou melhor, um arranjo organizacional montado para estimular a produção / construção de sujeitos e de coletivos organizados. Refere-se, portanto, a espaços concretos (de lugar e de tempo) destinados à comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise de escuta e das informações) e tomada de decisão (prioridades, projetos e contratos). Espaços coletivos são arranjos que podem tomar a forma de equipes de trabalho, conselhos de co-gestão, assembleias, colegiados de gestão, reuniões e unidades de produção, etc.” (CAMPOS, 2010, p.187).

Por ser o método da roda um dispositivo de planejamento que privilegia a partilha entre aqueles que o compõem, o objetivo deste estudo foi o analisar o potencial que os espaços coletivos das Unidades Básicas de Saúde têm na constituição da posição-sujeito dos Agentes Comunitários de Saúde.

MÉTODOS

Para atingir o objetivo foram analisados os discursos dos ACS que trabalhavam em UBS que tinham entre si diferentes graus de implantação dos espaços coletivos. Este estudo faz parte da Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: indicadores para avaliação e monitoramento e CAPS III do estado de São Paulo. A pesquisa ocorreu no município de Campinas-SP, Brasil, que de acordo com sua distribuição de serviços de Atenção Básica conta com 61 UBS que implantaram novos arranjos em diferentes graus: algumas os implantaram e passaram a incorporá-los em seu cotidiano e outras – embora também os tivessem adotado – não os incorporaram ao seu funcionamento com a mesma intensidade no momento estudado. Para o campo da pesquisa optou-se por UBS situadas nos Distritos de Saúde Sul e Sudoeste da cidade de Campinas-SP, por possuírem características estruturais e de produção semelhantes. A seleção dos distritos foi baseada em homogeneidade relacionada a critérios de vulnerabilidade social (ONOCKO-CAMPOS, 2011). Para classificação e composição dos agrupamentos, foi criado um instrumento: o questionário de “Avaliação de Arranjos da Clínica Ampliada na Rede de Atenção Básica de Campinas-SP, Distrito de Saúde Sul e Sudoeste”. O referido questionário avaliou o grau de implantação dos arranjos e estratégias, com uma escala de pontuação que fosse mostrando a magnitude da utilização dos arranjos e as diferenças entre as unidades, segundo os seguintes critérios: existência de reuniões de equipe; presença de equipe de saúde mental; realização de matriciamento; acolhimento; construção de projeto terapêutico singular e abordagem dos casos com ações diversas que não apenas individuais.

Ao final, as UBS foram classificadas em três grupos segundo o grau de implantação dos arranjos. (Figura 1).

Grupo I	Implantação de arranjos em maior intensidade
Grupo II	Implantação de arranjos com intensidade intermediária
Grupo III	Implantação de arranjos com baixa intensidade

Figura 01. Unidades Básicas de Saúde de acordo com o grau de implantação dos arranjos de Gestão.

Para a obtenção do *corpus*, foram realizados Grupos Focais (GF) em três UBS envolvidas na Pesquisa Avaliativa, sendo cada um em 01 dos 03 agrupamentos (Figura 01), tendo como as seguintes questões disparadoras:

O que vocês acham de trabalhar na Atenção Básica? Do que vocês mais gostam e menos gostam na unidade em que trabalham? Por que vocês escolheram ser ACS? Sabem por que apareceu a figura do ACS no sistema de saúde? Quais vocês acham que são as funções de um ACS? No dia-a-dia, vocês conseguem fazer essas funções? Quais são as atividades mais difíceis que fazem neste dia-a-dia? E mais chatas? Conseguem conhecer os seus usuários? E suas famílias? A situação familiar é levada em conta no tratamento? O que vocês veem no território é levado em conta pela equipe? Como vocês se viram nos casos problemáticos, seja porque não aderem ou porque são muito complexos? Que recursos utilizam? E quanto aos casos crônicos? Tiveram alguma experiência de tratar algum usuário ou família com problemas emocionais? O que vocês fizeram? E como se sentiram? Existem atividades em parceria com a comunidade? Quais? Quem as realiza? A comunidade se organiza de alguma maneira para melhorar sua própria condição de vida? Vocês participam de alguma destas atividades? E na unidade? Existem atividades abertas à comunidade? Quem as organiza? Para que servem? Como vocês avaliam o trabalho desenvolvido em suas unidades? Mudariam algum aspecto? Quais?.

Os GF foram moderados por 02 pesquisadores com experiência, sendo um deles responsável pelas anotações. Estes foram realizados nos espaços físicos das UBS, contando com uma média de 09 participantes, sendo todos ACS. As falas foram áudio-gravadas e transcritas manualmente.

Para compreender como e de que modo a variação de intensidade de incorporação dos arranjos de gestão – sobretudo o de espaços coletivos – afetam os processos de significação e subjetivação dos ACS frente às suas práticas de promoção da saúde, optamos por utilizar a Análise de Discurso (AD) de linha francesa filiada a Michel Pêcheux. O objeto da AD é o *discurso* que é definido como efeito de sentidos entre locutores (PÊCHEUX, 2010). Esse efeito é fruto de um processo de estabilização dos sentidos. Pêcheux chama de Ideologia esse processo que dá estabilidade aos sentidos. Para esse autor, a ideologia não é uma visão de mundo, ou falta de consciência do mundo; para ele, a ideologia é o processo por meio do qual um sentido se faz estável. A ideologia é função das condições materiais e históricas que são as condições de produção em que esse sentido se constitui (PÊCHEUX, 2010). Michel Pêcheux afirma igualmente que a ideologia somente é acessível por meio do discurso que, por sua vez, se materializa na língua (PÊCHEUX, 2010). A língua é a base material por meio da qual os sentidos se inscrevem na história.

O sujeito diz de uma posição, e é a partir de uma formação discursiva que se estabelecem as relações de tensão, sobreposição ou de complementação com outras formações discursivas. Ao dizer, o sujeito se constitui junto com a linguagem. Isso porque é pela linguagem que o sujeito se inscreve na história, significando a si e ao outro pelo discurso (ORLANDI, 2003). De acordo com essa perspectiva, o sentido não está na palavra, mas sim em sua história. Porém, esse sentido não é único; há disputas pelos sentidos. Esses processos discursivos são apreendidos pela materialidade linguística considerada, desse ponto de vista teórico, uma materialidade linguístico-histórica. Conforme os procedimentos da AD (PÊCHEUX, 2010; ORLANDI, 2007), a análise inicia-se pela superfície linguística. Nessa etapa o texto é lido várias vezes e são apreendidos diferentes *modos de dizer* no texto. Esse gesto do analista permite que, em uma segunda etapa, ele identifique partes do texto (marcas linguísticas) nas quais encontra pistas do funcionamento discursivo materializado nestes textos. Começa-se então a trabalhar com o objeto discursivo. Nessa fase da análise é muito importante recorrer ao mecanismo da paráfrase. Por meio da paráfrase, contrapõem-se outros modos de dizer para compreender melhor os efeitos de sentido que estão se efetivando na textualidade analisada. Na etapa final, compreende-se o processo discursivo, quando as marcas dos discursos analisadas reunidas em *recortes* (ORLANDI, 2007) permitem

compreender as diferentes condições de produção a partir das quais os discursos foram produzidos. No caso da presente análise, eles nos indicam os processos de identificação e de subjetivação que estão presentes na posição-sujeito a partir da qual os ACS dizem sobre suas práticas. Em algumas análises, permitem também identificar a formação ideológica e as formações discursivas a partir das quais os sujeitos se subjetivam. É, por isso que, pela língua, podemos compreender processos de identificação e de subjetivação que estão se efetivando nas diferentes práticas. Os recortes, apresentados também como forma de organizar as compreensões analíticas do processo discursivo em funcionamento, são, segundo Orlandi (2007), fragmentos correlacionados de linguagem-situação, compreendidos pela autora como tendo uma singularidade própria, mas também sendo uma representação de um todo. Esses recortes constituem-se enquanto unidades discursivas, ou seja, derivam ao mesmo tempo da língua e da história (ORLANDI, 2003; 1984). O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, CAAE5262007, e todos os procedimentos éticos foram seguidos para a execução deste trabalho.

RESULTADOS

Como é próprio do método discursivo, serão apresentados *recortes* – fruto das análises realizadas – que permitem indicar os processos discursivos nos quais estão inseridos os ACS. Esses recortes são identificados pelo agrupamento a que pertencem (Figura 1), e pela sequência numérica interna ao agrupamento (1, 2, 3...). Os recortes advindos dos 03 Grupos foram organizados por meio de suas relações, pois a análise permite tecer uma rede discursiva com as diferentes possibilidades de enunciar, de acordo com as condições de produção em jogo. Todos os grifos são nossos e incidem em gestos de interpretação na relação com a análise. Iniciamos a apresentação da análise trazendo um primeiro recorte discursivo relativo ao Grupo III. *Muitas vezes cê até começa um grupo, né, depois vai saindo os profissionais da saúde e vai deixando só você tocar tudo sozinha* (Grupo III-12).

Nesse recorte, podemos chamar a atenção para a repetição de “só” seguida de “sozinha”. Além disso, encontramos o elemento de ênfase “muitas vezes” mostrando a recorrência a esta alusão: estar sozinho. Ainda podemos observar nesse recorte que os colegas de trabalho – ou dito de outra forma, os membros da equipe da “saúde da família” – são designados como “os profissionais da saúde”. Chamando a atenção para o artigo definido que precede a designação “profissionais da saúde”, podemos compreender que o ACS não se inclui nessa designação, uma vez que parafrasticamente poderíamos retomar essa designação substituindo-a pelo pronome pessoal “eles”: “depois eles vão saindo e vão deixando só você tocar tudo sozinha”. Isso indica uma impossibilidade – em termos de condições de produção históricas – de acontecer um “nós” ou “parte de nós” ou ainda “parte do grupo”, “parte da equipe”, como em uma possível paráfrase contrastiva: “depois vai saindo *parte da equipe* e vai deixando só você tocar tudo sozinha” ou ainda “depois vai saindo *parte dos profissionais da saúde* e vai deixando só você tocar tudo sozinha”. Essas formas materiais, estes *modos de dizer* nos indicam que o ACS não é, nessa discursividade, um profissional da saúde. Ele não enuncia a partir da posição-sujeito profissional da saúde, não se identifica como tal. Resta ainda salientar a polissemia das expressões “deixando só”, “sozinha” em que poderíamos encontrar duas direções de sentido: autonomia e abandono. Essa dupla direção ganhará espessura semântica mais adiante, quando a colocarmos em relação de sentido com outros recortes, como o seguinte:

Pra gente ter espaço, tivemos que sair de dentro do centro de saúde e ir atrás da escola (Grupo III-5). Chamamos a atenção à forma material “Espaço”, que pode referir-se tanto a espaço físico como a espaço político; incluem-se aí as possibilidades de atuação, de circulação, de escuta, de retorno. Não há espaço dentro da UBS para o ACS; foi preciso ir para fora (sair de dentro) e procurar espaço (ir atrás) e ganhar abrigo (atrás da escola). Nesse caso, a escola reconhece o espaço dos ACS, eles vão atrás da escola (no sentido de

buscá-la) e se abrigam atrás dela (a escola os protege). Compreendemos melhor, então, o sentido do abandono presente no primeiro recorte (Grupo III-12): é um abandono institucional. Abandono que implica em inexistência de reconhecimento de um interlocutor. Se não é reconhecido, não há escuta e, portanto, o seu trabalho/seu dizer não tem retorno. Essa falta de reconhecimento e de pertencimento a uma equipe (materializada na designação “os profissionais de saúde” (eles), do recorte Grupo III-12 implica diretamente no processo de identificação do ACS. Há aí um abandono institucional e uma autonomia que somente se faz presente quando fora da instituição, fora da UBS. Começamos a tecer uma rede entre os diferentes grupos. Vejamos o seguinte recorte do Grupo II.

A gente fica com medo até de ir no grupo (Grupo II-7).

Diante do recorte acima, cabe perguntar: Medo do quê? Da coordenação da UBS, da equipe, da população, de errar? De todo modo, “medo” refere-se às atividades em grupo, mas também se refere a uma série infinita de outras ações que geram medo, materializada em “até” (advérbio que indica o termo ínfimo de uma série): tem-se medo de muitas coisas, inclusive de ir ao grupo. Colocando em relação esse recorte do Grupo II com os do Grupo III, percebemos que o sentido de medo pode indicar parafrasticamente uma fragilidade própria ao abandono institucional. Passemos a contrapor esses recortes com os do Grupo I.

A população mesmo se reuniram e agora tão fazendo o grupo lá de artesanato (Grupo I-10).

Nesse recorte, é muito marcante a presença do dêitico “lá” na enunciação. Para se dizer lá, quem enuncia está projetivamente em um aqui/cá. A população está fora da UBS e se organizando, por eles *mesmos*: eles se reuniram (diferentemente de enunciar “foram reunidos”). O ACS está na relação com a população, mas essa relação é dita a partir da UBS. Indica-nos um “aqui” na UBS que se contrapõe a um “lá” do território adstrito. O ACS fala a partir da UBS e materializa em “a população mesmo” que a organização da população não passa necessariamente pela UBS, mas que o ACS é a intermediação necessária para que a UBS fique ciente dos modos de organização da população. Há uma assunção maior de seu papel junto à UBS e à população adstrita e essa posição não passa por uma maior força de vontade dos ACS ou por uma maior responsabilidade/seriedade dos mesmos, mas sim por condições de produção para que a inserção na instituição se dê de forma mais consistente. E o maior grau de implantação dos arranjos faz parte destas condições de produção.

Vejamos outro recorte do Grupo I:

Eu acho que falta muito, se o restante do pessoal entrasse seria bem mais, poderia aumentar mais esses grupos, pois fica muito em cima dos agentes (Grupo I-11).

É interessante observar que a designação dos outros profissionais da saúde que fazem parte da UBS não se dá por meio de [...] os profissionais de saúde (cf. recorte III-12), mas por meio de “o restante do pessoal”. Vemos aí a inclusão do ACS do Grupo I no conjunto dos profissionais de saúde, na equipe da UBS. Há reclamações? Há. Queixam-se que os outros poderiam participar mais? Sim. Entretanto, esse lugar da queixa não é fragilizado. Marca-se uma sobrecarga, mas o sentido não é o do abandono. Vislumbra-se aí uma diferença fundamental entre o Grupo I e os Grupos II e III: a posição-sujeito a partir da qual se enuncia é distinta. Encontramos no Grupo I uma autonomia e um pertencimento muito maior: indício de uma maior institucionalização das relações profissionais. A instituição não abandona o ACS.

Continuemos a rede, retomando lado a lado recortes dos GF dos 03 Grupos: *Eles não desloca o pé do centro de saúde, ninguém, só nós* (Grupo III-2). Quando o ACS enuncia “eles”, retoma-se a regularidade de uma separação, tal qual analisada em III-(12): eles, os profissionais da saúde e nós, os ACS. Há ainda outra regularidade: a

presença do ‘só’, indicando mais uma vez esse sentido estabilizado de abandono de que vimos falando. O problema não está na queixa em si, uma vez que o principal papel do ACS é sair da UBS e fazer a interlocução entre a população e o serviço de saúde. O que chama a atenção é a regularidade da separação entre um “nós” (exclusivo) e um “eles” (que também encontramos no primeiro recorte sob a forma de “os profissionais da saúde”). Nessas formas materiais da língua em funcionamento, encontramos a resistência histórica de se construir institucionalmente um “nós” (inclusivo). Começa a fazer sentido, nessas análises, associar o maior grau de implantação dos arranjos nas Unidades Básicas de Saúde com a possibilidade da construção desse “nós” inclusivo.

Hoje em dia não,...eles exigem que a gente esteja na reunião (Grupo II-7).

Chamamos a atenção para a presença regular da forma material “eles”, indicando uma separação entre um “nós” (ACS) e um “eles” (profissionais da saúde, UBS, instituição, gestão). Devemos notar ainda o imperativo da exigência de um “eles” opaco: quem exige? Em que direção vai a exigência: fruto da falta de participação do ACS ou da falta de acolhimento do restante da equipe? Ainda poderíamos questionar: a exigência se dá para melhor administrar o trabalho do ACS ou para integrar esse trabalho na equipe?

Assim, eu não vejo você levar um caso pra equipe e todo mundo se empenhar (Grupo I-3). Nesse excerto, apesar de ser indicada uma falta de trabalho conjunto equilibrado (nem todos se empenham), há novamente a regularidade de formas materiais que indicam “um todo”: “equipe”, “todo mundo”. A referência à possibilidade de os ACS levarem um caso para a equipe e serem ouvidos – ainda que o mesmo pudesse ser mais bem colocado, e que isso fosse feito com uma frequência maior – indica-nos que há uma projeção de um devir. Isso somente pode se dar, se a posição-sujeito de onde se enuncia se constitui a partir da instituição e não fora dela. Outra observação a ser feita é a presença do pronome pessoal “você”. Parafrastricamente, poderíamos substituí-lo pelo pronome pessoal “eu”. Qual a diferença aí? No uso de “eu” há uma coincidência marcada entre quem enuncia e quem faz a ação. Em “você” essa coincidência não é necessária, produzindo uma dispersão (própria do uso de “você” como genérico, pronome impessoal). Cabe perguntar para o quê essa dispersão aponta. Podemos dizer que há uma relação entre essa dispersão em “você” e em “todo mundo” que também é opaco. Não é possível saber exatamente a quem se referem “você” e “todo mundo”. Essa dispersão tanto pode ser fruto de um uso mais polido de fazer uma crítica, quanto também fruto da insegurança de fazê-la. De todo modo, como já afirmado, a crítica é feita a um grupo do qual o ACS participa; não é feita de fora dele. Interessa ainda demarcar que, de nosso ponto de vista, ao fazer a crítica, seu foco não está na possibilidade de resolução de um caso particular, mas na busca de um trabalho mais integrado.

Dividia com a equipe um problema, hoje você se sente só, sozinho (Grupo III-10)

Além da regularidade da presença de “só” e “sozinho”, já discutida, há a presença da forma material “equipe”. Há um “antes” rememorado (da ordem do imaginário ou do acontecido) que indica um pertencimento desejado/desejável que hoje se materializa na solidão. É no passado rememorado que a possibilidade de estar junto, em um grupo, se realiza. O presente, marcado sistematicamente pelo “só/sozinho”, aponta para a divisão instalada nós/eles, já discutida anteriormente, que pode ser marcada paradigmaticamente pela oposição ACS/Profissionais de Saúde.

Eu mudaria... tem que ter...parar pra reunião de equipe... (Grupo II-7).

Há uma demanda: é preciso ter espaço/tempo para a reunião de equipe. Observamos a presença de “parar” que remete à necessidade de inverter a lógica do processo de trabalho em que não há tempo para reuniões. A presença do pronome pessoal “eu” também indica

uma assunção assertiva. Diferentemente do Grupo III, em que os sentidos de abandono e solidão são regularmente retomados, este grupo, apesar de não marcar com regularidade seu pertencimento à equipe, enuncia de um lugar mais incisivo e menos fragilizado.

Foi discutido na reunião e melhorou bastante (Grupo I-9). Sabe aquele medo de mexer e causar aquela confusão?... E o tópico da discussão são as próprias reuniões de equipe (Grupo I-2).

O Grupo I enuncia a partir de um reconhecimento: o valor da reunião de equipe, reunião que possibilita melhorias. Ao mesmo tempo, há a indicação de que o quê se diz na reunião pode causar confusão. De nosso ponto de vista, a possibilidade de que aquilo que se diga em uma reunião cause confusão só existe se aquele que diz está autorizado a dizer e, portanto, a ser escutado. Faz parte de uma equipe e ao dizer algo que desestabilize o *modus operandi* da equipe (“mexer”), pode vir a causar confusão. Podemos observar que nos 03 Grupos há a valorização dos espaços coletivos. O Grupo III sente falta de um espaço perdido; o Grupo II enfatiza a necessidade de haver esse espaço e de todos participarem e o Grupo I refere-se tanto a soluções de problemas nas reuniões, quanto aos pontos de conflito que as trocas em espaços coletivos trazem, além disso, estes parecem refletir a existência de um espaço que permite a inclusão dos ACS na equipe.

DISCUSSÃO

A AD fundamenta-se na premissa de que os processos de subjetivação e identificação imersos em relações de forças institucionais e de memória – bem como em acontecimentos sócio-históricos e políticos – podem ser compreendidos por meio da materialidade linguística. De acordo com essa perspectiva, procuramos compreender os processos de identificação e subjetivação em funcionamento nos discursos dos ACS que integram os 03 GF oriundos de UBS com diferentes graus de consolidação dos espaços coletivos. O modo de compreensão desses processos de identificação é justamente o de observar a inscrição desses sujeitos no simbólico, por meio da materialidade da linguagem. Pudemos observar diferenças importantes na constituição da posição-sujeito ACS em cada um dos GF demonstrando que quanto maior o grau de implantação dos espaços coletivos, maior é a inscrição dos ACS na posição-sujeito “profissional de saúde” e menor a sua fragilidade em relação às dificuldades do sistema de saúde público e ao território no qual ele, o ACS, deve buscar parcerias.

Os sujeitos do discurso dizem a partir de posições, designadas *posição-sujeito* pois, em AD, não se trabalha com indivíduos empíricos, mas com um sujeito que diz de um lugar social, a partir de condições de produção específicas que fazem parte das formações imaginárias, ou seja, os jogos antecipatórios* e suas relações de sentido e de força (PÊCHEUX, 2010). Sendo assim, os espaços coletivos são elementos fundamentais para as condições de produção da institucionalização dos ACS no sistema público de saúde, que autorizam esse profissional enquanto um membro da equipe com atribuições específicas. Falar é uma prática política, diz Orlandi (2003). Nesse sentido, as condições de produção do discurso podem implicar em diferenças sintático-semânticas que, analisadas, permitem que compreendamos processos de significação distintos. Assim, podemos dizer que as diferenças sintático-semânticas encontradas no modo como os ACS dizem sobre suas práticas nos diferentes agrupamentos de UBS significam diferenças nas suas práticas (CORRÊA; PFEIFFER; LORA, 2010). E, mais ainda, podemos dizer que essas diferenças são efeitos das diferentes condições materiais de existência que implicam em suas práticas. O

*Jogos antecipatórios referem-se a questionamentos: que o enunciador faz sobre quem fala, para quem e sobre o quê: quem sou “eu” para dizer de um determinado modo, quem é meu interlocutor para que eu diga de um determinado modo e sobre o quê estamos falando. Importa ressaltar que são da ordem do imaginário e se multiplicam: quem meu interlocutor pensa que eu sou, o que meu interlocutor pensa que eu penso sobre ele e sobre o quê estamos falando etc.

que observamos é que os arranjos institucionais – em particular, dos espaços coletivos – afetam de modo estruturante as possibilidades de constituição dos processos de identificação/subjetivação do sujeito ACS. A medida de participação dos ACS nos espaços coletivos pode ser percebida na linguagem com que eles se constituem enquanto sujeitos. Os espaços coletivos, com vistas ao diálogo, partem da concepção Paideia que compreende a formulação de contratos que permitem a abordagem de questões relativas à clínica, ou seja, a clínica ampliada (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013). No caso específico em análise, os espaços coletivos consolidados instituem uma possibilidade maior de que ele enuncie a partir dessa posição. É importante lembrar que, mesmo na contemporaneidade, a atual Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), indica ainda pairar dúvidas a respeito da institucionalização do ACS enquanto profissional de saúde, movendo discussões acerca da efetivação das ações articuladas para a promoção da saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2017). É nesta tensão que os ACS dizem de suas atividades de formas diferentes em função dos espaços coletivos que existem nas UBS em que eles trabalham.

À guisa de conclusão, afirmamos que este trabalho permitiu elucidar sobre a importância política dos espaços coletivos no processo de institucionalização de Agentes Comunitários de Saúde como profissionais de saúde. Atentamos que, como fator limitante do estudo, cita-se o fato de ter participado apenas os ACS. Acredita-se que poderia ter sido mais ampla a análise se tivessem participado outros profissionais da Atenção Básica, pois estes partilham a prática do cuidar em saúde nesta esfera de atenção. No entanto, esse fator contribuiu para aprofundar a análise, e assim focalizar as condições de produção a que os ACS estão submetidos, considerando a sua materialidade e sua inscrição na história.

Assim, para além dos argumentos já disponíveis sobre a importância da existência dos espaços coletivos, este trabalho permitiu apontar para a dimensão política dos espaços coletivos no processo de institucionalização dos ACS, entendidos, de nosso ponto de vista, como fundamentais na dinâmica da saúde pública brasileira. As estratégias que impulsionam mudanças nas condições de vida e de saúde da população são desenvolvidas pelos ACS. e sua presença é por nós considerada como agregadora de qualidade na assistência em saúde. Sua atuação é determinante para descentrar o trabalho do núcleo biomédico, isso porque, a atuação dos ACS possibilita que os demais profissionais de saúde conheçam as condições materiais de existência dos usuários e de suas famílias, sugerindo muitas vezes, estratégias de atuação na comunidade e melhorando os cenários de saúde da população (CARRAPATO *et al.*, 2018). Contudo, sua posição-sujeito dependerá muito das condições de gestão das UBS, as quais deverão preconizar ações e abordagens intersetoriais e interdisciplinares conforme viemos vendo, de modo a garantir condições de inscrição dos ACS enquanto profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. 2017. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS. [cited Feb 7, 2021]. Available from: https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/1811/Portaria_2436_21_setembro_2017.pdf?sequence=3&isAllo wed=y.

- Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. 2013. Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2013.
- Campos GWS. 2010. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec.
- Carrapato JFL, Castanheira ERL, Placideli N. 2018. Perceptions of primary healthcare professional about quality in the work process. *Saude soc.*;272, 518-530. doi:10.1590/S0104-12902018170012
- Corrêa CRS, Pfeiffer CC, Lora AP. 2010. O Agente Comunitário de Saúde - uma História Analisada. *Rua UNICAMP*, v. 1, p. 173-193, 2010.
- de Alencar, O. M. ., de Abreu, L. D. P., da Silva, M. R. F., Pereira, T. M. ., & Marinho, M. N. A. de S. B. 2020. Conocimiento y prácticas de los agentes de salud comunitarios en el contexto de la promoción de la salud: una revisión integradora. *Enfermería Global*, 193, 626-657. <https://doi.org/10.6018/eglobal.411151>
- Garcia, ACP, *et al* 2017. Agente Comunitário de Saúde no Espírito Santo: do Perfil às Atividades Desenvolvidas. *Trabalho, Educação e Saúde*, 151, 283-300. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00039>
- Merhy E, Feuerwerker LCM, Santos MLM, Bertussi DC, Baduy RS. 2019. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde em Debate*, 43spe6, 70-83. Epub. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s606>
- Oliveira GHS, Oliveira SSC, Coqueiro JM, Figueiredo TAM. 2015. O agente comunitário de saúde e a sua prática: uma sócioanálise. *Rev.Baiana de Saúde Pública*, 392, 408-425. <https://dx.doi.org/10.5327/Z0100-0233-2015390200017>
- Oliveira MM, Campos GWS. 2017. Formação para o Apoio Matricial: percepção dos profissionais sobre processos de formação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 272, 187-206. <https://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000200002>
- Onocko-Campos R.T, Campos GWS, Ferrer AL, Corrêa CRS, Madureira PR, Gama CAP, *et al.* 2012. Evaluation of innovative strategies in the organization of Primary Health Care. *Rev Saúde Pública*. 461, 43-50. doi:10.1590/S0034-89102011005000083
- Orlandi EP. Segmentar ou recortar? Linguística: questões e controvérsias. Série Estudos 10. Curso de Letras do Centro de Ciências Humanas e Letras das Faculdades Integradas de Uberaba, 1984.
- Orlandi EP. A leitura e os leitores. 2. ed. Campinas: Pontes; 2003.
- Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. Campinas: Pontes; 2007.
- Pêcheux M. Análise automática do discurso. In: Gadet F, Hak T orgs.. Por uma análise automática do discurso. Campinas: Editora da Unicamp; 2010.
- Rabelo AO, Bueno DS, Andrade HS. 2018. Análise do Trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Pesq Saúde*, 191, 33-37
- Santos, NR. 2018. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 236, 1729-1736. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>
- Sestaro KAL, Barzaghi NA. 2020. Agente de Saúde: Os Deleites e as complexidades da profissão – Relatos de uma intervenção. *Brazilian Journal of Health Review*, 3 5, 14984-14995.
