

APRESENTAÇÃO

“Conhecer não é explicar; é interpretar. Mas é uma ingenuidade pensar que uma única interpretação do mundo seja legítima. Não há interpretação justa; não há um único sentido. A vida implica uma infinidade de interpretações, todas elas realizadas de uma perspectiva particular”.
(R. MACHADO, 1999)

Um trabalho de pesquisa nos permite ter acesso a realidades que, como a própria vida, mostram-se compostas por múltiplas forças. Denominamos de forças os eventos que compõem a vida – acontecimentos históricos, políticos e sociais, os desejos, as afetações. De acordo com Nietzsche, essas forças, que são heterogêneas e múltiplas, instituem batalhas, geram linhas de tensão na tentativa de se sobrepor umas às outras (ANDRADE, 1996). Uma força só existe em relação à outra força, sendo a tendência de todas elas a expansão, a dominação. Não há como se esperar que desse embate resulte a anulação das forças, mas sim que algumas delas, não de forma permanente e definitiva, sobreponham-se às outras. Sobreponham-se, mas não eliminem.

Desse embate, dessa luta, pode resultar a manutenção do que está instituído, quando há o predomínio de forças reativas, inferiores e adaptativas, ou a emergência de outras realidades, quando predominam as forças ativas, plásticas e criadoras. A vida é o resultado da luta entre essas forças. Ela assume formas que são efeitos, produções desse jogo, desse embate, mas que, em algum momento, acabam sendo desmanchadas e recriadas por outras forças. Assim, aquilo que já está configurado, que tem forma, é constantemente desmanchado por essas forças e outras formas vão se constituindo. A vida é, portanto, movimento.

É possível que nos deparemos com formas de vida mais estáticas, em que o que está instituído mostra-se mais rígido, num movimento de recusa às forças produtoras

do novo. Isso não significa, no entanto, que essas forças instituintes,¹ produtoras de novas realidades, não estejam presentes nesse embate, mas sim que, na atual configuração, não têm tido potência suficiente para promover mudanças.

Nas últimas décadas, a Saúde Pública brasileira tem passado por diversas mudanças que não se deram ao acaso, mas foram produzidas por forças instituintes. Vários foram os atores envolvidos no movimento de luta pela instituição de um novo sistema de saúde: segmentos da sociedade civil, trabalhadores da saúde, gestores.

Entretanto, apesar de transformações significativas, como a garantia do direito à saúde prevista pela Constituição Brasileira (1988), não se pode tomar esse processo como finalizado. Encontramo-nos em um período em que se luta por valer o direito de toda a população a um sistema de saúde pública de qualidade, que seja capaz de atender de forma efetiva às reais necessidades da população. Essa luta se opera no cotidiano, dentro e fora das instituições, na relação entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde. Daí podermos afirmar que a Saúde Pública se constitui num campo de lutas em que batalhas entre o novo e o antigo estão sendo constantemente geradas: velhas práticas – novas práticas, antigos desafios – novos desafios...

Dentro desse panorama, chama-nos especial atenção a figura do Agente Comunitário de Saúde. Trabalhador singular, o agente se revela um ator portador de múltiplas possibilidades de criação dentro das propostas trazidas pelo Sistema Único de Saúde, mostrando-se como uma importante estratégia de consolidação da nova forma de organização da assistência à saúde no País.

Nossa aproximação e interesse pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde tiveram início durante o último ano do curso de graduação em Psicologia. Na época,

¹ Instituinte é o processo mobilizado por forças produtivas e revolucionárias que tendem a fundar instituições ou a transformá-las (BAREMBLIT: 1998).

optamos por fazer um dos estágios curriculares em uma Unidade de Saúde da Família, que se localiza no mesmo bairro da Universidade. Não havia, a princípio, uma proposta de trabalho fechada, pois pretendíamos que esta fosse construída em conjunto com os trabalhadores da Unidade de Saúde a partir das demandas ali presentes.

Esse projeto, que foi fruto de um convênio firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória – ES e o Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, tinha como objetivo principal problematizar a atuação do psicólogo na Saúde Pública, propondo formas de intervenção que rompessem com o modelo vigente de atuação, que prioriza o atendimento psicoterápico dos pacientes, mostrando-se completamente descontextualizado da realidade dessas populações.

Assim, em conjunto com a coordenadora e a psicóloga da unidade, propôs-se a criação de um trabalho com os agentes comunitários de saúde. Segundo a coordenação da unidade, os agentes encontravam dificuldades na realização do seu trabalho por sentirem-se divididos entre a posição de moradores do bairro e de profissionais da Unidade de Saúde, não sabendo muitas vezes como lidar com essa dupla vinculação.

Formulada a proposta do estágio, reunimo-nos com os agentes para saber se eles julgavam pertinente a realização do trabalho de intervenção e em que sentido ele poderia acontecer. Eles prontamente aceitaram a proposta e mostraram-se muito entusiasmados em “ter alguém que os ouvisse”.

Dessa forma, ficou acordado com os agentes que a intervenção consistiria na realização de grupos de discussão semanais e no acompanhamento do seu cotidiano de trabalho (reuniões, visitas domiciliares, etc.) como forma de conhecer sua realidade. Os assuntos discutidos nesses grupos eram escolhidos pelos próprios agentes, de forma que o trabalho desenvolveu-se a partir de suas demandas.

Debatíamos temáticas relacionadas com o seu cotidiano, como as dificuldades encontradas na relação com a equipe e com a comunidade, a maneira como se sentiam na realização de seu trabalho e outros assuntos de ordem mais geral, como o trabalho em Saúde Pública, princípios do SUS e do PSF, etc.

A partir desse estágio, começamos a ter contato com situações que viriam a nos provocar inquietações acerca de como tem se constituído o trabalho dos ACSs no município de Vitória. Percebemos que, ao invés de um trabalho marcado por alianças (entre os trabalhadores e a comunidade), o cotidiano desses profissionais era constantemente permeado por conflitos com os moradores, gerando uma zona de tensão freqüente.

Além disso, as ações dos agentes eram quase sempre marcadas pela reprodução das práticas biomédicas centradas na doença e na cura. O papel deles parecia muitas vezes limitar-se à fiscalização da vida das pessoas. Regulavam o uso de medicamentos, verificavam se as crianças haviam sido imunizadas, se mulheres estavam “com o preventivo em dia”, entre diversas outras atividades. A forma de realização do trabalho evidentemente gerava na comunidade uma resistência quanto à figura do ACS.

Outro aspecto de extrema importância com o qual nos deparamos na realização do estágio foi o sentimento vivido pelos próprios agentes de desvalorização do seu trabalho por parte dos demais profissionais da equipe. Segundo eles, é somente no plano do discurso, ou seja, teórico, que o agente é identificado como peça fundamental dentro das estratégias de ação do SUS. Na prática, diziam eles, não têm reconhecido o seu trabalho, a começar pela remuneração que é a menor da equipe.

Assim nos propomos analisar que tipo de práticas tem sido possível aos agentes implementar na comunidade: tratam-se de ações centradas na doença e na cura, no

controle e fiscalização dos hábitos de vida das pessoas e no “transporte” do saber biomédico à comunidade com que trabalham, sem se levar em conta sua cultura, necessidades e demandas ou, ao contrário, tem sido possível a construção de uma relação dialógica entre agentes de saúde e comunidade, contribuindo com isso para a reversão das práticas de assistência à saúde autoritárias, tão características da história da Saúde Pública brasileira.

Nesse sentido, pensamos que o trabalho do ACS é marcado pela dimensão ético-política. Ética, na medida em que lida com questões que dizem respeito à vida das pessoas – valores, crenças – e porque, como um dos atores criadores de novas práticas e ações em saúde, tem “responsabilidade” social por aquilo que está sendo criado. Política, por não ser possível ser “neutro” nesse campo de forças sociais que permeiam a Saúde Pública, sendo necessário sempre assumir algum posicionamento político, fazendo escolhas e estabelecendo alianças. Se essas escolhas e alianças serão no sentido da produção coletiva de um sistema de saúde mais justo, de qualidade e acessível a todos ou se, ao contrário, estarão na contramão dela, é o que pretendemos avaliar.

CAPÍTULO 1º

SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: DAS CAMPANHAS SANITÁRIAS À CRIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

1.1 BRASIL: DO “NASCIMENTO” DA MEDICINA SOCIAL À CRIAÇÃO DO SUS

As práticas médicas no Brasil permaneceram, por muito tempo, restritas a ações esporádicas e centradas em problemas emergenciais (TELAROLLI, 1996). No Brasil colônia, as ações em Saúde Pública restringiam-se ao combate à varíola, à lepra e à febre amarela.

Com a chegada da Família Real à cidade do Rio de Janeiro, nasce a Medicina Social no Brasil (MACHADO, apud TELAROLLI, 1996), caracterizada por ser mais científica do que a do período colonial. Inicia-se, então, conforme já se observava em grande parte da Europa, um esquadramento da cidade. Regulamenta-se o exercício do saber médico e busca-se a modificação dos hábitos higiênicos e morais da sociedade como forma de garantir a saúde das populações (COSTA, 1983; TELAROLLI, 1996). As ações de controle do processo de urbanização começam a ser empreendidas e perduram por toda a República. No entanto, nesse último período, as ações se diferenciam por serem mais dotadas de elaboração tecnológica, baseadas nas descobertas da bacteriologia, e pela sua abrangência e constância, não permanecendo restritas às cidades do Rio de Janeiro e São Paulo. As ações em Saúde Pública passam a ser articuladas com o campo político e econômico e as intervenções nas cidades a contar com os conhecimentos da Engenharia e da Polícia Sanitária.

O modelo de intervenção estatal em Saúde Pública a que se convencionou chamar de polícia sanitária tem suas origens na forma clássica, na Alemanha absolutista [...] como resposta às demandas do poder nacional por uma população saudável, sob o controle do Governo. **Registrar, proteger e regular a população é o que pretende a polícia, mais sob a ênfase do**

aumento do poder do Estado que da melhoria das condições de vida da população (TELAROLLI, 1996, p. 93, Grifo nosso).

Para Scliar (2002, p. 51), a Polícia Médica ou Sanitária constituiu-se em um “[...] conceito eminentemente autoritário e paternalista, preocupado, sobretudo, só com aspectos legais das questões de saúde”.

Assim, nas duas primeiras décadas do séc. XX, o Estado Oligárquico realizou campanhas sanitárias e Programas de saneamento ambiental, objetivando a criação de condições mais favoráveis à expansão do então vigente modelo agroexportador (CAMPOS, 1991). Esse modelo de intervenção destinou-se a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as rurais e tornou-se o eixo central das intervenções desse período. Para tal, utilizou-se de boa parte dos recursos financeiros dos Estados, apresentando uma preocupação mais de ordem econômica que realmente com as questões de saúde e morbidade da população.

Segundo Luz (1991), as ações de saúde dessa época tinham uma inspiração bélica, com concentração de poder e decisões no Governo e com um estilo de intervenção repressivo e autoritário.

A partir de 1930, já no Governo de Getúlio Vargas, a Saúde Pública no Brasil passa a perder progressivamente a importância dentro do conjunto de políticas sociais do Estado brasileiro e inicia-se a diminuição dos recursos financeiros a ela destinados, apesar da política nacional de saúde ainda permanecer centralizada no Governo (CAMPOS, 1991).

Em 1932, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), organizados por categorias profissionais, de forma que um desconto era feito no salário dos trabalhadores para a formação de um fundo financeiro para pagar as aposentadorias e pensões. Desenvolveu-se, então, um modelo de assistência médica individual para

a maioria dos trabalhadores e suas famílias e as ações coletivas, características do modelo sanitário, foram colocadas em segundo plano.

Na verdade, atendendo mais à lógica do mercado e às pressões pontuais dos sindicatos, criou-se uma vasta rede de assistência médica individual aos trabalhadores, cujos recursos ultrapassavam os da Saúde Pública. Em parte, isso se deu também porque passou a interessar à acumulação de capital uma limitação da capacidade de intervenção da Saúde Pública sobre as condições de vida e de trabalho das pessoas e da própria organização social (CAMPOS, 1991). A Saúde Pública, dentro desse cenário, perde progressivamente sua importância. Ainda para Campos (1991, p. 42):

Neste sentido, pode-se considerar que foi estabelecido um verdadeiro 'interdito' à Saúde Pública. Mais do que ampliação do seu objeto de intervenção, passou a interessar a imposição de limites à sua prática. Assim, a saúde pública viu-se obrigada a renunciar as suas pretensões de regular o ambiente urbano, de planejar a organização das cidades segundo preceitos de higiene ambiental.

Ainda assim, a Saúde Pública não desaparece nesse período, que vai dos anos 1930 aos 1960. Em 1950, foi criado o Ministério da Saúde por Getúlio Vargas. Nessa época, tem-se uma grande expansão dos serviços privados de diagnóstico, que se utilizavam de alta tecnologia, e dos hospitais (em mais de 80% financiados pelo Estado), em detrimento dos ambulatórios. As ações em Saúde Pública, reduzidas a um número restrito de problemas relacionados com a saúde, geralmente os de predominância urbana, como a varíola, a febre amarela, entre outros, e sérios agravos à saúde da população, permaneceram à parte das intervenções estatais. As taxas de mortalidade infantil, condicionadas pela desnutrição e precárias condições de saneamento e assistência médico-sanitária, continuaram altíssimas. Entre a população adulta, a proliferação de doenças infecciosas foi responsável por um

grande número de óbitos, além do aumento, em função da elevação da expectativa de vida, das doenças crônico-degenerativas.

Entre as décadas de 1960 e 1970, a saúde se torna um *bem de consumo* a que somente os mais privilegiados tinham acesso. Apenas os trabalhadores de “carteira assinada” tinham direito à assistência médica (LUZ, 1991). Estabeleceu-se, portanto, uma política de assistência médica individual e curativista, em detrimento da prática de uma Medicina Social e de caráter preventivo.

No período de 1968 a 1975, generalizou-se a demanda social por consultas médicas como resposta às graves condições de saúde; o elogio da medicina como sinônimo de cura e de restabelecimento da saúde individual e coletiva; a construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, com financiamento da Previdência Social; [...] a organização e a complementação da política de convênios entre INPS e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento dos recursos – já parcos – destinados aos serviços públicos (LUZ, 1991, p. 82).

Entretanto, é a partir da segunda metade da década de 1970, com o fim do milagre econômico, que esse modelo de produção de serviços, de caráter individualista e curativista, entra em crise, já que o Estado não consegue mais arcar com o mesmo padrão de gastos. A ineficácia das políticas públicas de saúde, o autoritarismo, a alienação das ações (reflexos do Regime Militar) e o sucateamento das instituições prestadoras dos serviços criaram, progressivamente, a insatisfação tanto da população quanto dos trabalhadores da saúde. Ainda segundo Luz (1991), tornou-se comum nesse período o “quebra-quebra” dos ambulatórios e os conflitos nas filas de espera dos serviços de saúde, por parte da população; as greves e paralisações de profissionais e estudantes da área de saúde denunciando as péssimas condições de atendimento; e, por fim, os movimentos sociais de reivindicação e denúncia da condição caótica dos serviços de saúde e previdenciários do País.

A partir de 1983, a sociedade civil organizada desceu às ruas para pedir, junto com um congresso firme e atuante, novas políticas sociais que pudessem assegurar plenos direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive o direito à saúde, visto também como dever do Estado. **Pela primeira vez na história do País, a saúde era vista socialmente como direito universal e dever do Estado, isto é, como dimensão social de cidadania** (LUZ, 1991, p. 84, Grifo nosso).

Assim, surge um novo movimento sanitário que propunha uma reorganização racional dos serviços, em que a lógica do planejamento substituiria a do mercado. Esse planejamento deveria ser elaborado atendendo essencialmente aos problemas associados à saúde da população. Os sanitaristas passam a defender, também, a organização regionalizada dos serviços de saúde por meio da descentralização administrativa e do planejamento de ações conforme as necessidades de cada região e a integração das ações de prevenção às de cura das doenças; das ações de caráter individual às coletivas; e da assistência médica à Saúde Pública (CAMPOS, 1991).

Nos anos que se seguem, grandes avanços no campo da Saúde Pública são construídos, sempre marcados por muitos conflitos e tensão, e as conquistas dos anos anteriores são consolidadas. Na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), os setores representados (usuários, trabalhadores, gestores, prestadores de serviço) e a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) conseguiram que fosse aprovada a Reforma Sanitária Brasileira. Como conseqüência, a Constituição de 1988 instituiu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, o que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90).

A história da Saúde Pública brasileira pode ser demarcada, portanto, entre antes e depois da VIII Conferência Nacional da Saúde. Nesta, afirmou-se o valor da participação da população na criação e execução das políticas de saúde, rompendo

com o modelo de Estado centralizador e promovendo, desde os municípios e Estados, discussões sobre os rumos que a saúde brasileira deveria tomar.

Esse acontecimento evidenciou um importante aspecto da saúde da população: o seu caráter eminentemente coletivo e político. Cria-se nas conferências um campo para o debate entre os diversos atores sociais e seus respectivos discursos: sanitaristas, gestores, trabalhadores e Estado. Reconhece-se que o Estado não é instância única na gestão do poder instituinte da vida social, nos seus vários planos e instituições. Pode-se afirmar que essa foi a primeira vez na história da Saúde Pública do Brasil que a sociedade teve uma maior participação na definição das políticas de saúde. Ou seja, foi por meio da percepção da sociedade civil do papel da saúde e das instituições médicas na vida coletiva que se iniciou a redemocratização dos serviços de saúde, que passa a ser vista como “direito civil” do cidadão. A relevância que esse fato assume dentro da história do nosso País é extrema, pois evidencia o poder em promover mudanças de que a população é portadora. A reforma sanitária não foi, portanto, um acontecimento almejado por “intelectuais” da saúde, mas, sobretudo, pelo povo brasileiro que, ao se reconhecer como portador do direito à saúde, lutou por ele.

Não percebemos, no entanto, esse campo de lutas pela melhoria das condições de saúde da população como finalizado. A participação da sociedade nas discussões sobre os rumos da saúde hoje é um marco histórico. Mas, para que essa participação se efetive, são ainda necessárias transformações. Essa participação pode tornar-se ainda mais expressiva à medida que um número maior de cidadãos ingressarem no movimento, pois, como nos afirma Buss (2000), a participação da sociedade não é apenas uma circunstância desejável, mas uma condição indispensável para a viabilidade e efetividade das políticas públicas.

O direito à participação, expresso em forma de lei, por si só, não garante que a população realmente participe das políticas públicas de saúde. A consolidação dessa

proposta de democratização do sistema de saúde depende, em grande parte, da postura que os profissionais de saúde diretamente envolvidos com a questão assumem no cotidiano de seu trabalho: uma atuação no sentido de incrementar e incentivar a participação popular ou de reprodução das práticas autoritárias e descontextualizadas, características da história da Saúde Pública brasileira.

1.2 DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

O Sistema Único de Saúde foi criado pela Lei de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, com base na premissa da Constituição Federal (1988) de que a “[...] saúde é um direito de todos e dever do Estado” (art. 196). É denominado de Sistema Único porque segue a mesma doutrina e princípios organizativos em todo o território nacional sob a responsabilidade das três esferas autônomas de Governo: federal, estadual e municipal.

Sua doutrina de funcionamento está baseada nos princípios constitucionais expressos no art. 198:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede organizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de Governo;

II – atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A *descentralização* é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto à assistência da saúde da população entre as três esferas de Governo: federal, estadual e municipal. Essa regionalização parte do pressuposto de que, quanto mais perto da realidade da população as decisões forem tomadas, maior será a chance de acerto. Dessa forma, o que for de abrangência de um município caberá ao Governo Municipal, representado pela Secretaria Municipal de Saúde; o que for

de abrangência do estado será do Governo Estadual – Secretaria Estadual de Saúde; e o que for relativo ao País ficará sob responsabilidade do âmbito federal de Governo, Ministério da Saúde. Nessa nova forma de organização dos serviços, os municípios passaram a assumir a maior responsabilidade nas ações de promoção da saúde.

Quanto à premissa da *integralidade*, deve-se garantir ao cidadão um atendimento que preconize sua condição de ser humano integral, com aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Além disso, o próprio sistema de saúde deverá ser integral, sendo capaz de desenvolver ações de prevenção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e coletividades.

É garantido, ainda, pela Constituição, o *direito da população em participar* das decisões e implementação das políticas públicas de saúde, além de fiscalizar a sua execução. Essa participação é assegurada pela sua inserção nas entidades representativas, nesse caso, os Conselhos de Saúde. Esses conselhos, que atuam em nível municipal, estadual e federal, são compostos de forma paritária por usuários, profissionais de saúde, Governo e prestadores de serviço. Além da participação nos Conselhos de Saúde, fica garantida ainda à população a participação, por meio de representantes, nas conferências de saúde em nível municipal, estadual e federal (Lei nº 8.142/90). A participação da comunidade é, segundo Valla (1998), um importante canal para as entidades populares disputarem o controle e o destino da verba pública, significando uma força imprescindível para fazer sair do papel as conquistas e impulsionar as mudanças necessárias e não pode ser confundida, simplesmente, com ações do tipo mutirão, adesão a campanhas, etc.

Sabe-se, entretanto, que a garantia em lei do direito à participação da população não garante que ela se efetive. Embora o SUS traga uma proposta bastante inovadora e democrática, está inserido em uma sociedade cuja história é marcada por práticas autoritárias e excludentes, em que a população é sempre colocada à margem das

decisões. A efetivação dessa proposta de participação implica, necessariamente, uma mudança de postura dos profissionais de saúde, no sentido de reconhecer e legitimar o discurso e práticas populares.

O SUS traz ainda o avanço da *universalização* da assistência prestada à população, à medida que estabelece que todo cidadão tem direito à assistência médica, independente de ser um trabalhador. Além disso, todo indivíduo tem não somente o acesso garantido como também o direito a um tratamento igualitário, respeitando-se, contudo, sua individualidade e particularidade, princípio que se denomina *eqüidade*. É também de responsabilidade do SUS garantir a *resolutividade* dos problemas relativos à saúde da população, ainda que para isso necessite contratar a prestação de serviços privados, como hospitais, clínicas ou laboratórios.

As ações propostas pelo SUS devem priorizar a prevenção das doenças e a promoção da saúde dentro de uma perspectiva coletiva, identificando e atuando sobre os determinantes sociais das doenças.

O conceito abrangente de saúde, definido pela nova constituição, deverá nortear a mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial, centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e proteção, além daquelas propriamente ditas de recuperação (DIMITROV, 199?, p. 22-23).

A fim de se efetivar as propostas de ação do SUS, criou-se, em 1994, o **Programa Saúde da Família**, que foi oficializado em 1997 pela Portaria nº 1886/GM. Esse Programa “[...] é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e continua” (BRASIL, 1997, p. 5). O Programa traz uma proposta de reorientação do modelo assistencialista/curativista, baseado na

cura da doença e na hospitalização, para um de promoção à saúde, em que a família é privilegiada nas intervenções, com uma visão ampliada do processo saúde/doença.

Para Viana e Dal Poz (1998), o PSF foi formulado em uma época de “vazio” programático, pois, embora o SUS tivesse sido implantado, nada de novo havia sido efetivado, mantendo-se a inércia na área da saúde. Com a implantação do Programa, nesse sentido entendido muito mais como uma estratégia, forçou-se o processo de descentralização do SUS, além da mudança na forma de repasse das verbas destinadas à saúde.

O PSF foi implantado tendo como base o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, em funcionamento nas Regiões Norte e Nordeste. Segundo os mesmos autores, o PACS surgiu nessas regiões com o objetivo central de diminuir as taxas de mortalidade infantil e materna. Além dessa experiência no Norte e Nordeste, havia o Programa Médico de Família em Niterói-RJ que também serviu de inspiração para o PSF.

Dessa forma, características essenciais do PACS são incorporadas ao PSF, entre elas: o privilégio da família como alvo das intervenções e não somente os indivíduos; a visão de uma atuação ativa, ou seja, não esperar a demanda surgir para intervir, mas sim se antecipar a ela; a integração com a comunidade; e uma visão da saúde como objeto de intervenção não somente do campo médico, o que abre a possibilidade para outras formas de intervenção. Além disso, priorizou-se que o PSF fosse implantado em regiões consideradas de risco, ou seja, em que os indicadores de saúde e condições de vida da população fossem desfavoráveis.

O Programa conta com equipes multiprofissionais compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de Enfermagem e agentes comunitários de saúde, que variam de quatro a seis, conforme o número de famílias atendidas. Além disso, podem ser incorporados à equipe outros profissionais, como odontólogos,

assistentes sociais e psicólogos. A modalidade de contratação desses profissionais é variada em todo o País, além de ser comum encontrar na mesma equipe pessoas com vínculo de trabalho diferenciado. Exige-se desses profissionais que o vínculo com o Programa seja exclusivo.

Cada equipe é responsável por uma área que, por conseguinte, é dividida em microáreas (em geral uma para cada agente). A essa equipe cabe cadastrar e conhecer as famílias adstritas em sua área; realizar o levantamento do perfil demográfico, social e epidemiológico da área de atuação (diagnóstico local); elaborar/planejar ações integrais de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento; e, por fim, desenvolver ações educativas para o enfrentamento dos problemas ligados à saúde. As equipes devem atuar dentro das áreas consideradas prioritárias pelo MS, que são: saúde da criança, saúde da mulher, controle da hipertensão e *diabete melittus* e da tuberculose, eliminação da hanseníase e ações de saúde bucal. É recomendação do MS que cada equipe acompanhe, no máximo, 4.500 pessoas, o que nem sempre acontece, produzindo uma sobrecarga de trabalho para os profissionais.

Desde sua implantação, o número de equipes atuando no Programa aumentou de 328, em 1994, para 5.957, em 2000. No ano de 2003, o PSF contava com 16.192 equipes de saúde espalhadas em todo o território nacional, perfazendo a cobertura de cerca de 53 milhões de pessoas (MS, 2003, 2001).

O PSF conta com verba do Governo Federal, que é transferida automaticamente, fundo a fundo (Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual ou Municipal de Saúde) para os municípios. Esse financiamento é composto por uma verba fixa, *per capita*, que constitui o Piso de Atenção Básica, criado pela NOB/96,² e uma parte variável, calculada em função dos procedimentos realizados.

² Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/96.

O PSF prevê o fortalecimento do vínculo entre profissionais e comunidade com incentivo à participação desta última nas ações de saúde. Além disso, o Ministério da Saúde (2002b) aponta como um dos grandes diferenciais da proposta o alto grau de conhecimento das famílias acompanhadas, que recebem uma média de treze visitas por ano, e o envolvimento da equipe em reuniões com a comunidade para discussão dos problemas locais que afetam a saúde e o bem-estar da população. O PSF surge, portanto, no âmbito das políticas públicas de saúde como uma forma de se incrementar a participação das comunidades na definição dessas políticas, à medida que democratiza o acesso à saúde e aos fóruns de decisão sobre as prioridades do setor.

Não resta dúvidas de que o PSF traz uma proposta ousada e inovadora para o campo da Saúde Pública brasileira. A abertura para a participação popular, a incorporação nas equipes de saúde de um ator integrante da própria comunidade – o agente –, além da questão do trabalho multidisciplinar trazem inúmeras possibilidades de reversão do modelo de assistência vigente no País. Entretanto, existem ainda muitos desafios a serem superados para que as propostas do Programa realmente se tornem efetivas.

Na visão de alguns autores (VIANA; DAL POZ, 1998; SOARES, 2000 apud RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004), o Ministério da Saúde se mostra pouco flexível e bastante centralizador em suas ações, sendo a normatização do Programa toda em nível central, o que acaba levando a uma lentidão em suas decisões. Além disso, apesar de a proposta de promoção à saúde estar voltada para as coletividades, a prática de muitos profissionais envolvidos com o Programa continua centrada na doença e nos sujeitos individualmente, restringindo-se a ações curativistas e imediatistas, sem uma visão mais ampla das possibilidades de ação na promoção da saúde, o que indica dificuldades na substituição do modelo tradicional de atenção à saúde.

Segundo Viana e Dal Poz (1998), existe, também, em nosso País, um corporativismo profissional que entrava mudanças necessárias ao Programa. Nesse sentido, deparamo-nos com os conselhos e associações de Enfermagem que impõem restrições às atividades dos ACSs, alegando que se trata de mão-de-obra barata e sem qualificação que substitui o trabalho de técnicos de Enfermagem. A nosso ver, essa postura reproduz a crença de que somente os técnicos, os especialistas detêm algum saber sobre a saúde. Não entendemos o trabalho dos agentes como substitutivo ou concorrente com outros profissionais. As ações desenvolvidas pelos agentes dentro do Programa não devem ser vistas com a aplicação de conhecimentos técnicos sobre a saúde. Essas ações devem ser de outra ordem. Trata-se de um morador da comunidade, que não possui formação específica para atuar na saúde, cabendo ao agente o importante papel de servir como elo entre a comunidade e o serviço de saúde. Incorporar aos serviços de saúde um representante do saber e das práticas populares pode ser uma rica possibilidade de aproximação e transformação mútua, ou seja, de transformação tanto da comunidade quanto dos profissionais.

Um outro aspecto que também dificulta o trabalho das equipes de saúde é a ausência de uma rede regionalizada e hierarquizada de assistência que garanta aos sujeitos o acesso a todos os níveis de atenção, comprometendo com isso o princípio da integralidade. Para Ribeiro, Pires e Blank (2004, p.7), isso faz do Programa “[...] *uma simples porta de entrada sem saída*”, uma vez que nem sempre os usuários conseguem dar continuidade ao seu tratamento.

Por fim, deparamo-nos com uma das maiores dificuldades encontradas pelos profissionais na operacionalização do Programa, que é a exigência de produção. Conforme explicitado, uma parte do financiamento do PSF é fixa e outra varia de acordo com os procedimentos realizados. Nessa forma de funcionamento, torna-se comum a cobrança, por parte dos gestores, de que as equipes realizem o maior número de procedimentos possível como forma de garantir o repasse de verbas.

Essa forma de funcionamento acaba promovendo uma aceleração do ritmo de trabalho dos profissionais na tentativa de “dar conta” dessa cobrança, o que compromete, significativamente, a qualidade do serviço prestado, além de ter efeitos sobre a saúde desses próprios trabalhadores.

A avaliação dos resultados do Programa acontece atualmente com base na produção das equipes. O Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) permite o registro das atividades, procedimentos, notificações e acompanhamento dos grupos de risco (como diabéticos, hipertensos, etc.) realizados pelas equipes, acompanhando e monitorando os resultados do PSF, o que nem sempre garante uma visão mais aprofundada de como tem sido efetuado o Programa.

Todas as dificuldades encontradas na operacionalização do Programa, mencionadas até aqui, serão retomadas mais à frente, na discussão dos dados, uma vez que se refletem diretamente sobre o trabalho desenvolvido pelos agentes de saúde.

Capítulo 2º

O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

2.1) DO SURGIMENTO DA FUNÇÃO DE ACS À REGULARIZAÇÃO DA PROFISSÃO

O trabalho dos agentes comunitários de saúde foi incorporado ao PSF somente em 1996. Até esse momento, a figura do ACS estava vinculada ao PACS, criado nas Regiões Norte e Nordeste, em 1987.

A idéia do emprego de trabalho não médico na prática de assistência à saúde tem forte influência da Medicina comunitária, preventiva e integral, e veio atender à crescente necessidade de expandir a assistência médica à população. A Conferência de Alma-Ata (1978-Cazaquistão), organizada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef), estabeleceu, como um dos princípios básicos da assistência à saúde, a implementação da atenção primária como forma de as populações alcançarem níveis aceitáveis de saúde. A declaração produzida a partir desse encontro já contemplava o envolvimento de agentes de saúde na Atenção Primária, entendendo-os, entretanto, como todos os recursos humanos envolvidos com a Atenção Primária, incluindo-se médicos e enfermeiros, mas conferindo significativa relevância aos agentes *comunitários de saúde* (GIFFIN; SHIRAIWA, 1989). No Brasil, essa preocupação com a atenção primária toma maior importância somente na década de 70, quando se torna marcante o contraste presente na assistência à saúde da população.

Para Silva e Dalmaso (2002), não podemos nos remeter à criação do PACS e do PSF sem mencionar o Serviço Especial de Saúde Pública (fundação Sesp), criado em 1960, que desenvolveu no Brasil um Programa pioneiro que serviu de laboratório tanto para o PACS quanto para o PSF. Vinculada diretamente ao Ministério da Educação e Saúde, essa fundação tinha suas ações voltadas para a população e os

trabalhadores envolvidos na exploração da borracha na Amazônia e nas áreas de exploração de minerais, como Espírito Santo, Minas Gerais e Goiás, desenvolvendo atividades nas Unidades de Saúde, em domicílio e na comunidade, com uma abordagem integral da família. Nessas atividades, foi incorporado pessoal auxiliar no atendimento aos grupos prioritários (gestantes e crianças) e no controle de doenças transmissíveis. A prática de visita domiciliar pelo visitador sanitário e auxiliar de saneamento para atividades de promoção da saúde e prevenção das doenças e as atividades de educação para saúde também eram contempladas pelo programa. Cada um desses visitadores era responsável por cobrir uma área do município onde o programa funcionava (SILVA; DALMASO, 2002).

Entre 1976 e 1979, foi criado, no Nordeste do Brasil, o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass) com o objetivo de melhorar e expandir os serviços de saúde no interior do País. Esse programa propunha a ampla utilização de pessoal auxiliar, recrutados nas próprias comunidades; a ênfase na prevenção das doenças transmissíveis; o desenvolvimento de ações de saúde de baixo custo e alta eficácia; participação comunitária, etc.

Como é possível perceber, esses dois programas, denominados de Programas de Extensão de Cobertura, foram fortes determinantes na criação do PACS, pois possibilitaram a ampliação dos conhecimentos em saúde no Brasil, a emergência de uma nova consciência em Saúde Pública, além do surgimento de lideranças que mais tarde viriam a se envolver com a proposição e implantação de modelos de reorientação do modelo de assistência no País (SILVA; DALMASO, 2002).

Em 1987, mediante grave crise provocada pela seca, é implantado no Ceará o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Na ocasião, milhares de moradores – aproximadamente 6 mil – das regiões mais carentes foram contratados pelo programa. Após treinamento, esses agentes (95% mulheres) trabalharam de seis a doze meses desenvolvendo ações básicas de saúde, como vacinação, terapia de

reidratação, orientação e estímulo ao aleitamento materno, etc. (SILVA; DALMASO, 2002).

Após o término do período de estiagem, diante dos resultados do programa e da manifestação das comunidades assistidas, o Governo estadual decidiu mantê-lo, agora financiado com recursos do próprio Estado. Os agentes eram remunerados com bolsa paga pelo Tesouro Estadual, sem qualquer garantia de seus direitos trabalhistas.

Estendido a 45 municípios do interior do Estado, o Programa de Agentes tinha como objetivo geral melhorar a capacidade de a comunidade cuidar da própria saúde e promover, mais especificamente, a redução do risco de morte de crianças e gestantes. Os agentes deveriam, dessa forma, visitar regularmente as famílias assistidas, principalmente aquelas em que havia crianças menores de dois anos de idade; encaminhar as mulheres para as Unidades de Saúde para o acompanhamento ginecológico; promover, organizar e colaborar com reuniões da comunidade em que se discutissem questões ligadas à saúde. Aos agentes cabia promover na comunidade uma atitude ativa e participativa na promoção da própria saúde.

Diante dos resultados positivos, criou-se, em 1991, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs). O objetivo geral do Programa era proporcionar a ampliação da capacidade da população de cuidar da própria saúde com a aquisição de informações e conhecimentos em saúde, além de proporcionar a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde local. Os agentes deveriam atuar no primeiro nível da atenção à saúde, por meio da educação em saúde.

Em 1992, o Pnacs passa a se chamar Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1993, já abrangia treze Estados das Regiões Norte e Nordeste, com 29 mil agentes comunitários de saúde atuando em mais de 700 municípios. Em 1994, o

programa passou por uma avaliação em mais de oito Estados onde estava implantado. Entre os resultados dessa avaliação, destaca-se o reconhecimento, por parte da população, do trabalho desenvolvido pelos agentes e a necessidade de aprimorar o processo de supervisão e formação desses trabalhadores.

Em 1994, com a criação do PSF, os agentes passam a fazer parte da equipe de saúde da família e, em 1996, o PACS é fundido ao PSF. Passados dez anos da criação do PSF, o País conta com mais de 191.000 ACS acompanhando cerca de 97 milhões de pessoas em aproximadamente 5.193 municípios brasileiros (MS; ME, 2004). Ainda hoje, é possível encontrar agentes atuando em Unidades de Saúde tradicionais, ou seja, não organizadas na lógica da saúde da família.

As diretrizes para o exercício das atividades de ACS foram fixadas em 1999, pelo Decreto de Lei nº 3.189, de 4 de outubro, mas o reconhecimento profissional da categoria só ocorreu em 2002, com o Decreto de Lei nº 10.507, de 10 de junho. Desde a criação do PACS, a categoria luta pelo reconhecimento de suas atividades como profissão.

Estabeleceu-se, por meio dessa Lei (nº 3.189/99), que a profissão de ACS caracteriza-se pelo exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, com ações domiciliares, individuais e coletivas, sob supervisão do gestor local. A Lei fixa ainda requisitos básicos para o exercício da profissão que são: residir na área de atuação; haver concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para formação de ACS; e ter o ensino fundamental. Fica estabelecido também que os ACSs prestarão serviço ao gestor local de saúde, mediante vínculo empregatício direto ou indireto. Vale ressaltar que o reconhecimento da atividade dos agentes teve como importante determinante a reivindicação organizada desses trabalhadores, que lutaram para ter acesso aos direitos trabalhistas e previdenciários.

Esse último aspecto revelou-se de extrema importância, uma vez que permitiu a criação de condições igualitárias de atuação dos agentes em todo o território nacional. Segundo levantamento realizado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/MS), em 2001, havia uma grande variação na modalidade de contratação dos ACSs no País. No Nordeste, prevaleciam as modalidades que não garantiam aos agentes os direitos trabalhistas previstos na CLT. A grande maioria dos agentes atuava como prestadores de serviço (27%), como bolsistas (24%) ou tinha outros vínculos de trabalho. Em São Paulo e no Paraná, a situação já se mostrava bastante diferente, pois a grande maioria dos agentes tinha garantidos todos os direitos trabalhistas previstos em lei (MS, 2002a).

Com a criação da profissão, o Governo estabeleceu diretrizes de contratação dos agentes como forma de garantir seus direitos trabalhistas, mas, ao mesmo tempo, sem elevar os gastos das prefeituras, devido à Lei da Responsabilidade Fiscal. Atualmente o Governo oferece às prefeituras a possibilidade de contratação dos agentes por meio do Termo de Parceria com “organização da Sociedade Civil de Interesses Públicos” (OSCIP), proposta possível graças à “Lei do Terceiro Setor”. As OSCIPs cadastradas no setor público podem receber recursos do Governo Federal para desenvolver ações que são consideradas de interesse público. Assim, uma OSCIP contrata, com verba pública, os agentes de saúde, que têm todos os seus direitos trabalhistas assegurados – carteira assinada, 13º salário, férias, descanso semanal remunerado, etc. – não acarretando gastos extras para as prefeituras (MS, 2002c). Essa modalidade de contratação foi a maneira encontrada pelo MS de garantir os direitos trabalhistas previstos em lei a esses profissionais, diminuindo as desigualdades nas condições de trabalho a que estavam submetidos em todo o País, e de dar condições às prefeituras de incorporá-los ao trabalho desenvolvido na área da saúde.

O MS (2002c) prevê, portanto, as seguintes modalidades de contratação de agentes:

- a) contratação direta pelo município, mediante concurso público o que, segundo o

MS, não se mostra viável por criar um vínculo efetivo do agente com a prefeitura ainda que ele perca as características essenciais para atuar no Programa; b) contratação indireta, mediante contrato estabelecido com as OSCIPs. Essa segunda modalidade não caracteriza, do ponto de vista do MS, uma terceirização de mão-de-obra, mas sim uma união de esforços de entidades do terceiro setor com o Poder Público na implantação do Programa. Os agentes serão, portanto, selecionados e treinados pela prefeitura, mas com vínculo empregatício com uma OSCIP. No caso do município de Vitória, essa parceria é firmada com a Cáritas – entidade da Igreja Católica.

Para ser um agente de saúde, o MS preconiza que o candidato conheça bem a comunidade onde reside, tenha espírito de liderança e solidariedade e os requisitos básicos, que são: a) mínimo dezoito anos de idade; b) saber ler e escrever; c) residir na comunidade há pelo menos dois anos; e d) ter disponibilidade de tempo integral para exercer as atividades.

Não é necessário que o candidato apresente conhecimento prévio de saúde, pois ele será treinado pelo Poder Público. O processo seletivo é feito pela Secretaria Municipal de Saúde e deve ser acompanhado pelo Conselho Municipal de Saúde. A seleção acontece por meio de prova escrita e entrevistas individuais e em grupo. O candidato é avaliado por sua aptidão, postura e pela sua vivência, mediante simulação de situações de problemas da comunidade.

2.2 CARACTERIZAÇÃO DA FUNÇÃO

O agente comunitário de saúde tem como ponto central de sua atuação a tarefa de estreitar a relação entre comunidade e instituição, favorecendo a aproximação entre o saber “oficial”, técnico, sobre saúde e o saber que a própria comunidade comporta sobre o seu cotidiano, suas dificuldades e práticas em saúde. Dessa forma, a escolha de moradores da própria comunidade para a atuação como ACS tem por

finalidade o aumento da eficácia das ações de educação para a saúde, uma vez que eles não somente conhecem, como também pertencem ao mesmo universo cultural, social e lingüístico da comunidade na qual trabalham.

O Decreto de Lei de nº 3.189, de 4 de outubro de 1999, fixa as diretrizes para o exercício das atividades de agente comunitário de saúde. Segundo esse documento, são atribuições dos ACSs:

Art. 1º cabe ao Agente comunitário de saúde (ACS), no âmbito do Programa dos agentes Comunitários de Saúde, desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente;

Art. 2º São consideradas atividades dos ACS, na sua área de atuação:

I – utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade de sua atuação;

II – executar atividades de educação para saúde individual e coletiva;

III – registrar, para controle das ações de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;

IV – estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia da conquista da qualidade de vida;

V - realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família;

VI – participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida;

VII – desenvolver outras atividades pertinentes à função do ACS;

Parágrafo único. As ações do ACS são consideradas de relevante interesse público.

Art. 3º O ACS deve residir na própria comunidade, ter espírito de liderança e solidariedade e preencher os requisitos mínimos a serem estabelecidos pelo Ministério da Saúde [...].

Entre as atividades acima mencionadas, duas merecem especial atenção em nossa discussão, por apresentarem relação direta com o que denominamos, nesta pesquisa, de dimensão política do trabalho dos agentes. O papel político desses

profissionais revela-se em sua capacidade de se comprometer com as questões de ordem prática da vida da comunidade e de se posicionar diante das questões que demandam soluções.

Atribuir aos ACSs o papel de estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como uma das estratégias de conquista da qualidade de vida remete diretamente a esse papel político. Cabe ao agente criar estratégias que levem a comunidade a se perceber e se comprometer com as questões ligadas à própria saúde, promovendo autonomia, não simplesmente no sentido de cada sujeito assumir individualmente a responsabilidade pela sua saúde, mas sim dos sujeitos coletivamente perceberem que podem e devem participar desse processo. Mais que promoção da saúde, os agentes devem promover cidadania, levando os sujeitos a reconhecerem os determinantes sociais do processo saúde/doença e a criarem coletivamente formas de luta pela melhoria de suas condições de vida. Concebendo a política como o encontro dos sujeitos para instaurarem novas formas de vida e de relação, não há como negar que a ação dos agentes é potencialmente política.

A outra atividade por nós considerada política refere-se à ação intersetorial proposta pelo PSF. Participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor da saúde e outras políticas públicas na busca da qualidade de vida exige engajamento e articulação política. Em nenhum momento nos referimos à ação política como sinônimo de atividade político-partidária, mas sim como a capacidade de articulação, de formação de alianças com outros setores sociais que são também responsáveis pela prevenção e promoção da saúde.

Apesar de existir uma prescrição do trabalho do ACS, não acreditamos que ela comporte as diferentes realidades e situações com que esses profissionais se deparam em seu cotidiano, havendo necessidade de inventar continuamente formas de realizar e estar no seu trabalho. Assim como a própria vida, o campo de atuação

profissional é sempre marcado pelo imprevisível, pelo novo, pelo inusitado o que requer permanente invenção.

Segundo diretrizes do Ministério da Saúde, os agentes devem ainda:

- 1) cadastrar as famílias de sua microárea;
- 2) realizar acompanhamento das microáreas de risco;
- 3) realizar programação das visitas domiciliares, elevando sua frequência nos domicílios que apresentam situações que requeiram atenção especial;
- 4) atualizar fichas de cadastramento dos componentes das famílias (Ficha A); executar vigilância de crianças com menos de um ano de idade consideradas de risco;
- 5) acompanhar o crescimento e desenvolvimento de crianças de zero a cinco anos;
- 6) promover imunização de rotina de crianças e gestantes;
- 7) promover o aleitamento materno exclusivo;
- 8) monitorar diarreias e promover reidratação oral;
- 9) monitorar parasitoses e dermatoses em crianças;
- 10) orientar a família e adolescentes quanto às DSTs e AIDS, gravidez precoce e uso de drogas;
- 11) identificar e encaminhamento de gestantes para acompanhamento pré-natal (Ficha B – Gestantes);
- 12) realizar visitas domiciliares periódicas às gestantes; acompanhar pré-natal;
- 13) acompanhar recém-nascidos e puérperas;
- 14) realizar ações educativas para prevenção de câncer de cérvico-uterino e de mama;
- 15) realizar ações educativas quanto ao planejamento familiar;
- 16) realizar ações educativas quanto ao climatério;
- 17) realizar atividades de educação nutricional nas famílias e comunidades;
- 18) realizar ações de educação bucal;
- 19) fazer busca ativa de doenças infectocontagiosas;

- 20) supervisionar componentes da família em tratamento familiar e dos pacientes de hipertensão arterial, diabetes, hanseníase, tuberculose e outras doenças crônicas (Ficha B – Hipertenso e/ou diabético);
- 21) promover a saúde do idoso;
- 22) identificar e apoiar os portadores de deficiência psicofísica e suas famílias incentivando a aceitação e inserção social;
- 23) realizar ações de educação ambiental;
- 24) sensibilizar as famílias e comunidade para as questões dos direitos humanos;
- 25) promover outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Como podemos notar, são muitas as atribuições dos agentes, o que requer disponibilidade de tempo para estar com as famílias e comunidade. Entre as fichas que devem permanecer atualizadas pelos agentes encontram-se (apêndice):

- * **Ficha A** – cadastramento da família
- * **Ficha B** – gestantes, hipertenso e/ou diabéticos,
- * **Ficha C** – cartão da criança
- * **Ficha D** – registro das atividades diárias dos ACS – Boletim Único de Produção
- * **Relatórios Mensais**

Além disso, pensamos que a função de ACS requer a constante invenção de estratégias de realização de seu trabalho, já que as realidades com que eles lidam variam consideravelmente de um local para o outro.

Os agentes têm como ferramentas básicas para o desenvolvimento do seu trabalho a entrevista com as pessoas, a visita domiciliar, o cadastramento das famílias, o mapeamento da comunidade e, por fim, as reuniões comunitárias (MS, 1995). Em relação às visitas domiciliares, é definido pela PMV que elas devem ser realizadas atendendo-se aos seguintes critérios:

1) Uma visita mensal para as famílias que têm:

crianças de 0-5 anos; gestantes de baixo peso; hipertensos; diabéticos; tuberculose – em tratamento normal; hanseníase – em tratamento normal; idoso; famílias que apresentam algum risco; puérpera.

2) Uma visita bimestral para famílias que não apresentam nenhum grau de risco.

3) Uma visita quinzenal para as famílias que têm:

crianças em risco nutricional; hipertensos graves; diabéticos graves; gestantes de alto risco; doentes acamados.

4) Uma visita semanal para famílias que têm:

crianças abaixo do percentil três do cartão da criança; recém-nascido de baixo peso, até que adquira mais de 3000 gramas.

5) Uma visita diária para família que têm:

casos de tuberculose ou hanseníase em tratamento e que precisam tomar dose supervisionada pelo ACS.

Como é possível perceber pelos critérios estabelecidos para as visitas domiciliares (que atendem às diretrizes do MS), o PSF ainda mantém em suas ações ênfase nas situações de risco e patologias já instaladas. Tem sido recorrente nas discussões acerca do papel dos agentes no PSF observar se, mediante tantas atribuições e critérios explicitamente pautados nas patologias, tem sido possível a esses profissionais uma atuação voltada para a promoção da saúde ou se têm prevalecido ações centradas na doença e na cura.

Silva e Dalmaso (2002), em estudo realizado com ACSs que atuam no Qualis/PSF, no município de São Paulo, procuraram verificar e discutir o perfil ocupacional-social desses trabalhadores, especificamente em relação às atividades que desenvolvem, à

sua inserção na equipe, à sua interação no trabalho institucional, à sua participação em atividades da comunidade, ao relacionamento com as famílias e pessoas, entre outras.

As autoras verificaram que os agentes dedicam cerca de 50% de seu tempo a trabalhos internos na Unidade de Saúde, como acolhimento, atualização de dados e participação de reuniões. Na comunidade, sua atuação é voltada para o trabalho de educação em saúde com as pessoas e famílias por meio das visitas domiciliares e realização de grupos. Em relação às ações de educação em saúde, o estudo evidenciou que ainda são centradas predominantemente nos indivíduos, entendendo a saúde, ou a ausência dela, como efeito de comportamentos individuais. Nesse sentido, a ação dos agentes constituía-se no exercício de convencimento da população, às vezes de maneira impositiva e autoritária, a mudar de hábitos.

Constatou-se também que muitas situações no cotidiano de trabalho que poderiam ter se tornado deflagradores de mobilizações comunitárias e políticas em busca de melhores condições de vida para a população eram tratadas pelos agentes como “problemas” de ordem pessoal/individual ou eram simplesmente ignoradas em sua atuação. Assim, apesar da proposta de reorientação das ações de saúde trazidas pelo PSF, percebeu-se, na citada investigação, que as ações dos agentes continuam situando a saúde no plano individual, desconsiderando seus determinantes sociais, econômicos e culturais.

Nunes *et al.* (2002), em estudo realizado com agentes comunitários de saúde, no Estado da Bahia, discutem a ação dos agentes de saúde dentro das equipes de saúde da família e sua relação com a comunidade, colocando em análise os jogos de força produzidos a partir dessas relações. Segundo os autores, o ACS tem se revelado um ator que veicula as contradições e possibilidades de diálogo entre o saber biomédico e as práticas populares em saúde, pois é um morador da comunidade, convivendo e conhecendo sua realidade, mas com uma formação a

partir de referenciais biomédicos. Isso confere ao agente uma atuação bidirecional, no sentido de levar os conhecimentos e práticas “oficiais” em saúde à população e, de outro lado, possibilitar à equipe de saúde ter acesso e conhecer a população com que trabalha.

Os autores apontam o fato de que muitas vezes os agentes se sentem orgulhosos e prestigiados em relação aos demais membros da comunidade, pois deixam de ter somente o conhecimento popular sobre saúde, passando a representar um conhecimento biomédico que não é acessível a todos. Em muitas situações, ao se apropriarem do saber “oficial” sobre saúde, que socialmente é considerado superior ao saber popular, os agentes acabam por tentar impor à população, seja de maneira autoritária, seja pela via do convencimento, formas de vida consideradas ideais para se ter saúde.

[...] a preocupação prévia [...] em se alcançar objetivos por ele (ACS) considerados adequados à melhoria de saúde da população interfere concretamente no seu desempenho como educador que muitas vezes se resume a **convencer a população de forma habilidosa, do que ela precisa fazer** (CARVALHO apud GIFFIN; SHIRAIWA, 1989, p. 36, Grifo nosso).

O ponto levantado pelos autores em relação à prática educativa dos ACSs permite-nos questionar em que sentido têm se dado suas ações de educação em saúde. A história das práticas de assistência à saúde nos permite verificar que, não somente no Brasil como também na Europa, durante o século XVIII, o Estado encarregou-se de controlar de forma habilidosa o modo de vida das populações, atendendo em cada momento a interesses específicos do próprio Estado e das classes dominantes (FOUCAULT, 2002; IYDA, 1994; ROZEN, 1983; TERAROLLI, 1996; COSTA, 1983).

Essas práticas de controle eram exercidas de forma declaradamente autoritária por meio de imposições ou restrições à população de modos de vida. Pelos seus representantes (Polícia Sanitária, médicos sanitaristas), o Estado encarregava-se de

fiscalizar o modo de vida das pessoas, dando-lhes instruções de como deveriam se comportar para ter saúde, ou seja, fornecendo-lhes regras claras de como se alimentar, como se vestir, como se relacionar sexualmente, como cuidar da prole, etc. Essa “intervenção” na população era realizada por meio de práticas educativas em saúde, que consistiam no exercício de convencimento e, às vezes, imposição declarada à população de que seu modo de vida era insalubre, devendo, portanto, ser revisto.

Entre os estudos até aqui mencionados, têm sido analisadas as práticas de educação em saúde dos agentes (NUNES *et al.*, 2002; SILVA; DALMASO, 2002; GIFFIN; SHIRAIWA, 1989). Percebemos que os agentes têm ações predominantemente voltadas ao convencimento da população a adotar formas de vida consideradas ideais. Ainda que a ação dos agentes não seja declaradamente autoritária e impositiva, como encontramos em certos momentos da história, é permeada pela concepção de que há um saber oficial sobre saúde que deve ser adquirido pela população para que ela alcance saúde.

Como sabemos, a principal exigência para que uma pessoa seja ACS é a condição de moradora da comunidade onde irá atuar. Espera-se que essa condição facilite o desenvolvimento das ações de saúde e o acesso dos agentes às famílias assistidas pelo Programa, uma vez que pertencem ao mesmo universo cultural, lingüístico e social. Assim, é essa dupla vinculação com a comunidade e, ao mesmo tempo, com a instituição de saúde, uma das principais características do seu trabalho.

No estudo citado (NUNES *et al.*, 2002), percebemos que esta dupla vinculação, com a comunidade e com a instituição de saúde, pode funcionar ora como mediadora, ora como empecilho. Em alguns momentos, essa condição permite a criação de uma relação mais horizontal entre o agente e a população, já que se trata de sujeitos que compartilham o mesmo contexto social, a mesma cultura, o mesmo universo lingüístico. Em outros momentos, entretanto, o agente não chega sequer a ser

reconhecido como um trabalhador da saúde por ser morador e não possuir formação técnica específica, o que acaba dificultando suas ações com a população.

A ausência de um lugar definido e demarcado a ser ocupado pelos agentes sem dúvida é passível de produzir angústia nesses trabalhadores, e percebemos que muitas vezes o faz. Além de não possuírem vínculo empregatício direto com a instituição de saúde, o que já os diferencia dos demais trabalhadores, os agentes nem sempre ocupam, dentro da comunidade em que trabalham, um lugar de profissionais de saúde. Entretanto, a ausência de um lugar demarcado, definido *a priori*, pode também se constituir em um meio, uma possibilidade de construção de outras formas de se relacionar com a comunidade, de desenvolver ações de educação e promoção da saúde.

Essa indefinição de lugar e muitas vezes de papel, da qual muitos agentes se queixam, ao afirmarem que não sabem se representam a comunidade ou a Unidade de Saúde, pode ser rica de possibilidades. Essa riqueza advém do fato de que não se trata de estar de um lado ou de outro, ou seja, comunidade ou Unidade de Saúde, mas sim da percepção de que as práticas em saúde devem se fazer dentro de uma perspectiva que a tome como uma construção coletiva e que por isso requisita a participação de diversos atores sociais e não somente dos profissionais de saúde. Além disso, a possibilidade de se atuar em um campo profissional novo, em que as práticas e os lugares são móveis, instáveis e ainda em vias de construção oferece aos agentes, ainda mais potencializada, a possibilidade de criação desses lugares e práticas.

Nesse sentido, entendemos que os ACSs podem ser atores instituintes de outras práticas em saúde em que a comunidade tenha um papel ativo tanto na definição das demandas de intervenção, quanto na execução e controle das ações em saúde. Os agentes revelam-se atores fundamentais no processo de transição/transformação do modelo de assistência à saúde, centrado na figura do médico e nas ações

curativistas, para outro em que se conceba a saúde como uma produção coletiva, que requisita a participação de vários atores sociais e com foco de intervenção nas condições sociais geradoras das doenças.

Entretanto, não se pode afirmar que a visão de que o trabalho dos agentes guarda múltiplas possibilidades de criação de outras práticas em saúde seja compartilhada por todos os sujeitos envolvidos com a questão. Segundo Giffin e Shiraiwa (1989), várias questões polêmicas surgiram em torno do trabalho dos ACSs. Entre elas, pode-se citar a idéia de que, ao empregar o trabalho de membros da própria comunidade nos serviços de saúde, o Estado estaria se eximindo da responsabilidade de promover a saúde da população. Essa crítica é superável, entretanto, na medida em que o trabalho dos agentes não representa uma substituição dos serviços tradicionais de assistência à saúde, mas a incorporação de “um braço comunitário” no serviço público de saúde existente. Essa crítica seria mais pertinente no caso de os agentes trabalharem como voluntários, sem o apoio efetivo dos serviços públicos de saúde, o que não acontece neste momento do PSF, principalmente após a regularização da profissão de agente comunitário de saúde em 2002 (Lei nº 10.507). Ao se reconhecer o ACS como categoria profissional e sendo sua remuneração proveniente de recursos do próprio Estado, fica evidente que não existe uma transferência de responsabilidade por parte do Governo, mas sim a criação de uma parceria na assistência à saúde da população.

Além disso, questiona-se se o trabalho dos agentes não constituiria uma duplicação das ações em saúde, uma vez que as mesmas pessoas assistidas nas visitas domiciliares seriam atendidas nas instituições de saúde. Essa crítica também não se mostra pertinente à proposta do trabalho, já que não se trata da duplicação das ações, mas da extensão da assistência à população por meio das visitas domiciliares. Além disso, o trabalho desenvolvido pelos agentes, que é predominantemente de educação em saúde, não substitui diversas ações desenvolvidas dentro das Unidades de Saúde, o que não caracteriza atendimento

em duplicidade nos casos em que uma pessoa é atendida pelo agente na comunidade e por outro profissional na instituição de saúde.

Para alguns autores (apud RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004) e profissionais da saúde, o trabalho do ACS nada mais é do que o emprego de mão-de-obra barata e sem qualificação nos serviços de saúde, representando um serviço para pobres. Em 1991, o Conselho Federal de Enfermagem e outras entidades da categoria questionaram o trabalho dos agentes na atenção básica à saúde, alegando o aumento do contingente de trabalhadores sem qualificação técnica na área e a ocupação, por parte dos ACSs, do lugar dos auxiliares de Enfermagem (SILVA; DALMASO, 2002).

A nosso ver, a idéia de que o trabalho dos agentes de saúde representa o emprego de mão-de-obra sem qualificação nos serviços de saúde reafirma a posição, tão arraigada nas práticas assistenciais, de que a saúde é assunto unicamente de profissionais, daqueles que detêm o conhecimento científico e a capacidade de manejar técnicas de intervenção.

O agente de saúde, como representante da comunidade, cria a possibilidade de diálogo entre o saber do profissional, adquirido pela formação acadêmica, e o saber popular; entre o conhecimento que a comunidade tem sobre a própria realidade, seu modo de viver, adoecer e morrer e o que sabem os profissionais sobre esses processos. Não se trata de substituir ou abandonar o saber e as práticas profissionais/técnicas, que não têm questionadas aqui sua validade e importância no processo de construção de formas de vida mais dignas para a população. Trata-se de permitir a criação de um espaço de interseção, de diálogo, de trocas e de transformação mútua entre o saber popular e o saber científico. O serviço prestado pelos ACSs, não é, portanto, substitutivo das ações dos outros profissionais, mas adicional aos serviços internos das instituições de saúde.

Pensamos que situar o trabalho dos agentes unicamente no plano técnico, enquanto alguém que tem acesso aos discursos oficiais em saúde e o leva até a comunidade, é reduzir as possibilidades de atuação desse profissional. Mais que o preparo técnico para o exercício de sua função, que em nossa perspectiva não é de menor importância, os agentes têm também um papel político, na medida em que têm a possibilidade de criar estratégias de mobilização comunitária na luta por melhores condições de vida e, conseqüentemente, de saúde da população.

O agente se situa, dessa forma, entre uma dimensão técnica e política. A dimensão técnica diz respeito à assistência às famílias e sujeitos, ao conhecimento sobre o processo saúde/doença, ao acompanhamento e monitoramento de grupos e problemas específicos referentes à saúde. Do outro lado, temos a dimensão política que se revela no compromisso assumido com a transformação das condições de vida da população e com ações de promoção à saúde que levem à mobilização e organização da comunidade na luta por seus direitos. Pela prática cotidiana dos ACSs pode tornar-se possível levar à comunidade discussões políticas sobre suas condições de vida, sobre outros conceitos e práticas em saúde, aumentando, assim, a probabilidade de se formarem sujeitos promotores de sua própria saúde, que se percebem implicados nessa questão, não relegando aos especialistas as decisões a respeito de suas vidas.

A visão de que o trabalho dos agentes comporta, além da dimensão técnica, uma dimensão política, é também compartilhada por Giffin e Shiraiwa (1989), Nogueira et al. (2000) e Silva e Dalmaso (2002). Para esses dois últimos autores, existem dois modelos “ideais” que podem nortear a discussão sobre o papel do ACS, que é o “agente político”, promotor de uma “[...] conscientização, mobilização e organização da comunidade” (p. 37) e o agente “técnico de saúde”, que assume funções de vários profissionais de saúde, como promover imunizações, pesar crianças, acompanhar grupos de risco, etc. Entretanto, todos os autores acima citados concordam que não se trata de situar a prática do agente em um pólo ou em outro,

mas sim perceber que sua atuação estará sempre marcada por essas duas dimensões.

A partir das questões até aqui apontadas, colocamos o que se constituiu o problema desta investigação, que foi *analisar a dimensão ético-política do trabalho dos ACSs, em face à mudança de paradigmas proposta pelo SUS*. Ou seja, buscamos analisar se a atuação dos agentes tem se dado no sentido da construção coletiva de outras práticas em saúde, em que a comunidade tenha um papel ativo, ou se tem se limitado a reproduzir as práticas médico-biologizantes características da Saúde Pública brasileira.

O trabalho dos agentes, na medida em que requisita a *criação* de novas formas de se fazer saúde, o estabelecimento de *compromisso* com os usuários, a *interação* entre comunidade e profissionais de saúde e se dá no embate de forças políticas e sociais, é portador de uma dimensão ético-política. Ética por se tratar de uma prática que se dá *na e pela* relação com a comunidade, em que estão colocadas questões que dizem respeito à vida: valores, cultura, crenças. O acolhimento dado pelos agentes à população assistida aponta a postura ética por eles adotada. Essa postura pode ser de total desvalorização ou negação do saber, cultura e valores populares ou, ao contrário, de acolhimento e reconhecimento de que a população, a partir da sua realidade, tem muito a contribuir na transformação das práticas de assistência à saúde. Além disso, por se tratar de um ator portador de possibilidades de contribuir para a instituição de novas práticas de atenção e relacionamento com a comunidade, o agente tem uma responsabilidade social por aquilo que está sendo criado.

Em consonância ao exposto, tem-se a dimensão política presente na atuação dos agentes. Entendida a partir do encontro entre os sujeitos para criar novas realidades e formas de relacionamento, a política revela-se um aspecto inerente ao trabalho dos agentes, na medida em que estes têm a possibilidade de criar, em conjunto com a população, novas formas de relacionamento entre comunidade e profissionais de

saúde e têm a responsabilidade de contribuir para a criação de novas realidades, entendidas como a transformação, a partir de esforços coletivos, das condições de vida da população. Política, por não ser possível estar neutro neste campo de forças sociais que é a saúde, de forma que sempre haverá algum posicionamento por parte dos envolvidos, sendo necessário fazer escolhas, estabelecer alianças. Essas escolhas e alianças podem ser no sentido da produção coletiva de um sistema de saúde mais justo, de qualidade e acessível a todos ou podem estar na contramão dela. É nesse sentido que pretendemos traçar nossas análises, entendendo as ações dos ACSs como *ações políticas*, que podem estar vinculadas aos interesses do Estado, mantendo e controlando os corpos, regulando e normatizando o espaço social, ou podem estar produzindo uma outra perspectiva de atuação em saúde, na medida em que se abre a possibilidade de diálogo entre o saber técnico/biomédico e o saber que a comunidade porta sobre as questões relacionadas com sua saúde e com os processos de adoecimento, podendo ser, para além de um *agente de saúde*, um *agente de cidadania*.

Dessa forma, procuramos analisar em que medida o agente comunitário de saúde tem sido um ator instituinte de novas formas de se atuar na área da saúde e que tipo de relação ele tem estabelecido com a população assistida. Além disso, buscamos verificar a correlação entre o trabalho prescrito do agente e sua atuação cotidiana (trabalho real), bem como as concepções que ele tem acerca do próprio trabalho e as formas encontradas para lidar com sua dupla vinculação, ou seja, institucional e comunitária. Por fim, procuramos analisar o que esses trabalhadores entendem por *saúde* e a formação por eles recebida para a execução de seu trabalho.

CAPÍTULO 3º

PRESSUPOSTOS TEÓRICOS: “CAIXA DE FERRAMENTAS” DA INVESTIGAÇÃO

*“Uma teoria é como uma caixa de ferramentas. Nada tem a ver com o significante... É preciso que sirva, é preciso que funcione”
(FOUCAULT, 2002).*

Um trabalho de pesquisa nunca acontece de forma desinteressada, isenta. Há sempre um investimento pessoal por parte daquele que se debruça sobre o fenômeno a ser estudado. Pessoal não no sentido de algo produzido no plano do privado, do individual, mas sim das apropriações que faz o pesquisador daquilo com que se deparou ao longo da sua vida: afetações, práticas, teorias, autores, conceitos. O olhar que se dirige a qualquer fenômeno estudado estará sempre impregnado por tudo isso, as análises produzidas a partir desse processo investigativo não se furtam a essa condição.

Ao longo de nossa vida acadêmica, entramos em contato com diversos conceitos, autores, formas de pensamento, posições político-ideológicas. Como sempre acontece na vida, fomos escolhida por aquelas que mais nos afetaram. Desses conceitos e formas de pensamento, fizemos um movimento de aproximação na tentativa de nos tornarmos mais familiarizados com eles.

É a partir desses conceitos, desses pressupostos teóricos, dessa forma de pensamento, que traçaremos aqui nossas análises. A fim de situarmos o leitor na perspectiva em que se construíram, discutiremos alguns dos conceitos que consideramos fundamentais nesse processo.

3.1 A SAÚDE COMO POTÊNCIA DE CRIAÇÃO DA VIDA

O saber médico foi aquele que por mais tempo se preocupou em conceituar *saúde*. Partindo do seu domínio sobre as patologias, acabou por situar a saúde unicamente

no campo da Biologia, apontando-a como a *ausência de doença*. Dessa forma, a saúde passou a ser conceituada como o bom funcionamento dos órgãos e de responsabilidade individual, ou seja, o indivíduo sendo o responsável pelo seu estado de saúde ou de adoecimento (MYNAIO, 1992).

Mesmo com o reconhecimento da importância das condições de vida das populações na determinação da sua saúde – aspecto que se tornou alvo de intervenções com o surgimento das cidades e da sociedade industrial – prevaleceu, no discurso médico, o “naturalismo” das causas das enfermidades, o que gerou a medicalização do espaço social. Apesar das condições gerais de vida passarem a ser consideradas como importantes na determinação do estado de saúde da população, permaneceu a visão de que elas somente pioravam ou agravavam uma predisposição interior do sujeito. Segundo Andrade e Araújo (2003, p. 73), “[...] nessa concepção, os aspectos estruturais da sociedade são considerados como externos aos indivíduos e grupos sociais e não o liame que os constitui”.

A introdução das ciências humanas e sociais no campo da saúde, por volta de 1920, trouxe contínuos questionamentos ao naturalismo e universalismo do saber médico (BIRMAN, 1991). Com isso, categorias como normal, anormal, patológico, começaram a ser problematizadas no sentido de que eram conceitos produzidos histórica e socialmente e, portanto, portadores de valores.

A constituição do discurso teórico da saúde coletiva, com a introdução das ciências humanas no campo da saúde, reestrutura as coordenadas desse campo, destacando as dimensões simbólica, ética e política, de forma a relativizar o discurso biológico (BIRMAN, 1991, p. 9).

Esse novo paradigma para se pensar a saúde – histórico e político – leva em conta todos os aspectos que concernem ao corpo, à mente e ao meio onde os sujeitos estão inseridos, não como instâncias que se tocam ou se complementam, mas sim que se cruzam, que estão em constante engendramento.

A organização Mundial de Saúde (OMS), define saúde como “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste, somente, em ausência de doença” (DEJOURS, 1993, p.99). Entretanto, apesar de dessa conceituação avançar em relação à idéia de saúde por oposição à doença e levar em conta não somente o aspecto biológico, mas também o social e subjetivo, ainda é passível de críticas. A primeira delas pode ser no sentido de questionarmos que “bem-estar” é esse? Ou seja, bem-estar a partir do ponto de vista de quem? Seria ele igual para todos os sujeitos? O conceito traz, portanto, a noção de uma certa universalidade no que se entende por bem-estar.

O segundo ponto passível de questionamento refere-se à noção implícita no conceito de uma certa *estabilidade* no estado de saúde. Segundo Dejours (1986, 1993), a própria fisiologia se encarregou de nos mostrar de forma muito clara que a condição essencial da vida é a *variação*. Nosso organismo, seguindo o movimento próprio da vida, passa por constantes variações (por exemplo, de hormônios, glicemia, etc.), sejam elas ao longo de nossa existência, sejam de um dia. A vida é, portanto, movimento, variação, instabilidade.

A vida não é [...] para o ser vivo, uma dedução monótona, um movimento retilíneo; ela ignora a rigidez geométrica, ela é debate ou explicação [...] com um meio que há fugas, vazios, esvaziamentos e resistências inesperadas (CANGUILHEM, 2002, p. 160).

A partir desse ponto de vista, a *saúde* não seria a capacidade de manter-se em um estado de completo bem-estar, mas sim de *lançar-se nesse movimento* que é característico da vida, de sentir-se bem, apesar de todas as variações, de todas as adversidades a que se está submetido. “A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido” (BUSS, 2000, p. 174).

A saúde é muito mais um estado a ser almejado, buscado, e é esse movimento de busca o verdadeiro sentido de ter saúde. “O estado de saúde não é certamente um estado de calma, de ausência de movimento, de bem-estar e de ociosidade. É algo que muda o tempo todo [...]” (DEJOURS, 1986, p. 3). Diante das dificuldades, equilíbrios podem ser obtidos, mas sempre de forma precária, parcial, embora aceitáveis e satisfatórios. O importante é percebermos que a saúde não é algo que se tem ou não tem, que se alcança e depois basta conservar, mas, ao contrário, trata-se de uma busca e conquistas constantes.

De encontro a essa noção de vida e saúde, deparamo-nos com as formulações propostas por Geoges Canguilhem, em *O normal e o patológico* (2002). Para esse autor, a saúde é caracterizada pela capacidade do sujeito em enfrentar situações novas, por uma margem de tolerância às adversidades do meio. Sob esse prisma, a saúde não se caracteriza pela ausência de doença, mas sim pela maneira como o sujeito lida com a vida e até mesmo com a doença:

Estar em boa saúde é poder cair doente e se recuperar [...]. O homem sadio não foge diante dos problemas causados pelas alterações – às vezes súbitas – de seus hábitos, mesmo em termos fisiológicos; **ele mede a sua saúde pela capacidade de superar as crises orgânicas para instaurar uma nova ordem** (CANGUILHEM, 2002, p. 160-161, Grifo nosso).

Saúde é, portanto, a capacidade que os sujeitos têm de enfrentar as condições adversas do meio, de criar novas normas diante de novas situações. É possuir meios para criar caminhos em direção ao bem-estar físico, social e psíquico.

Se reconhecermos que a doença não deixa de ser uma espécie de norma biológica, conseqüentemente o estado patológico não pode ser chamado de normal no sentido absoluto, mas anormal apenas na relação com uma situação determinada. Reciprocamente, ser sadio e ser normal não são fatos totalmente equivalentes, já que o patológico é uma espécie de normal. **Ser sadio significa não apenas ser**

normal numa situação determinada, mas ser também, normativo, nessa situação e outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas (CANGUILHEM, 2002, p. 158, Grifo nosso).

Entretanto, não devemos cometer o erro de entender a saúde como mera capacidade de adaptação a novas situações. A saúde implica também a capacidade de *transformação* do meio em que se vive, de criação de novas regras (biológicas, sociais e psicológicas). Segundo Caponi (1997, p. 294), a saúde:

Es el sentimiento de tener la capacidad de superar las capacidades iniciales, es poder mandar a hacer al cuerpo aquello que en principio parecía imposible. Y esto puede ser dicho no sólo de los atletas o de las personas que consiguen ajustar su organismo a exigencias diferentes de aquellas que son esperables, sino también de **aquellas que consiguen transformar, corregir un medio social que es adverso. Salud es entonces una capacidad de tolerancia o de seguridad que es más que adaptativa** (Grifo nosso).

Assim, pensar o fenômeno saúde/doença requer de nós o abandono de formas dicotomizadas de pensamento. A saúde não concerne somente àquilo que diz respeito ao individual, ao subjetivo, a fatores internos, mas está intrinsecamente relacionada com contexto em que se vive e com o modo como cada um produz sua vida nesse contexto. Sabe-se que certas condições de trabalho, nutrição, habitação e ambiente são passíveis de causar adoecimento. Entretanto, não se pode afirmar que haverá sempre, entre essas condições e um estado de adoecimento, uma relação direta de causa e efeito. É possível que, mesmo em condições muito adversas de vida e trabalho, alguns sujeitos consigam ter/produzir saúde na medida em que criam formas de enfrentamento e transformação dessas condições, dessa realidade. A doença, a partir desse ponto de vista, caracteriza-se por uma redução das margens de tolerância às infidelidades do meio, pela redução da capacidade de enfrentamento

e transformação dessas condições. Por outro lado, as melhores e mais “ideais” condições de vida diminuem, mas não eliminam a possibilidade dos sujeitos adoecerem. Daí ser tão difícil definir *saúde* e impossível pensar na existência de regras fixas que possam indicar como alcançá-la.

Para Castellanos, citado por Ferreira e Buss (2002), o processo saúde/doença é condicionado pelo modo de vida, pelas condições de vida e pelo estilo de vida de uma sociedade. O *modo de vida* de uma sociedade, que varia conforme cada momento histórico, é a expressão das características do meio natural em que vive, de sua organização econômica e política, do desenvolvimento de suas forças produtivas, de sua forma de relacionar-se com o meio ambiente, de sua história, cultura e outros processos, que se configuram como sua identidade social. A situação de saúde de uma população tem relação estreita com o modo de vida da sociedade a que pertence. “O modo de vida de uma sociedade é uma unidade composta pelas diversas *condições de vida* dos diferentes setores da população que a compõem” (FERREIRA; BUSS: 2002, p.17). Assim, as condições de saúde de cada grupo de uma população estão articuladas com as condições de vida que possuem e com os processos que as produzem ou transformam.

Por outro lado, cada pequeno grupo, como uma família, ou indivíduo, tem um *estilo de vida* próprio, que está relacionado com seus valores e normas, hábitos de vida, trabalho, habitação e seu entorno, seu nível educacional, sua participação na produção e distribuição de bens e serviços e suas próprias características biológicas. Dessa maneira, podemos afirmar que,

[...] quando analisamos a situação de saúde de um determinado grupo da população, encontramos misturados, em um momento dado, os efeitos de múltiplos processos determinantes e condicionantes que expressam processos mais gerais do *modo de vida* da sociedade como um todo, processos mais particulares inerentes às *condições de vida* do grupo em questão e suas interações com outros grupos e, por

último, processos mais singulares, inerentes ao *estilo de vida* pessoal ou de pequenos grupos aos quais pertence (FERREIRA; BUSS: 2002, p.18).

Por fim, concebemos a saúde como algo que não é somente do campo do saber biomédico, dos especialistas. A saúde diz respeito a todos. Por isso, é de extrema importância que os profissionais de saúde levem em conta, em suas propostas de intervenção, o que a população tem a dizer sobre a própria saúde, o que ela considera fator de adoecimento, que formas de enfrentamento (de produção de saúde) ela cria em seu cotidiano. Essa concepção reafirma o caráter coletivo da produção da saúde, pois toda a sociedade está implicada nesse processo de conquista. A saúde, vista como uma conquista, pressupõe que a participação dos sujeitos coletivos é decisiva e indispensável.

É a partir dessa concepção de saúde, como a criação de formas de vida mais potentes, saudáveis e expansivas, que analisaremos a prática dos agentes de saúde. Colocaremos em análise se suas práticas têm evidenciado uma concepção de saúde restrita ao campo do biológico, como ausência de doença, ou se, ao contrário, comporta a dimensão social e subjetiva de que é portadora.

Sendo a saúde entendida como a capacidade de lutar para mudar o meio em que se vive, de enfrentar as condições adversas de vida, o que é, então, promover saúde para os agentes? Que ações eles são capazes de implementar na comunidade, na luta pela superação das adversidades do meio e pela criação de outras condições de vida? Estarão suas ações centradas nos indivíduos ou nos grupos como potência de transformação? Serão, portanto, essas, entre outras questões, objeto de nossas análises.

3.2 A PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

No trabalho dos agentes, assume relevância as ações de prevenção e promoção da saúde que nos aponta a necessidade de discutir o significado de cada um desses conceitos.

Prevenir significa adotar medidas antecipadamente, preparar; evitar (dano ou mal); informar com antecedência; acautelar-se, precaver-se (Ferreira, A. 2002). A ação de prevenir em saúde significa agir antecipadamente como meio de se evitar algum tipo de dano à saúde, ou seja, prevenindo-se contra o aparecimento da doença. As ações de prevenção são sempre baseadas em um conhecimento da história natural, identificando-se agentes patológicos a fim de se evitar o aparecimento e evolução das patologias. São intervenções formuladas a partir de estudos epidemiológicos que identificam os fatores causadores de adoecimento, orientadas a evitar o surgimento, transmissão e agravo de doenças infecciosas e degenerativas, reduzindo-se com isso sua incidência ou prevalência entre as populações (CZERESNIA, 1999). Assim, poderíamos afirmar que as ações de prevenção se revelam muito mais como práticas centradas na doença que na saúde.

A idéia de promoção da saúde surge como uma tentativa de resposta às mudanças sociais, políticas e culturais das últimas décadas e do esgotamento do paradigma biomédico em frente aos desafios sanitários contemporâneos. *Promover* significa fazer avançar; trabalhar a favor de; gerar; provocar (Ferreira; A. 2002). As ações de promoção da saúde, muito mais do que evitar o aparecimento, a transmissão e o agravo das doenças, procuram criar condições que gerem, favoreçam a saúde dos sujeitos. Exatamente por isso, têm um caráter muito mais amplo que as ações de prevenção, pois demandam transformações em condições de vida e trabalho consideradas patogênicas. Segundo Buss (2000, p. 165):

A promoção da saúde [...] Partindo de uma concepção ampliada do processo saúde/doença e de seus determinantes,

propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (Grifo nosso).

Assim, podemos definir *promoção da saúde* como um conjunto de ações que visam a melhorar a qualidade de vida das pessoas; proporcionando-lhes condições dignas de trabalho e moradia; acesso a bens e serviços essenciais, como saúde, educação e lazer; sendo de responsabilidade tanto do Estado (por meio das políticas públicas saudáveis) como da comunidade, dos indivíduos, do sistema de saúde e parceria intersetoriais. A promoção da saúde está, portanto, associada a um conjunto de valores, como saúde, qualidade de vida, democracia, cidadania, solidariedade, participação, e equidade.

Ainda segundo Buss (2000), as diversas conceituações de promoção da saúde podem ser reunidas em dois grupos. No primeiro, as ações de promoção consistem em atividades que objetivam mudar o comportamento dos indivíduos, seu estilo de vida, hábitos e percepções, dentro da família ou no ambiente cultural da comunidade em que se encontram. Essas ações, de caráter educativo, visam a mostrar os riscos advindos de certos comportamentos considerados “não-saudáveis” e levar indivíduo a perceber que pode mudá-los.

Esse tipo de ação, segundo Carvalho (2004, p. 3), tem como documento de referência o Relatório de Lalonde, publicado em 1974. Esse documento, “[...] partindo do pressuposto de que práticas pouco saudáveis são ‘riscos auto-impostos’ e causas relevantes da não-saúde”, apontou a necessidade de se desenvolver mecanismos de ação que intervissem diretamente sobre o comportamento dos sujeitos, de forma que eles viessem a adotar estilos de vida considerados mais saudáveis.

Na década de 1980, diversos autores evidenciaram o quanto essa forma de promoção à saúde ocultava as mazelas e desigualdades sociais, pois retira o fenômeno saúde/doença do campo do político/social, apontando os indivíduos como

responsáveis pelo próprio adoecimento em função do estilo de vida que adotam. Desse movimento crítico resultou a conceituação da promoção da saúde sob uma outra perspectiva, evidenciando-se o papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde de uma população. Esse segundo grupo

[...] sustenta-se no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição; de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo da vida; ambiente físico limpo; apoio social para as famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e espectro adequado de cuidados de saúde (BUSS, 2000, p. 167).

As ações de promoção da saúde, dessa perspectiva, voltam-se muito mais para as coletividades e o ambiente que as cercam (entendido como físico, cultural, social, econômico e político) que para os indivíduos em si. Além disso, toma significativa importância a noção de intersetorialidade que se revela como a relação entre diferentes setores da sociedade na tentativa de intervir em determinadas situações para eliminar fatores de risco e promover a saúde da população de forma mais efetiva e sustentável. Isso porque intervir no ambiente que cerca os sujeitos, mesmo quando o resultado desejado seja a promoção da saúde, não compete simplesmente às instâncias ligadas à saúde, mas deve ser resultado de um esforço de diferentes instituições sociais.

É interessante percebermos que as ações de prevenção indicam maneiras – baseadas em estudos epidemiológicos – bem definidas de como se evitar o aparecimento ou agravamento de certas doenças (por exemplo, para se prevenir a poliomielite, a criança deve ser imunizada em determinada idade; para se prevenir a dengue, deve-se eliminar o vetor de transmissão, etc.). A promoção da saúde, por outro lado, requisita dos atores nela envolvidos a criação de estratégias de ação. Afirmar que promover saúde é oferecer meios aos indivíduos e comunidades de lutarem pela melhoria das próprias condições de vida não significa a mesma coisa

em todos os lugares e nem em todos os momentos. A promoção da saúde indica ser, acima de tudo, um processo de invenção de ferramentas, de estratégias de promoção de mudanças que favoreçam a saúde de uma determinada população.

Ao diferenciarmos as práticas de prevenção e promoção da saúde, não pretendemos estabelecer entre elas uma relação de hierarquia, no sentido de que uma seja melhor que a outra. As duas modalidades de ação se revelam de extrema importância quando se propõem formas de melhoria das condições de saúde da população, sendo práticas que se complementam e não que concorrem.

Dentro dessa nova proposta de promoção da saúde, centrada na mudança das condições de vida da população e não em seus hábitos, a Carta de Ottawa (1986), que se tornou referência fundamental para se pensar a promoção, foi um dos primeiros documentos a definir a promoção da saúde como “[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (BUSS, 2000, p. 167).

Nessa proposta, assume significativa relevância a participação da comunidade no processo de conquista da saúde e qualidade de vida. Assim:

A idéia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Promoção, nesse sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da capacidade de escolha, bem como a utilizar o conhecimento com discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos (CZERESNIA, 1999, p. 706, tradução nossa).

No Brasil, a importância atribuída aos fatores sociais como determinantes do estado de saúde da população se consolidou a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) que, em seu relatório final, declara que o direito à saúde significa que o Estado deve garantir condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os cidadãos brasileiros.

Esse conceito de promoção da saúde assume lugar fundamental em nossas análises, uma vez que, se procuramos verificar em que medida os agentes identificam a relação existente entre o meio (físico, social, cultural e político) e a saúde da população e com isso promovem ações que incentivem a comunidade a lutar por melhorias em suas condições de vida, ou se atribuem aos próprios sujeitos a responsabilidade pelo seu adoecimento.

3.3 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO POSSIBILIDADE DE DIÁLOGO

“Educar implica a possibilidade de encontro com o outro, de reconhecimento da subjetividade e do afeto como facilitador da interação e conhecimento mútuo” (ASSIS, 1998).

As ações de educação em saúde constituem-se um dos alicerces fundamentais da proposta de promoção da saúde do PSF. São também de fundamental importância em nossas análises, uma vez que têm lugar de destaque no trabalho dos ACS. Esses profissionais, a quem é vedado qualquer tipo de intervenção de cunho técnico (como fazer um curativo), têm como ferramenta essencial de trabalho a conversa, o diálogo. O diálogo não é a única, mas uma das possibilidades do trabalho com educação em saúde.

A história das práticas de saúde, implementadas pelo Estado ao longo dos séculos, evidencia que a educação em saúde se constituiu como uma estratégia de intervenção, no sentido de promover entre os indivíduos comportamentos adequados

para prevenção e/ou controle de diversas patologias. Sua origem foi marcada pelas doutrinas do movimento higienista – que se difundiu na Europa no século XIX – e por ações de caráter muitas vezes invasivo e autoritário.

A revolução burguesa, com conseqüente surgimento das cidades, e as descobertas advindas da bacteriologia propiciaram a criação de um conjunto de práticas destinadas a ensinar à população padrões/normas de comportamento com relação à higiene, à alimentação, à sexualidade, às vestimentas, às relações familiares, etc. com o objetivo de tornar as cidades locais menos insalubres. A saúde, nessa perspectiva, era vista no plano do individual, como o efeito dos bons hábitos dos indivíduos, desconsiderando-se com isso seus determinantes de ordem social, econômica e política. Assim, tornou-se necessário ensinar à população, nesse caso a massa de trabalhadores, como proceder para ter saúde.

No Brasil colonial, segundo Costa (1999), essas práticas de higienização, representadas pela figura do médico, cuidavam de ensinar às famílias: como deveriam construir suas casas (disposição dos cômodos, material empregado, tamanho e localização das janelas, etc.), como deveriam criar seus filhos e se portar no relacionamento conjugal, noções de higiene, além de regras de sociabilidade.

A educação em saúde então constituída caracterizava-se por uma estratégia de controle social por parte das elites e do Estado, no sentido de adaptar os indivíduos à ordem vigente. Seu papel consistia na '[...] divulgação de normas de conduta moral, social e de higiene capazes de tornar os indivíduos mais propensos a aceitar suas condições de vida e trabalho e mais aptos a suportá-las' (ASSIS, 1998, p. 5).

Segundo Vasconcelos, citado por Assis (1998), o Estado sempre investiu na educação em saúde, mas de maneira a atender os interesses políticos e econômicos dominantes em cada época. No Brasil colônia, essas ações tiveram início com a transferência da Família Real para a capital do País, Rio de Janeiro. Esse fato promove um crescente aumento da população na cidade do Rio de Janeiro, local de

instalação da Família Real, e um incremento do comércio internacional. Como consequência, era necessário que a cidade se tornasse um lugar salubre, livre das moléstias que assolavam os espaços com grande aglomeração de pessoas.

No início do século passado, com o rápido crescimento populacional das cidades, surgiram as epidemias e graves problemas sociais. Nessa época, tratava-se de afastar essa ameaça da exportação brasileira, já que os navios estrangeiros tinham medo de aqui aportar. Na década de 1950, no contexto do projeto populista de Getúlio Vargas e da ideologia de participação e desenvolvimento comunitário, partiu-se do princípio de que era necessário tirar a população rural e das periferias do atraso cultural. Já na década de 1960, com a expansão do comunismo em diversos países da Europa, a educação em saúde revelou-se uma importante estratégia de intervenção no nível de doença e miséria da população, diminuindo, com isso, as tensões sociais.

Percebemos, portanto, que as práticas de educação em saúde no Brasil estiveram sempre fundamentadas em uma ideologia adaptativa e normativa da vida das populações, atendendo aos interesses políticos e econômicos das classes dominantes e permanecendo muito longe de promover mudanças reais nas condições de vida e saúde da população.

Essa forma de conceber a educação em saúde, denominada por Assis (1998) de “tradicional”, tem o caráter de transmissão verticalizada de informações e habilidades aos sujeitos pelos técnicos da saúde, ou seja, por “[...] enfiar o saber-de-quem-sabe no suposto vazio de quem não sabe” (BRANDÃO, 1982 apud COCCO, 1999, p. 67). Essa visão reproduz a dicotomia individual/coletivo e concebe a saúde como a ausência de doença que, por consequência, culpabiliza os sujeitos pelo seu adoecimento uma vez que a falta de informação e os maus hábitos são considerados as principais causas da doença. Sob esse prisma, a educação em saúde “[...] expressa uma clara perspectiva de mudar valores, crenças, hábitos e

comportamentos considerados nocivos à saúde” (ASSIS, 1998, p. 5). Disso resultou a criação de práticas de intervenção autoritárias e, na maioria das vezes, invasivas, sendo impostas aos sujeitos formas consideradas corretas de se comportar, de vestir, de se alimentar e de relacionar-se social e sexualmente.

Embora seja possível perceber-se uma certa homogeneidade nas ações de educação em saúde, no sentido de uma imposição aos indivíduos de um modo de vida considerado correto, há, segundo Tones (1987), citado por Assis (1998), basicamente quatro enfoques³ ou vertentes do trabalho em educação em saúde.

O primeiro, denominado *Educativo*, dá-se a partir da perspectiva de que o educador deve ser responsável por *assegurar que as informações repassadas aos sujeitos sejam bem compreendidas, buscar compartilhar e explorar as crenças e valores do indivíduo a respeito da saúde, discutindo as implicações de determinadas ações que ele adota*. A partir desse enfoque, o objetivo não seria persuadir ou convencer o sujeito sobre determinadas ações, mas levá-lo a refletir e escolher livremente que tipo de comportamento adotar.

Um outro enfoque, o *Preventivo*, é o dominante no contexto da assistência a saúde. As ações implementadas são pautadas em fatores que, a partir de estudos epidemiológicos, são considerados de risco. Essa modalidade de educação em saúde apóia-se na idéia de que a prevenção é mais eficaz que a cura e que a relação custo/benefício desta última é questionável, por demandar, na maioria das vezes, o uso de alta tecnologia. A educação em saúde, nessa perspectiva, *tem por responsabilidade a prevenção da enfermidade mediante a modificação do comportamento dos sujeitos, por meio do convencimento, persuasão de que devem adotar formas de vida mais “saudáveis”*.

³ Entretanto, há de se esclarecer que esses modelos estão assim divididos de forma didática e que, na prática da educação em saúde, eles não são excludentes.

O terceiro tipo de enfoque é denominado *Radical*. Nessa perspectiva, a estrutura social e as condições de vida de uma população são tidas como as principais causas das doenças, e *a função essencial das práticas de educação em saúde seria criar na população uma consciência a esse respeito, de forma que se busque coletivamente a melhoraria dessas condições*. Dessa forma, busca-se “[...] não culpabilizar a vítima, mas questionar o próprio sistema social e o modo como uma sociedade voltada para o lucro e a produtividade produz efeitos perversos sobre a saúde mental, física e social” (ASSIS, 1998, p. 11).

Por fim, temos o enfoque *Pessoal*, em que as ações de educação em saúde aconteceriam no sentido de *promover a mudança de crenças e atitudes pelo fortalecimento do controle interno do sujeito e “reforçamento” do seu “amor próprio”*. “Pressupõe-se que a autovalorização propicia o autocuidado e deixa o indivíduo menos vulnerável a pressões para práticas não-saudáveis” (Assis, 1998, p. 11). Esse tipo de intervenção vai de encontro a noção de *empowerment psicológico* (CARVALHO, 2004), que se caracteriza por “um sentimento de maior controle sobre a própria vida” e que reduz o fenômeno saúde/doença totalmente ao plano do individual, retirando-o do plano político e social.

A partir da década de 1970, muitas críticas foram formuladas a essa perspectiva da educação em saúde. A mais significativa gira em torno dessa esperada “mudança de comportamento” dos indivíduos. Pensar a saúde sob esse prisma, como resultado de comportamentos individuais, retira totalmente a questão do seu âmbito político e de determinação social. Não é possível se pensar a saúde unicamente no campo do comportamento e hábitos individuais, principalmente em sociedades que, como a nossa, inviabilizam à grande maioria da população a adoção de hábitos saudáveis.

A partir dessas problematizações, outras propostas de educação em saúde foram formuladas, sendo denominadas, conforme Assis (1998), de educação em saúde

com *enfoque crítico*. Dessa perspectiva, podemos conceituar a educação em saúde como

[...] um campo de práticas que se dão no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades (L'ABBATE, 1994, p. 3).

Ou ainda:

[...] área de conhecimento (área marcada pela interdisciplinaridade) e atividade (marcada pela relação interinstitucional) orientadas para facilitar/capacitar a relação entre profissionais de saúde e sociedade civil, de modo a explicitar e sistematizar as contradições que nesta mesma relação se manifestam em diferentes níveis do sistema de saúde (STOTA; VALLA, 1989, apud ASSIS, 1998, p. 2).

Partindo-se de uma concepção da saúde como processo sócio-histórico, as práticas de educação em saúde, mais do que pretenderem mudar o comportamento e hábitos dos indivíduos, devem focar a mudança dos próprios determinantes sociais do fenômeno saúde/doença, promovendo o envolvimento da população na luta por mudanças nas suas condições de vida e trabalho. A educação em saúde com essa visão deixa “[...] de ser um processo de persuasão ou transferência de informações [...]” (ROCHA, 1989, apud ASSIS, 1998, p. 6) e passa a ser um processo de potencialização dos indivíduos e grupos para transformação da realidade. Ela pode, por isso, ser considerada uma ação predominantemente *política*, à medida que tem o propósito de contribuir para a formação da consciência crítica acerca da realidade social, capacitando a população para sua transformação. Assim, a “[...] educação em saúde é vista como um processo de instrumentalização de indivíduos e de grupos para a identificação e análise dos problemas de saúde, no sentido da elaboração de propostas de solução” (ASSIS, 1998, p. 8).

As práticas educativas que têm essa perspectiva não desconsideram a importância da adoção de estilos de vida saudáveis por parte dos sujeitos, nem mesmo a importância que determinados hábitos e atitudes têm com relação à saúde, mas não colocam ênfase nesse aspecto e sim nos determinantes sociais do fenômeno saúde/doença. Além disso, entende-se que a adesão das pessoas às proposições médicas não se dá em função simplesmente do acesso à informação, sendo efeito de uma constelação de fatores. Segundo Assis (1998, p. 18-19),

A valorização da dimensão individual na abordagem educativa é dada pelo reconhecimento de que esta não se subordina de forma imediata às determinações sociais e à melhoria das condições de vida da população (que permanece como busca fundamental), mas constitui, antes, espaço de resgate do indivíduo como singularidade, mediação essencial, potencialmente solidária, e não contraposta, às preocupações com ações coletivas [...]. De *paciente*, passivo consumidor de medicamentos e exames, a *pessoa* com direito a ser reconhecida como alguém que tem uma história de vida, problemas e dificuldades cotidianos que guardam estreita relação com sua saúde.

Não se trata, quando se apontam mudanças no plano macroestrutural, como forma de melhorar as condições de vida e saúde da população, de desconsiderar a importância do comportamento dos sujeitos, mas de perceber que, mesmo o comportamento no plano individual tem uma relação direta, sendo mesmo produto do momento histórico e cultural em que o sujeito se encontra. A educação em saúde está, portanto, entre estes dois sentidos: mudanças no plano coletivo e individual.

Além disso, o enfoque *crítico* busca questionar a transmissão vertical de conhecimento e de informações, tendo como preocupação a valorização do saber popular sobre a saúde. A relação entre o saber científico e popular deve ser horizontalizada e bidirecional, não havendo a imposição de um sobre o outro, e visando igualmente à transformação dos dois campos de saber, à medida que a transformação da realidade é buscada. Não há como negar que sempre haverá a

transmissão de conhecimento por parte dos técnicos à população. A idéia de troca, como sugere o modelo *crítico* em educação, na verdade, mostra-se mais como uma socialização dos conhecimentos em saúde que os profissionais têm e muitas vezes são desconhecidos pela população. O fundamental nessa relação é se estar aberto ao diálogo e à escuta e, acima de tudo, escapar da postura autoritária de detentor do saber produzida nos profissionais pelo mito da perfeição do saber científico.

Dessa forma, é preciso tomar cuidado para não cairmos em polarizações, pois não se trata da mudança de foco no sentido de substituir a primazia do saber técnico-científico pelo popular, mas possibilitar trocas entre esses dois saberes. A educação em saúde deve ser dialógica, reconhecendo o universo cultural da população e estimulando a crítica e a reflexão. É na valorização desse diálogo que se pode estabelecer uma relação mais estreita com a população. Deve-se buscar, portanto, um afastamento do tecnicismo dominante nos serviços de saúde e uma maior aproximação e contato com a forma de vida da comunidade. A esse respeito diz Assis (1998, p. 19):

[...] mesmo quando não validadas, ou consideradas tecnicamente *erro* ou *inadequação*, a experiência popular com saúde/doença e o manuseio de terapêuticas deve ter seu espaço de expressão. **Ela traduz a vivência concreta das pessoas e desconhecê-la ou rechaçá-la significa muitas vezes perder a possibilidade de se ter parâmetros reais de avaliação da eficácia das ações** (Grifo nosso).

A dificuldade em acolher o saber da população é, segundo Andrade e Araújo (2003), conseqüência de nossa formação acadêmica que nos leva a crer que o profissional é que detém o saber, a teoria, e que o saber da população é de menor valor, não sendo capaz de promover transformações. Como conseqüência, ocorre a imposição do saber técnico-científico sobre o popular, o que inviabiliza a criação de uma relação dialógica entre profissionais e população, produzindo a culpabilização dos

indivíduos pelos processos de adoecimento pelos quais passa (VALLA, 1998). Segundo Cocco (1999, p. 66),

A relação entre profissionais de saúde e a clientela não é, em geral, uma relação entre iguais, mas pressupõe, muitas vezes, uma relação de subordinação, ainda que de forma subjacente, do profissional, detentor do saber, sobre os usuários, cujo saber nem sempre é valorizado [...].

É preciso que os profissionais estejam cientes de que toda ação educativa em saúde porta uma visão de mundo, de sujeito, uma ideologia. É preciso que a formação para a atuação em saúde, seja ela de nível superior, seja elementar, como no caso dos agentes, permita não somente o acesso ao conhecimento técnico, como também a possibilidade de se refletir sobre a própria prática, colocando em análise o que ela produz na vida das pessoas, ou seja, observar se ela constitui uma ação reprodutora da ideologia das classes dominantes ou tem criado meios de transformar e melhorar as condições de vida da população. Segundo Valla (1998, p. 14), essa dificuldade em compreender o modo de vida e de expressão das classes populares não passa simplesmente por um despreparo técnico, mas, sobretudo pela “[...] dificuldade em aceitar que pessoas humildes, pobres, moradoras da periferia, sejam capazes de produzir conhecimento, sejam capazes de organizar e sistematizar pensamentos sobre a sociedade”.

A educação em saúde deve priorizar, portanto, uma participação real, isto é, que não aconteça somente no sentido da adesão e participação da população às propostas de trabalho desenvolvidas pelas instituições, como comumente os profissionais de saúde entendem, mas sim como envolvimento da comunidade na própria elaboração do trabalho a ser desenvolvido, manifestando seus interesses, explicitando suas demandas e lutando para que elas sejam incorporadas às propostas oficiais de intervenção. Para Acioli e Carvalho (1998, p. 3):

A participação das comunidades nos processos de educação em saúde pode apresentar diversos modos dependentes das técnicas e dos objetivos intrínsecos. Assim, considera-se **simbólica**, quando a população é apenas incluída no processo, sem ação ativa, nem mesmo receptiva. Ela é **receptiva** quando existe o recebimento de algum serviço do Estado. A participação é considerada **ativa** nas situações em que a população toma parte num conjunto de atividades não planejadas, nem programadas pela comunidade, como no caso de mutirões. Por fim, a participação é **real** quando a população reivindica e assume parte em processos que vão do diagnóstico, passam pelo planejamento, execução e avaliação das atividades desenvolvidas (Grifo nosso).

A participação comunitária relaciona-se, portanto, com a idéia de cidadania, de reivindicação política, de democratização e socialização do saber, das decisões e do planejamento das metas.

Um artigo, publicado por Acioli e Carvalho (1998), baseado em estudo realizado com agentes comunitários de saúde e moradores de uma comunidade de Pernambuco, analisou alguns conceitos de participação comunitária nos processos de educação em saúde, contextualizando-os com práticas em relação às ações dirigidas para a esquistossomose dentro do programa de controle de doenças endêmicas do Nordeste. Nesse estudo, foi possível constatar que o trabalho dos ACSs na área da educação era convencer a população da importância do uso dos remédios, assim como evitar a utilização da água do rio.

A concepção de educação em saúde desses profissionais consistia na transmissão das informações acerca da doença, nas suas conseqüências e na forma de prevenção. Os agentes passaram a ser conhecidos entre a população local como “guarda-educadores”, em contraposição aos tradicionais guardas de endemias. É interessante notar a relação paradoxal entre os termos, já que o primeiro, guarda, indica “quem vigia”, e o segundo, educadores, “quem promove o desenvolvimento físico, intelectual e moral”. As ações dos agentes, segundo os autores, consistiam

em palestras informativas tanto na zona rural como na urbana. Verificou-se que os próprios agentes eram capazes de perceber que não havia participação real da população nas ações, porque as metas vinham de cima (verticalização) e suas práticas mostravam-se descontextualizadas. A população se referia aos agentes enquanto “aqueles que distribuem os remédios” ou “que só fazem perguntas”.

Esses dados, embora apontados aqui de forma simples, permitem-nos introduzir uma questão que será discutida de forma mais aprofundada no capítulo da análise dos dados, que é a maneira como os agentes concebem o trabalho de educação em saúde. Percebe-se que são ainda predominantes práticas de saúde verticais e de caráter moralizante. Essa imposição de um estilo de vida à população está na contramão daquilo que o PSF, ao menos no plano teórico, propõe. Esse plano recomenda que se conheçam e se criem propostas coletivas de trabalho a partir da realidade e da cultura da população, mas não é o que parece acontecer.

3.4 DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA PRESENTE NO TRABALHO DOS ACSs

O trabalho dos agentes comunitários de saúde apresenta-se portador de muitas peculiaridades. A primeira refere-se à ausência de uma formação técnica específica o que, a princípio, poderia possibilitar a criação de uma relação diferenciada com a comunidade, mais igualitária. Outra particularidade reside no fato de ele ser ao mesmo tempo um morador da comunidade e um profissional da instituição de saúde. O trânsito entre esses dois territórios pode, em muitas situações, ser angustiante para os agentes, mas pode igualmente possibilitar a criação de novas formas de relacionamento entre os serviços de saúde e a população. Além disso, por se tratar de um campo profissional novo, em que as práticas e os lugares são móveis, instáveis e ainda em vias de construção, a exigência de criação está sempre colocada.

No atual cenário da Saúde Pública brasileira, os agentes constituem-se atores fundamentais no processo de transição/transformação do modelo de assistência à saúde, centrado na figura do médico, para outro em que se conceba a saúde como uma produção coletiva e que, portanto, requisita a participação de todos os sujeitos nela implicados. Nesse contexto, os agentes podem se tornar, em conjunto com outros setores da sociedade, atores instituintes de outras práticas em saúde, na medida em que ampliem e favoreçam as possibilidades de a comunidade assumir um papel cada vez mais ativo na definição, execução e fiscalização das políticas e práticas em saúde.

Ante ao exposto, delimitaremos, a partir de que ponto de vista ética e política são pensadas nesse trabalho. Iniciaremos nosso percurso estabelecendo uma diferenciação entre ética e moral, uma vez que elas não serão tratadas aqui da mesma forma. Por *moral*, do latim *mores* ou *mos*, entendemos um conjunto de valores, de preceitos, regras ou normas adquiridos por hábitos e que regem uma sociedade ou um grupo social quanto ao que é considerado bem ou mal, belo ou feio, certo ou errado, justo ou injusto (VÁZQUEZ, 2004; L. MACHADO, 1999). Trata-se de um código de conduta adotado pelos membros de um grupo em determinado momento histórico, social e político. Com isso, podemos afirmar que a moral de uma sociedade pode sofrer alterações ao longo dos tempos, podendo até mesmo haver mais de um código moral dentro da mesma sociedade, pertencentes a estratos diferentes do grupo.

Ética, do latim *ethica* e do grego *ethiké*, é tradicionalmente definida como a ciência que tem por objetivo o juízo de apreciação, quando este se aplica à distinção de bem e mal, que toma por objetivo imediato os juízos de apreciação sobre os atos qualificados como bons ou maus (LALOND, 1999). Assim, por *ética*, entendemos o exercício de pensamento que problematiza os conceitos morais, ou seja, uma ação reflexiva que discute, problematiza e interpreta o significado dos valores morais (CHAUI, 1997).

[A] ética depara com uma experiência histórico-social no terreno da moral, ou seja, com uma série de práticas morais já em vigor e, partindo delas, procura determinar a essência da moral, sua origem, as condições objetivas e subjetivas do ato moral, a natureza e a função dos juízos morais, os critérios de justificação desses juízos e o princípio que rege a mudança e a sucessão de diferentes sistemas morais (VÁZQUEZ, 2004, p. 22).

Entretanto, não entendemos a moral e a ética como conceitos que se opõem, que se excluem e sim que guardam uma relação entre si, podendo a primeira ser considerada o objeto de análise da segunda (VÁZQUEZ, 2004). Dessa forma, podemos pensar a moral como algo do plano do já instituído, do cristalizado, daquilo que já assumiu formas bem definidas. A ética, por outro lado, pertence ao campo das virtualidades, daquilo que está em vias de ser e que pode romper com o que já está dado. Para L. Machado (1999, p. 151),

A ética não seria uma reprodução, mas uma criação; não seria uma aplicação de regras preestabelecidas, mas o uso de regras facultativas, um processo de pensamento e não a efetuação de soluções preconcebidas. Tal como o indicamos anteriormente, **se a ética é um exercício de pensamento, ela deveria excluir processos de reprodução-manutenção dos preconceitos** (Grifo nosso).

Entretanto, a autora toma o cuidado de esclarecer que, ao se referir às regras facultativas, não está se propondo um “pode tudo”, um “oba, oba”. Trata-se de um reinventar regras não calcadas no plano transcendental, ou seja, anteriores e superiores aos homens, mas sim voltadas para as produções sócio-históricas e por isso mesmo passíveis de questionamento.

O sujeito ético, portanto, não será aquele que possui regras morais que lhe indicam como, quando e por que agir, mas sim aquele que põe em análise, que questiona as próprias regras que o conduzem, o que elas evidenciam, o que elas põem para funcionar e que tipo de relação é possível se estabelecer com o mundo e com os

outros a partir dessas regras. **A ética “[...] é um exercício constante do pensar e conseqüentemente a transformação de nós mesmos e do mundo”** (MACHADO, L. D. 1999, p. 157, Grifo Nosso).

Não se trata de se propor um abandono das regras e dos valores, uma vez que eles são importantes mediadores das relações entre os homens. Entretanto, é preciso buscar constantemente a expansão da vida, entendida aqui como a possibilidade de elevá-la ao seu maior grau de potência, de criação, não devendo as regras impedi-la disso. Ainda segundo a autora, em sua leitura de Espinosa, a vida deve ser o critério ético a ser adotado. As regras não podem ser tidas como naturais e acima de qualquer juízo de valor, ao contrário, elas expressam juízos de valores. Desse ponto de vista, tudo que leve à expansão da vida, tudo que aproxime o homem daquilo que ele pode, ou seja, de toda a sua potência, deve ser considerado ético.

Uma postura ética, portanto, é aquela que questiona o que as normas, os valores instituídos e as práticas têm produzido na vida das sujeitos, ou seja, se elas têm possibilitado a expansão da vida ou a tem limitado. Ser ético é não se deixar aprisionar pelas regras ou ideais de conduta e sim estar aberto à alteridade, à multiplicidade e à constante reinvenção de nós mesmos e do mundo.

Para Costa (2001), há três posturas éticas assumidas por profissionais no exercício das práticas assistenciais em saúde mental. Essas éticas referem-se à postura em relação ao sujeito assistido, ou seja, à forma como essa relação é estabelecida e que lugar é dado a esse sujeito ocupar nela.

Na primeira, denominada *Ética da Tutela*, o agente responsável pelos cuidados parte de uma definição prévia de que o sujeito a ser cuidado é privado de razão e vontade. Opera-se com isso uma postura de infantilização do sujeito-alvo dos cuidados, o que não é raro de se encontrar nos serviços públicos de saúde. Por

conceber o sujeito como incapaz de participar do processo, de tomar decisões e de realizar escolhas, cabe ao profissional de saúde fazê-lo.

Nesse tipo de postura, o profissional age legitimado por um saber, do campo biológico, psicológico ou social. Seus atos, ainda que sejam moralistas, estão fundamentados na ciência. Segundo o autor, esse tipo de prática pouco questiona o instituído, as normas e valores de que estão impregnadas as práticas de assistência. Nesse campo, o agente promotor dos cuidados é facilmente identificado como detentor de um saber e o outro supostamente incompetente e incapaz de decidir sobre sua própria vida.

Uma outra postura se constitui na *Ética da Interlocução*, em que o sujeito não é privado do direito de escolha e de razão; ele é visto como portador de uma outra razão e outra vontade, que são conflitivas com as do profissional. O discurso do profissional é autoritário no que diz, mas admite a autonomia do sujeito em definir o que é melhor para si.

Trata-se de definir o sujeito do tratamento como um sujeito competente, de buscar um acordo onde os termos do diálogo possam ser redefinidos, a princípio ou passo a passo; de buscar aquilo que é melhor para o outro, de uma maneira que o outro também seja possuidor de um discurso competente (COSTA, 2001, p. 35).

Por fim, a *Ética da Ação Social* define-se por uma relação em que tanto o agente quanto o sujeito assumem o estatuto de cidadãos, de pares, na tentativa de refazer a ordem geral ou a vontade geral. Há, com isso, a vontade de renovar o instituído, ou seja, aquilo que supostamente é, abrindo-se espaço para a ação e criação de uma relação em que os dois são definidos como iguais, como cidadãos. Essa postura é fundamentada em uma ética pública e tem um caráter político no sentido de propor o questionamento do instituído e a criação de outras formas de relação.

É a partir dessas noções de ética que analisaremos as práticas dos agentes. Pretendemos avaliar se suas práticas têm permanecido restritas ao campo da moral, reproduzindo os valores e normas vigentes, culpabilizando e desqualificando os sujeitos em sua potência de agir ou, ao contrário, se têm sido fundamentadas em uma postura ética de acolhimento e respeito às diferenças, que evidencie uma preocupação com os efeitos produzidos na vida dos sujeitos. Ou seja, que procurem instaurar coletivamente novas formas de relacionamento entre profissionais e usuários, conseguindo questionar os valores que aprisionam os sujeitos em normas de conduta consideradas corretas.

Na Grécia antiga, ética e política eram consideradas aspectos fundamentais da vida dos sujeitos, não sendo concebidas separadamente. A palavra *política* tem sua origem na *pólis* (*politikós*), que significa tudo que se refere à cidade e, por consequência, que é urbano, público, civil (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998).

De origem grega, a política consistia em uma atividade social desenvolvida pelos cidadãos (*politikos*), nascidos no solo da cidade e livres, que, reunidos na *pólis*, discutiam questões de interesse público. *Ta politika* eram os negócios públicos decididos pelos cidadãos: as leis, os costumes, o erário público, a administração dos serviços públicos (construção de estradas e ruas, edificações de templos, etc.), organização das guerras, entre outras funções. Para os gregos, a finalidade da vida política era a justiça e o bem-estar comum a todos e não poderia estar, portanto, dissociada da ética (CHAUI, 1997).

Em outros locais, como no Egito e na Pérsia, a atividade política era restrita ao governante que comandava autocraticamente o coletivo em direção aos objetivos por ele traçados (MAAR, 1994). Assim, na Grécia, ao lado das atividades desenvolvidas pelo soberano, a política acontecia também entre os moradores das *pólis*, não sendo restrita simplesmente ao exercício do Governo. Nesses espaços, aconteciam as

discussões públicas, a prática do discurso como atividade de convencimento e o conflito entre a diversidade de pensamento. “O ser político, o viver numa *pólis*, significava que tudo era decidido mediante palavras e persuasão, e não através da força ou violência” (ARENDDT, 1997, p 192). Assim:

[...] forma [-se] um espaço de presença da política no cotidiano e se abre um terreno à participação política fora do âmbito restrito do exercício do Governo. Esta forma de entender a atividade política como uma experiência que se reflete na vida pessoal, harmonizando-a com o coletivo, faz da política grega uma ética, um referencial para o comportamento individual em face do coletivo social, da multiplicidade da *pólis* (MAAR, 1994, p. 31).

Com o início do capitalismo mercantilista, a burguesia percebeu a necessidade de deixar de se submeter aos tributos, padrões e regras da economia feudal. As lutas da burguesia contra a nobreza feudal reivindicavam a independência das cidades em face aos barões, reis, papas e imperadores. É nesse contexto que Maquiavel escreve *O Príncipe*, que viria a fundar, segundo Chaui (1997), o pensamento político moderno.

Com a ascensão dos ideais republicanos e das teorias políticas liberais, que afirmam que os indivíduos são a origem e o fim do Poder Político criado a partir de um contrato social voluntário (e não de origem divina como nas monarquias), a atividade política assume, a partir do final do século XVIII, formas distintas da exercida no mundo grego.

Para Hannah Arendt, cuja obra é analisada por Ortega (2000), é uma crença comum de nossos tempos achar que se ocupar da política é uma carga, um fardo e que ser livre é estar liberto do envolvimento com os assuntos políticos. “A idéia de dissociar política e liberdade não corresponde à noção da antiguidade, onde o fato de ser livre era uma experiência puramente política” (ORTEGA, 2000, p. 40). A tradição moderna

da política, contudo, separou a liberdade da política, limitando a primeira à esfera do privado.

Para Hannah Arendt, o exercício da política não acontece simplesmente pela via da representação, mas, sobretudo, nas trocas e construções empreendidas pelos sujeitos no espaço público.

Não ligando o espaço público ao Estado, não existe nenhum local privilegiado para a ação política, isto é, **existem múltiplas possibilidades de ação, múltiplos espaços públicos que podem ser criados e redefinidos constantemente**, sem precisar de suporte institucional, sempre que os indivíduos se liguem através do discurso e da ação: **agir é começar, experimentar, criar algo novo, o espaço público como lugar entre os homens pode surgir em qualquer lugar, não existe um *locus* privilegiado** (ORTEGA, 2000, p. 23, Grifo nosso).

Ainda de acordo com Arendt (1997, p. 189), a ação e o discurso, “[...] são os modos pelos quais os seres humanos se manifestam uns aos outros, não enquanto meros objetos físicos, mas enquanto homens”. Através deles

os homens mostram quem são, revelam ativamente suas identidades pessoais e singulares, e assim apresentam-se ao mundo humano [...]. Esta qualidade reveladora do discurso e da ação vem à tona quando as pessoas estão *com* as outras, isto é no simples gozo da convivência humana [...] (ARENDR, 1997, p. 192).

A afirmação de que os homens mostram quem são no espaço público não parte de uma visão a-histórica de subjetividade, como se o homem fosse portador de uma interioridade, uma essência, mas, antes de tudo, da idéia de uma identidade que se constitui e aparece no espaço público.

É a partir dessa dimensão da política que construiremos nossas análises. Não será em nível das políticas institucionais, ou seja, das ações políticas implementadas pelo Estado que analisaremos as práticas dos agentes de saúde, embora elas também façam parte desse nível político. Em nossas análises, o cotidiano será tomado como espaço privilegiado de ação política, de lutas e de encontro entre os homens por meio do discurso e da ação, como espaço que possibilita a criação de outras formas de vida. “O fato de que o homem é capaz de agir significa que se pode esperar dele o inesperado, que ele é capaz de realizar o infinitamente improvável” (ARENDDT, 1997, p. 191).

A concepção de política empregada em nossas análises, portanto, não se limita à noção de política partidária, mas, sobretudo, de uma atividade transformadora do real e da história, da ação em liberdade exercida por todos os sujeitos, independente de vinculação a uma instituição: “[...] uma alternativa política que vai além de uma política partidária e que propõe a recuperação do espaço público: **a política compreendida como atividade de criação e experimentação**” (ORTEGA, 2000, p. 23, Grifo nosso). Partimos da idéia de que não “[...] só o Governo ou os deputados são políticos, e suas relações com os que governam e representam são políticas, **mas também os governados, os representados e suas atividades possuem significado político**” (MAAR, 1994, p. 51, Grifo nosso). Assim, “a política pertence ao campo da práxis e [...] [os] meios são políticos quando estão referidos ao espaço público e às lutas e conflitos no interior desse espaço [...]”. (CHAUI, 1992, p. 354).

Ainda que exista uma prescrição de como deve ser o trabalho desenvolvido pelos agentes, não pensamos que ela seja capaz de dar conta da realidade com que eles se deparam no seu dia-a-dia. Ser agente de saúde demanda a constante invenção e experimentação de maneiras de realização do trabalho, de relacionamento com a comunidade. Além disso, atuar em um Programa de saúde que preconiza a transformação das condições de vida da população, como forma de promoção da saúde, é, sem dúvida, uma ação de cunho puramente político.

Mesmo a apatia política ou a resistência em se envolver com “assuntos políticos”, postura tão comum em nossos dias, evidencia uma tomada de posição. Não há como não estar implicado com as questões de ordem política. Apropriando-nos do pensamento de René Lourau (ALTOÉ, 2004), um cidadão que participa ativamente de várias instituições, que luta por muitas causas, não está mais implicado que um outro cidadão que não participa ou participa menos. O primeiro pode ser considerado mais participativo e comprometido. Entretanto, a postura do que não participa ou participa menos evidencia igualmente uma forma de implicação que, segundo Lourau, não pode ser considerada menos forte do que a do que participa, pois é uma força também altamente instituinte, ou seja, criadora de realidades. A recusa em envolver-se, em comprometer-se, não revela ausência de implicação, antes “[...] configuram atos, comportamentos, assunções de posturas éticas e políticas” (ALTOÉ, 2004, p. 190), devendo igualmente ser analisada.

Não há, portanto, neutralidade política na prática daqueles que trabalham no plano das relações humanas. Todos, cuja profissão consiste em se interessar pelo discurso do outro, como no caso dos agentes, “[...] se encontram em numa encruzilhada política e micropolítica fundamental [...]. Não há objetividade científica alguma nesse campo, nem uma suposta neutralidade na relação [...]” (GATTARI; ROLNIK, 2000, p. 29).

As pessoas [...] que se consideram simples depositárias ou canais de transmissão de um saber científico, só por isso já fizeram uma opção reacionária. Seja qual for sua inocência ou boa vontade, elas ocupam efetivamente uma posição de reforço dos sistemas de produção de subjetividade dominante. E não se trata de um destino de sua profissão (GATTARI; ROLNIK, 2000, p. 29).

Dessa perspectiva, não há lugar privilegiado para que ações políticas aconteçam. Nas organizações comunitárias, nas casas, nos conselhos populares, na escola, na arte, na mídia, na amizade entre as pessoas, em qualquer espaço em que os sujeitos

se relacionem e proponham ações que dão início a algo novo e inesperado, estará acontecendo política. Para Ortega (2000) e Deleuze (1992), pensar o agir, o político, é pensar o acontecimento. “O acontecimento representa a interrupção das leis da natureza e da necessidade, introduzindo acaso, contingência, novidade, diferença, vontade de jogo e de experimentação com formas de pensamento e sociabilidade” (ORTEGA, 2000, p. 34). Desse ponto de vista, o acontecimento quebra a automatização dos processos, com a “[...] mecânica paralisada da repetição” (ARENDRT apud ORTEGA, 2000, p. 34). “É da natureza do início que se comece algo novo, algo que não pode ser previsto a partir de coisa alguma que tenha ocorrido antes. Este cunho de surpreendente imprevisibilidade é inerente a todo início e toda origem” (ARENDRT, 1997, p. 190).

Entretanto, isso não quer dizer que acontecimento se constituirá como algo radicalmente diferente, anárquico ou caótico. Não se trata também de uma visão romântica de uma “grande revolução”, mas sim de privilegiar o cotidiano como espaço de lutas e de possibilidade de criação de processos que rompam com as práticas hegemônicas de se fazer e pensar a saúde. Para Campos (1994), a luta pela transformação das instituições de saúde só alcançará sucesso mediante a valorização desse outro plano de luta, denominado micropolítica.

Dessa forma, pensar a política atualmente não significa mais se limitar às ações do Estado ou dos partidos políticos. Denominada por Maar (1994) de “política de base”, as relações psicossociais cotidianas produzem ações que guardam grandes possibilidades de transformação para o futuro. Nessa perspectiva, os “[...] movimentos sociais e a política de base passariam adquirir importância decisiva, como agentes políticos tão necessários como o próprio Governo e os partidos” (MAAR, 1994, p. 29).

A atividade política exercida fora do âmbito do Governo ou dos partidos visa à transformação da realidade social em que estão inseridos os sujeitos, a conquista ou

o cumprimento de seus direitos. Nesse plano de ação, a política revela seu maior potencial dinâmico, pois deriva de situações cotidianas demandando constante criação de formas de ação.

Para Ortega (2000, p. 35), o “[...] político se define como essa mistura peculiar de fragilidade e consistência. É o lugar onde se unem a persistência da tradição e a fragilidade do novo”. É nesse limiar entre a tradição e o novo que se situa o trabalho dos agentes de saúde. De um lado, a tradição das práticas em saúde centradas na doença e no indivíduo, da educação em saúde como ação moralizadora e autoritária que visa à mudança de comportamentos no plano individual; do outro, a possibilidade de criação, junto com a própria comunidade, de práticas que busquem a promoção da saúde, de ações centradas nas coletividades e na mudança das suas condições de vida. Obviamente, a passagem de uma forma de atuação a outra não se dá de forma espontânea e nem mesmo repentina já que essas formas de atuação podem conviver lado a lado. Assim, a política pode ser considerada

[...] um risco, é difícil abandonar as crenças, valores, tradições, sem saber o desenlace final, pois agir é um início que se define pela irreversibilidade e pela imprevisibilidade, mas ao mesmo tempo, uma forma de sacudir as imagens e metáforas tradicionais, de experimentar e criar novas formas de vida (ORTEGA, 2000, p. 32).

CAPÍTULO 4º

MÉTODO

*“Mas tudo veio a ser: ‘não há fatos eternos’:
assim como não há verdades absolutas”.*
(Neitzsche)

Como dito, colocar em análise a configuração de uma realidade é tentar entender o jogo de forças que a constitui. Esta pesquisa, ao propor a análise da dimensão ético-política do trabalho de agentes comunitários de saúde pretende, portanto, evidenciar que forças produzem determinadas ações e práticas entre esses trabalhadores, na certeza de que não se trata de ações de caráter pessoal, mas sim criadas a partir de uma rede de acontecimentos e agenciamentos, a partir do embate entre essas forças.

Um trabalho de pesquisa não é, a nosso ver, fragmentado, compartimentado, de forma que as etapas que o compõem tenham delimitações claras entre si. Ainda no campo, hipóteses são formuladas, realiza-se uma multiplicidade de análises, reformulam-se conceitos. Entretanto, a fim de melhor explicitar esse processo, efetuaremos uma divisão didática, abordando primeiramente a fase exploratória da pesquisa, seguida pelo período em que estivemos inserida no campo e, por fim, o referencial metodológico empregado na análise dos dados.

4.1 FASE EXPLORATÓRIA

*“Nada pode ser intelectualmente um problema, se não
tiver sido, em primeira instância, um problema da vida
prática. Isto quer dizer que a escolha de um tema não
emerge espontaneamente, da mesma forma que o
conhecimento não é espontâneo”*
(MINAYO, 1992).

Ao ingressarmos no mestrado, já estava impregnado em nós o desejo de conhecer de forma mais aprofundada o trabalho dos agentes comunitários de saúde, personagem novo e ainda incipiente dentro do sistema de saúde. Pelas vivências que tivemos, ainda durante o curso de graduação, com esses trabalhadores, desejávamos compartilhar suas dificuldades, suas dores e, quem sabe por meio da pesquisa, dar maior visibilidade às dificuldades encontradas na realização do seu trabalho. Desejo de tentar apreender o que tem se constituído a partir da sua prática e que relações têm sido estabelecidas com a comunidade e com os demais profissionais de saúde.

Não podemos afirmar que a escolha do objeto de pesquisa e do referencial teórico que norteou nossas análises tenha sido neutra e isenta de nossas afetações. A respeito dessa impossibilidade de neutralidade, Sato e Souza (2001, p. 40) afirmam que o processo de pesquisa requer “[...] do pesquisador que preste muita atenção nele mesmo, uma vez que é a sua relação com as pessoas do local e dele com as teorias que gerarão os achados”.

Segundo Minayo (1992), a fase exploratória de uma pesquisa é tão importante que pode por si só ser considerada uma pesquisa exploratória. É nesse momento que se define e delimita o tópico de investigação, que se propõem os objetivos, que se efetua a construção do arcabouço teórico que embasará o trabalho e, por fim, que se criam os instrumentos de coleta dos dados.

Assim, tendo nossa prática como fundamento de nossos questionamentos, efetuamos o levantamento bibliográfico da temática a fim de compor de maneira mais delimitada em que direção aconteceria nossa investigação. Após a construção do projeto de pesquisa e sua qualificação pela banca examinadora do Programa de Pós-graduação, entramos em contato com a Secretaria de saúde do município de Vitória (SEMUS), a fim de obtermos autorização para a coleta dos dados. Em função do grande número de instituições educacionais que têm desenvolvido algum trabalho

(como estágios, projetos de extensão, pesquisas) nas Unidades de Saúde do município, a Prefeitura adotou o procedimento de indicar aquelas onde é possível se desenvolver algum trabalho, como forma de se evitar a superlotação das instituições por pessoas alheias ao seu quadro profissional. No contato com os responsáveis por tal autorização, solicitamos que a Unidade de Saúde que nos fosse indicada se situasse em um bairro popular⁴ e que o PSF já estivesse em pleno funcionamento. Fomos encaminhada, então, para a Unidade de Saúde da Família do Bairro Consolação.

Nosso primeiro contato com a unidade se deu com a coordenadora, por quem fomos muito bem recebida. Na ocasião, apresentamos o resumo do projeto de pesquisa expondo seus principais objetivos e de que forma seria desenvolvido nosso trabalho. Foi a coordenadora, então, que nos apresentou aos agentes de saúde. Até esse momento, não havíamos definido com quantos agentes seria desenvolvida a pesquisa, pois não sabíamos quantas equipes havia na unidade para a qual seríamos enviada. Após os primeiros contatos, definimos como necessária a escolha de somente duas equipes a fim de conseguirmos estabelecer um vínculo mais estreito com elas, o que poderia não acontecer, caso trabalhássemos com todas as seis.

A escolha das equipes foi feita de forma diferenciada e bastante interessante. Podemos afirmar que a primeira delas é que nos escolheu e não o contrário. Quando nos apresentamos a uma das equipes (que estava em reunião) e dissemos o por que de estarmos ali, os agentes dessa equipe imediatamente disseram: *“Ah! Então a gente já pegou você pra gente! Você vai acompanhar a gente, tá bom?”*. Consideramos acolhedora a forma como a equipe nos recebeu, o que mais tarde se tornou ainda mais significativo pelo desejo manifestado de que alguém dirigisse o

⁴ Essa solicitação se deu em função de nossa experiência anterior com os agentes. No estágio mencionado, a Unidade de Saúde situava-se em um bairro de classe média de Vitória e grande parte das dificuldades enfrentadas pelos agentes era em função de a população não reconhecê-los como trabalhadores da unidade e não aceitarem o seu trabalho, já que tinham um nível socioeconômico e cultural maior que o dos agentes.

olhar a eles. Em reunião com a coordenação, definimos, então, quais seriam as duas equipes acompanhadas: a que já havia manifestado o desejo de participar da pesquisa e uma outra que, na visão da coordenação, estava desenvolvendo um bom trabalho. Mesmo assim, achamos importante expor para as outras equipes a impossibilidade de acompanhar todas, explicando-lhes, entretanto, que nas reuniões gerais e nos treinamentos nós também estaríamos, o que tornaria possível algum nível de contato com eles.

As nossas primeiras atividades se constituíram, nessa fase, pelas conversas informais com esses agentes, pelo reconhecimento da unidade (espaço físico, fluxo de pacientes, programas desenvolvidos, etc.), suas principais dificuldades; pelo contato com os trabalhadores que nela atuavam; pelo reconhecimento de como está estruturado o PSF; além do levantamento de alguns dados sobre a população atendida (como número de famílias cadastradas, principais problemas relacionados com a saúde com que trabalham, etc.). Iniciamos também o acompanhamento de algumas das atividades que os agentes desenvolviam internamente na unidade (como preenchimento de fichas, atualização de prontuários, reuniões de equipe, etc.). Aproveitamos esses momentos para ratificar quais eram os objetivos da pesquisa, por que havíamos nos interessado em pesquisar o trabalho deles. Consideramos que, já a partir desse momento, estávamos realizando nossa coleta de dados.

4. 2 CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES DE SAÚDE

A Unidade de Saúde da Família na qual realizamos a investigação tem atualmente seis equipes de trabalho que contam com trinta agentes comunitários de saúde. Optamos por acompanhar o trabalho dos agentes de duas equipes, dez ao todo.

As duas equipes acompanhadas eram formadas unicamente por mulheres e, entre os trinta agentes da Unidade de Saúde, aproximadamente 10% são do sexo

masculino. Oito entre as dez agentes acompanhadas já atuam na função há pelo menos três anos e nunca haviam participado de trabalhos comunitários antes de se tornarem agentes. Seis entre as dez agentes moram no bairro de Consolação desde que nasceram. Outras três moram há mais de quinze anos no bairro e uma há oito anos.

Sete entre as dez agentes declararam que estão fazendo algum curso profissionalizante, em geral auxiliar ou técnico de Enfermagem, ou procurando melhorar o nível de escolaridade.

Os dados expressos no Quadro 1 referem-se às características pessoais dos agentes.

Agente comunitário de saúde	Idade (anos)	Tempo de residência em Consolação (anos)	Tempo de trabalho como ACS	Escolaridade	Está fazendo algum curso atualmente?
ACS 1	39	39	4 anos	Ensino fund. Completo	Não
ACS 2	28	28	1 ano 10 meses	Ensino médio incompleto	Não
ACS 3	37	8	3 anos 6 meses	Ensino médio completo	Sim. Téc. de Enfermagem
ACS 4	27	27	3 anos 10 meses	Ensino médio incompleto	Sim. Téc. de Enfermagem
ACS 5	44	44	4 anos	Ensino médio completo	Sim. Auxiliar de Enfermagem
ACS 6	28	19	4 anos	Ensino médio incompleto	Sim. Auxiliar de Enfermagem
ACS 7	37	14	4 anos	Ensino fund. incompleto	Não
ACS 8	26	26	4 anos	Ensino fund. completo	Sim. Auxiliar de Enfermagem
ACS 9	48	20	4 anos	Ensino médio completo	Sim. Auxiliar de Enfermagem
ACS 10	27	27	2 anos	Ensino fund. incompleto	Sim. Terminando o Ens. Fund.

QUADRO 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS ACS

4.3 O TRABALHO DE CAMPO

No trabalho de campo, adotamos como ferramentas para a coleta de dados; a) observação participante, com registro em diário de campo e fotografias; b) realização de grupos focais; c) aplicação de um pequeno questionário para sistematizar a coleta de algumas informações, como a idade dos ACS, o tempo que atuam na função, etc. Esse questionário foi preenchido pelos próprios sujeitos e se encontra no apêndice deste trabalho. Vale ressaltar que algumas informações importantes para situarmos o trabalho dos agentes foram obtidas em conversas com a coordenadora da Unidade de Saúde e uma técnica da SEMUS.

4. 3. 1 O processo de observação participante

O que é observar? Paradoxalmente e, no limite, de modo impossível, é construir uma distância quanto a um objeto que, no caso, já é muito longínquo, estrangeiro. Então, intervém um procedimento destinado a virar pelo avesso a metodologia tradicionalmente ensinada [...] o pesquisador deve também efetuar o caminho inverso ao do distanciamento: um passo adiante, um passo atrás. Deve obter o máximo de familiaridade com o campo de estudo. (RENÉ LOURAU, 2004).

Neste estudo, partimos da premissa de que a realidade é construída socialmente, expressando-se nas práticas, nas instituições criadas e nos discursos. Assim sendo, tornou-se necessária a escolha de uma metodologia que permitisse o acesso aos aspectos que constituem a realidade sobre a qual pretendíamos nos debruçar: a dimensão ético-política do trabalho dos agentes. Optamos pela *observação participante* por entendermos que entrevistas unicamente não nos permitiriam conhecer o trabalho desses sujeitos, sendo imprescindível acessar não somente seu discurso, mas também suas práticas.

A observação participante se configura como o acompanhamento dos sujeitos em análise dentro de seu próprio contexto, permitindo o acesso não somente ao indivíduo, como também a tudo que o circunda: seu universo cultural, lingüístico, suas condições concretas de vida e trabalho, entre outros fatores. Essa modalidade de pesquisa pode ser definida como:

[...] um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto (SCHWARTZ; SCHWARTZ, apud MINAYO, 1992, p. 135).

Para Raymond, citado por Minayo (1992), a relação do pesquisador com o grupo pode variar do extremo de *“participante total”* a *“observador total”*. Procuramos assumir com o grupo a relação de *participante-como-observador*, em que se deixa claro, tanto para o grupo quanto para o pesquisador, que a relação entre eles estabelecida é restrita ao trabalho de campo. Isso foi necessário e importante porque, no início, os agentes começaram a nos demandar a participação direta em algumas atividades, por exemplo, conversar com um paciente psiquiátrico que morava na comunidade, fazer um grupo com os adolescentes que eles acompanhavam. Foi preciso deixar claro para eles que nós não faríamos nenhum tipo de intervenção nem com as famílias visitadas, nem com o próprio grupo de agentes, porque o nosso papel ali não era esse. Pretendíamos que as análises produzidas a partir dessa investigação pudessem contribuir para a transformação não somente das suas condições de trabalho como do próprio funcionamento do PSF na região.

Para Sato e Souza (2001, p. 36), “[...] não são apenas as regras e rigores metodológicos que nortearão a qualidade da pesquisa, mas a qualidade do

relacionamento entre o pesquisador e as pessoas do local pesquisado”. Sendo assim:

Uma atitude de observador científico consiste em colocar-se sob o ponto de vista do grupo pesquisado, com respeito, empatia e inserção no mais íntimo possível. Significa abertura para o grupo, sensibilidade para a sua lógica e sua cultura, lembrando que a interação social faz parte da condição e da situação de pesquisa (MINAYO, 1992, p. 138).

Procuramos acompanhar acontecimentos importantes para os sujeitos e conhecer suas atividades cotidianas, mas de forma a não interferir diretamente no curso dos acontecimentos.⁵ Procuramos, durante o acompanhamento do trabalho dos ACSs, estar atenta aos menores detalhes: perceber de que forma eles se relacionam com a comunidade; como lidam com o saber popular, com os valores e universo cultural da população com a qual atuam; como estão implicados com as questões políticas e sociais da comunidade; como lidam com o saber médico e o saber popular, ou seja, se há a tentativa de imposição de um sobre o outro; como se relacionam com os demais trabalhadores da instituição; entre outros.

Assim, o acompanhamento das atividades dos agentes se deu tanto dentro da unidade como fora dela. Quando na instituição, procuramos acompanhar os sujeitos em tudo que faziam. Nos dias de serviço interno, como levantamento de dados, atualização de fichas e prontuários, aproveitávamos para saber que fichas eram essas, como era o trabalho de mantê-las atualizadas, que tipo de levantamento era mais comum eles realizarem. Se o momento era de reunião com a enfermeira para fazer a programação de trabalho da semana, estávamos juntos. Além dessas atividades de cunho burocrático, acompanhamos também outras que eles desenvolviam, como a participação nas consultas médicas, os treinamentos, os grupos de educação em saúde, etc.

⁵ Utilizamos a expressão “interferir diretamente” pois sabemos que a presença do pesquisador no grupo já promove mudanças no seu funcionamento, não sendo possível, portanto, pensarmos na existência de “realidades puras”, isentas de interferências.

Nesses momentos, acompanhamos não somente as visitas domiciliares, mas também alguns trabalhos realizados de educação em saúde com grupos. Nos dias de visitas domiciliares, chegávamos à unidade junto com os agentes, às 8h, mas só era possível sair de lá por volta das 9h30min ou 10h, porque sempre havia alguma tarefa de ordem burocrática para ser realizada.

Durante as visitas, o agente nos apresentava aos moradores, dizia que estávamos fazendo uma pesquisa sobre o trabalho deles e perguntávamos se havia algum problema quanto à nossa presença em suas residências. Nenhuma das famílias a que tivemos acesso rejeitou nossa presença, ao contrário, tratou-nos da mesma forma como faziam com os agentes, com simpatia e educação. Foi nessas andanças com os agentes que se tornou possível perceber como eles se relacionam com a comunidade, que tipo de prática de educação em saúde eles desenvolvem, como é o vínculo estabelecido entre eles e a população.

A observação participante, entretanto, não privilegia unicamente os momentos em que os sujeitos estão desenvolvendo suas tarefas. Várias vezes fomos à cozinha com eles tomar um cafezinho ou sentamos juntos no banco da recepção enquanto aguardávamos um outro agente para ir para a comunidade. Essas conversas informais se mostraram igualmente ricas, trazendo para a coleta de dados informações que em muito contribuíram para as nossas análises. Por meio delas, foi possível ter acesso à história dos serviços de saúde e da comunidade de Consolação, contada por uma auxiliar de serviços gerais que é funcionária da PMV e trabalha na comunidade há mais de vinte anos. Pudemos entender melhor o funcionamento e o quadro funcional da unidade, conversando com a auxiliar administrativa, além das conversas com os próprios agentes.

Para registro de dados, lançamos mão de um *diário de campo*, que consiste em anotar todas as informações, impressões, afetações, com que nos depararmos

durante o processo de coleta de dados. Esse instrumento se mostrou de extrema importância em nosso trabalho, pois não seria possível registrar de outra forma (gravação de áudio ou vídeo) as visitas domiciliares que realizamos. Assim, após o período de permanência com os agentes, registrávamos tudo o que foi percebido, as impressões que tivemos, o que sentimos naquelas situações. No diário, também foi possível o registro das conversas informais com os agentes e com outros trabalhadores da unidade.

É importante ressaltar que, como afirmam Sato e Sousa (2001 p. 37):

[...] sempre existiram os informantes privilegiados que, mais que as pessoas do local, comportam-se como auxiliares do pesquisador, distanciando-se do papel desempenhado no local e, por isso, adotando uma postura de co-pesquisador. [...] [Essas pessoas] Aparecem espontaneamente, em geral manifestando sua apreciação distanciada sobre o local de trabalho, sobre as pessoas, sobre os papéis, sobre os poderes, denunciando regras tácitas e dando 'dicas' sobre o que realmente acontece, que não é dado ao público de imediato.

Esse papel foi, desde o início de nossa investigação, assumido por duas agentes, que não somente foram capazes de produzir análises riquíssimas sobre o próprio trabalho e o PSF, mas também nos ajudaram a organizar, com os demais agentes, a rotina do acompanhamento das atividades e a realização dos grupos focais (reservando horário nas salas, lembrando os agentes do grupo, etc.).

4.3.2 Os Grupos Focais

“Os pensamentos são ações”.
(Nietzsche)

Morgan (1997), citado por Gondin (2003, p.151), define grupos focais “[...] como uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador”. Como uma técnica, os grupos focais ocupam uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas

em profundidade, podendo ser utilizados como ferramenta para se compreender o processo de construção das percepções e atitudes de grupos sociais.

Embora, para muitos, essa técnica possa parecer uma modalidade de entrevista em grupo, as diferenças entre elas são significativas no que se refere à qualidade dos dados obtidos. Na entrevista em grupo, o entrevistador grupal exerce uma relação mais didática, diretiva, com cada membro do grupo. No grupo focal, o pesquisador deve assumir uma postura de facilitador e moderador da discussão, estando sua ênfase nos processos psicossociais que emergem, nas contradições, nos jogos de forças, nas influências. No processo de entrevista grupal, as respostas são ouvidas individualmente e comparadas, enquanto no grupo focal todas as respostas são vistas como sendo do grupo, ainda que tenham sido expressas por um único membro. Esse último aspecto muda consideravelmente o nível das análises, pois na entrevista grupal, é feita do *indivíduo* no grupo, enquanto no grupo focal o que estará em análise é o próprio *grupo*.

Os grupos focais podem ser utilizados de três formas: a) grupos auto-referentes, principal fonte de dados de uma pesquisa; b) grupos focais como técnica complementar, em que ele servirá para estudos preliminares, testagem de instrumentos ou hipóteses; e c) grupo focal como uma proposta multimétodos qualitativos, que integra seus resultados com o da observação participante e de entrevistas em profundidade (MORGAN, 1997, apud GODIN, 2003).

Consideramos interessante o emprego de grupos focais por tornar possível a comparação entre o conteúdo produzido no grupo e o cotidiano de trabalho dos agentes, o que muitas vezes colocou em evidência as contradições presentes no processo de trabalho desses sujeitos. Além disso, foi por meio dessa discussão que tivemos acesso à percepção que os agentes têm do próprio trabalho, a maneira como se sentem na relação com a comunidade e com a equipe, o que entendem por saúde, entre outros itens.

Um aspecto que, desde o início, apontamos para os agentes foi de que nenhum deles deveria se sentir impelido a participar da pesquisa, ainda que os demais agentes de sua equipe assim o fizessem. Foi assegurado total sigilo de suas identidades, principalmente quando na utilização do gravador para registro das falas e discussão dos grupos focais.

Foram realizados dois grupos focais em que estiveram presentes as duas equipes, dez agentes ao todo. No *primeiro grupo*, que aconteceu dois meses depois de iniciado o trabalho, começamos explicando quais eram os objetivos daquele encontro: conhecer as percepções que eles tinham sobre o próprio trabalho, o que eles entendiam por PSF e como era para eles trabalhar e, ao mesmo tempo, serem moradores da comunidade. Explicamos de início como a discussão deveria ocorrer: um falando por vez para que ninguém deixasse de ser ouvido e assim fosse possível o registro (gravação) de todas as falas. Explicamos que todos teriam o direito de expressar suas opiniões e solicitamos que não houvesse conversas paralelas. Foi elaborado um roteiro (Apêndice A) com tópicos a serem discutidos de forma que a discussão não se perdesse. Nossa interferência, entretanto, limitava-se a introduzir algumas questões e pedir que explicitassem melhor alguma colocação feita, deixando que a discussão entre os sujeitos fluísse livremente.

Foi interessante percebermos que, no início do grupo, alguns agentes se mostravam apreensivos com o teor da discussão, preferindo permanecer mais calados. Entretanto, ao perceberem nossa postura de acolhimento ao que expressavam, passaram a se mostrar mais à vontade. Tivemos a nítida impressão de que, em função da nossa entrada na unidade ter sido via coordenadora, eles tinham medo de que alguma coisa que fosse dita ali chegasse até ela. Os agentes chegaram a comentar, durante a discussão sobre uma reunião que havia sido realizada com eles por uma psicóloga da unidade, e que *“deu muita conversa”* (ACS) e que não era para ninguém ficar comentando o que seria discutido ali. Percebemos que, depois desse

primeiro encontro, os agentes tornaram-se ainda mais abertos e receptivos, pois tiveram a certeza de que nós não estávamos ali para dizer se o trabalho deles estava certo ou errado, como haviam pensado a princípio.

Assim, à medida que a discussão fluía, os pontos por nós considerados importantes iam sendo debatidos espontaneamente, tornando-se desnecessário introduzir alguns deles na discussão. Durante a realização do grupo, alguns aspectos interessantes emergiram e, a partir deles, introduzimos questões que não haviam sido previstas no roteiro. Os grupos foram realizados em uma das salas da Unidade de Saúde (sala de reuniões) e tiveram duração média de uma hora e meia.

Nesse primeiro grupo, a discussão se fez mais em torno do trabalho do agente, de suas principais dificuldades, de que maneira eles tentavam superá-las e de como era sua relação com a equipe e com a comunidade. Este último ponto, a relação com a comunidade, foi retomado no segundo grupo por iniciativa dos próprios agentes. No primeiro grupo focal, eles haviam afirmado que não encontravam nenhuma dificuldade na relação com a comunidade, o que foi trazido sob outro ângulo no segundo grupo, ocasião em que eles relataram como é difícil posicionarem-se como moradores e trabalhadores e lidar com as formas de controle que a população exerce sobre eles.

No *segundo grupo focal*, conduzimos a discussão no sentido de perceber que conceitos de saúde permeavam suas práticas e o que eles entendiam por promoção da saúde. Nesse encontro, pensamos que seria interessante a utilização de algum recurso que levasse os sujeitos a expressarem livremente seus pensamentos e conceitos. Fizemos, então, um cartaz com a palavra SAÚDE em letras grandes. Pedimos que os agentes associassem livremente palavras que, na visão deles, guardavam relação com a saúde e que fossem escrevendo no cartaz. Foi solicitado que, a medida que as palavras fossem sendo ditas, eles explicassem qual era a

relação delas com saúde. Essa dinâmica de trabalho foi interessante, pois permitiu que todos participassem e iniciassem de forma tranqüila a discussão proposta.

4. 4 ANÁLISE DOS DADOS

*“Quem fala e age? Sempre uma multiplicidade, mesmo que seja uma pessoa que fala ou age. Nós somos todos pequenos grupos”
(MICHAEL FOUCAULT, 2002).*

Finalizada a etapa do trabalho de campo, demos início à organização dos dados obtidos pela transcrição das gravações dos grupos focais e da organização dos registros de acontecimentos observados no cotidiano de trabalho dos agentes. A partir dos dados coletados e organizados, realizamos a construção das *categorias de análise*, que serão discutidas mais à frente, em capítulo específico.

Nossas análises se construíram a partir de uma avaliação (leitura) histórico-genealógica proposta por Foucault. Segundo Andrade (1999), essa proposta de análise não se constitui como um conjunto de preceitos ou regras que compõem um arcabouço metodológico e que indicam como devem se operar as análises. Na verdade, a Genealogia pode ser considerada muito mais como uma postura que o pesquisador assume diante dos dados a que teve acesso. Postura essa que leva o pesquisador a considerar esses dados como efeito de jogos de força, constituídos num dado momento da história. Ou seja, a Genealogia não pretende que as análises produzidas assumam o estatuto de verdade, por considerar que elas serão sempre provisórias e fragmentárias. Assim, podemos afirmar:

Na perspectiva genealógica não há essências fixas, nem leis subjacentes, nem finalidades metafísicas. A pesquisa genealógica evita a busca das profundidades, o retorno a uma imagem imaculada, fora do tempo. Ela procura a superfície dos acontecimentos, os mínimos detalhes, as menores mudanças e os contornos sutis [...] (NEVES; JOSEPHSON, 2002, p.102).

Não pretende, portanto, analisar o sujeito que fala (saber o que fala e por que fala em um plano da individualidade), mas sim o que está sendo enunciado por essa fala. Que acontecimentos, que realidades, que regras levaram à constituição daquele discurso, daquela prática, e não de outros.

Não é a fala dos entrevistados, no seu aspecto lingüístico que tentamos ouvir, e sim, o que o discurso enuncia. Buscamos as regras de constituição dos discursos neles mesmos. Ou seja, não é a fala como coisa dita que é analisada, tentamos procurar as múltiplas determinações que levam os sujeitos pesquisados a fazer determinadas afirmações (BARROS; OLIVEIRA, 2000, p. 5).

O que pretendemos é analisar a emergência de certas práticas e discursos a partir de um conceito de historicidade que não é tida como linear, mas como o resultado de um jogo de forças, de rupturas, que permite a emergência de certos acontecimentos. Não se trata, portanto, de tentar entender por que aquele *agente comunitário de saúde* age de uma forma ou de outra, como se tratassem de ações pessoais, mas de tentar cartografar⁶ o que tem permitido a emergência dessas práticas e não de outras, desses discursos e não de outros. A maneira como esses sujeitos entendem o fenômeno saúde/doença, como se relacionam com o saber que a comunidade traz, entre tantas outras questões aqui analisadas, não são construídas em um vazio, mas sim a partir de determinados valores, a partir do lugar em que eles se constituíram como sujeitos e que ocupam no mundo, a partir das relações que se estabelecem entre eles e tudo que os cerca.

Não há algo que deva ser encontrado, resgatado, que está por trás do discurso. Trata-se de enunciar as várias formas como somos produzidos pelas práticas sociais

⁶ Guattari utiliza o termo *cartografia* como uma analogia às cartas cartográficas, por meio das quais, diferentemente de uma fotografia, é possível perceber os movimentos de um determinado terreno, com suas reentrâncias, declives e altitudes. Para Guattari, a cartografia está ligada à preocupação com a composição de novas práticas.

em suas múltiplas configurações. Não se trata de buscar a essência do discurso e das práticas em si, pois os discursos e as práticas apontam coisas diferentes e múltiplas ao mesmo tempo; é preciso pensar que subjetividades e realidades são constituídas a partir desses discursos, o que isso põe em funcionamento, onde e como se constituem os movimentos de criação dessas realidades. Não procuramos, portanto, analisar as práticas dos ACS no sentido de perceber se são melhores ou piores do que as práticas dos demais profissionais, mas tentamos analisar o que elas põem em funcionamento, o que elas produzem em seus desdobramentos e qual é sentido ético e político ali produzido.

Para Foucault (2002, p. 7), deve-se buscar conhecer os acontecimentos dentro de uma trama histórica e não na personificação de um sujeito instituinte:

Queria ver como estes problemas de constituição podiam ser resolvidos no interior de uma trama histórica, em vez de remetê-la a um sujeito constituinte. É preciso se livrar do sujeito constituinte, livra-se do próprio sujeito, isto é, chegar a uma análise que possa dar conta da constituição do sujeito na trama histórica. É isto que eu chamaria de **genealogia, isto é, uma forma de história que dê conta da constituição dos saberes, dos discursos, dos domínios de objeto, etc., sem ter que se referir a um sujeito**, seja ele transcendente com relação ao campo de acontecimentos, seja perseguindo sua identidade vazia ao longo da história (Grifo nosso).

Não pretendemos que nossas análises sejam produções solitárias, mas sejam compostas a partir desse cenário de forças, estando impregnadas pelos valores do mundo que nos cerca, por nossas crenças e pelas expectativas que temos em relação a este trabalho de investigação. É necessário, no entanto, que estejamos atenta à nossa própria implicação com esta pesquisa e não percamos de vista que, mais do que o simples desejo de conhecer, temos a responsabilidade ética e política de possibilitar que este trabalho sirva de ferramenta para a transformação da realidade dos sujeitos por nós pesquisados.

4.5 DEVOLUTIVA DOS RESULTADOS

Após defesa da dissertação, os resultados de nossas análises foram encaminhados para Unidade Saúde da Família de Consolação. Para isso, realizamos um encontro com os agentes em que, de posse do Relatório de Pesquisa (Apêndice D), discutimos os principais aspectos deste trabalho e as formas como o grupo pode se apropriar dele na luta por melhores condições de trabalho e vida. Além disso, compartilhamos com a coordenação nossas impressões na expectativa de que se crie na unidade um espaço coletivo de reflexão com vistas a melhorar as condições de trabalho não somente dos agentes, mas como de todos os demais trabalhadores da instituição. O relatório também foi encaminhado à coordenação e nos disponibilizamos para, em outra ocasião, discuti-lo com os demais profissionais da unidade.

CAPÍTULO 5º

CONTEXTUALIZANDO O CAMPO DE INVESTIGAÇÃO: O MUNICÍPIO DE VITÓRIA E A COMUNIDADE DE CONSOLAÇÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO E DA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE VITÓRIA

Vitória, capital do Espírito Santo, tornou-se um município predominantemente urbano a partir da década de 70, momento em que passou por grande reestruturação econômica. Atualmente, integra, com os municípios de Serra, Vila Velha, Cariacica e Viana, a Região Metropolitana da Grande Vitória. O município possui uma superfície de 89km², distribuídos entre uma área continental e 34 ilhas. A cidade conta hoje, segundo censo do IBGE (2000), com aproximadamente 291.941 habitantes.

Conforme Oliosia (1999), a partir de meados de 1950, Vitória passou, em consonância com o resto do País, por significativas mudanças no seu cenário socioeconômico. Com a crise vivida pela cultura do café – até então principal atividade econômica do Estado – na década de 60, uma grande soma de trabalhadores rurais migrou para a capital, o que ajudou a acelerar o processo de industrialização da cidade. Todas essas mudanças promoveram um acelerado crescimento populacional da cidade, que aconteceu de forma desordenada com a ocupação de morros e aterramento de mangues. Atualmente, Vitória conta, além de sua população residente, com um grande contingente de população flutuante, que trabalha no município, mas reside nas cidades vizinhas integrantes da região metropolitana.

Segundo a mesma autora, a trajetória das políticas de saúde de Vitória, na década de 1980, revela uma posição de retaguarda e passividade em relação às mudanças ocorridas no cenário nacional. Foi somente a partir de 1989 que o Governo municipal eleito, Partido dos Trabalhadores (PT), iniciou o processo de mudança no

setor da saúde, procurando reestruturá-lo a partir das diretrizes da Reforma Sanitária Nacional e do SUS.

A transferência das ações de saúde para responsabilidade da Prefeitura iniciou-se em 1989, quando o município assumiu, de forma parcial, as primeiras ações de vigilância e epidemiologia sanitária, vindo a assumi-las totalmente somente em 1994. A transferência das Unidades Básicas de Saúde, até então de responsabilidade do Governo estadual, para gerência e gestão do município se dá em 1996. Assim, em 1998, o município foi habilitado a assumir a Gestão Plena de Atenção Básica à Saúde (NOB-SUS 01/96). Nessa modalidade de gestão, o município assume todas as responsabilidades referentes à atenção básica da saúde da população, permanecendo ainda sob gestão do Estado os serviços de média e alta complexidade.

O PSF começou a ser implantado no município em 1997, tendo suas primeiras quatro equipes iniciado o trabalho em fevereiro de 1998. Na ocasião, previa-se, para 2003, a cobertura total do município com o Programa, o que ainda não aconteceu, apresentando o município uma cobertura de 50% da população.

Vitória conta hoje com vinte e sete Unidades Básicas de Saúde (UBS). Quatorze delas já funcionam com o Programa Saúde da Família, das quais onze foram convertidas e três construídas para funcionar dentro do novo Programa. Em Vitória, as equipes são compostas por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que variam de acordo com o número de moradores da região onde atuam. Algumas dessas equipes contam com o apoio de um psicólogo e uma assistente social. Atualmente, tornou-se obrigatória a existência de odontólogos nas equipes de saúde de família do município, mas nem todas os têm.

Além das UBS, o sistema de saúde conta com três pronto-atendimentos, uma policlínica de especialidades, oito centros de referências, oito módulos de serviço de orientação ao exercício e um laboratório de análises clínicas próprio. Essa rede de assistência é dividida em seis regiões de saúde e 22 territórios.

A gestão de saúde municipal ainda é Plena de Atenção Básica, assumindo o município a responsabilidade de gerir os serviços de atenção, não dispondo de hospital próprio e não sendo, portanto, capaz de oferecer à população serviços de alta complexidade, o que fica a cargo da esfera estadual do Governo.

Segundo a própria Secretaria de Saúde, muitos obstáculos ainda necessitam ser superados para que o PSF obtenha sucesso. Um deles refere-se às práticas dos profissionais que, mesmo inseridos em um Programa que prioriza a promoção da saúde, continuam atuando baseados no modelo tradicional, que se caracteriza por ações curativistas e centradas nos indivíduos. Além disso, não raro nos deparamos com Unidades de Saúde sem adequada estrutura física e profissionais com vínculos de trabalho diferenciados atuando na mesma instituição.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DE CONSOLAÇÃO

Ao propormos a análise da dimensão ético-política do trabalho de ACS de uma determinada comunidade, temos clara a idéia de que estamos operando um recorte em uma realidade que é, sem dúvida, bem mais ampla e diversa do que aquela com a qual nos deparamos durante o processo de coleta dos dados. Dessa forma, a fim de evitarmos o desmanche das redes de força que compõem as práticas aqui em análise, tirando-as de seu contexto sócio-histórico-político, procuraremos traçar algumas considerações sobre a comunidade onde se dá a ação dos agentes, talvez de forma não tão aprofundada, mas suficientemente capaz de lançar luz sobre alguns aspectos por nós considerados importantes.

Consolação é um território da cidade de Vitória localizado entre os bairros de Santa Lúcia, Bento Ferreira e Maruípe, constituído pelos bairros *Jaburu*, *Gurigica*, *São Benedito*, *Horto*, *Floresta* e *Consolação*. Cada bairro tem uma organização comunitária independente dos demais. A paisagem geográfica da região é constituída predominantemente de morros, cerca de 80%, tendo também regiões de baixada. Devido aos índices de saúde desfavoráveis e alto índice de pobreza, a Prefeitura Municipal de Vitória decidiu implantar o Programa Saúde da Família na região.

Segundo relatório da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS),⁷ a região conta atualmente com 17.420 pessoas cadastradas no Programa Saúde da Família, sendo esse número referente a 4.420 famílias. Sabe-se, por meio do relato de moradores e de fontes da PMV,⁸ que o bairro surgiu a partir de uma fazenda de criação de éguas (na parte plana), tendo uma parte sido loteada e outra invadida.

Com a grande migração ocorrida nos anos de 1970 a de 1990, o bairro de Consolação apresentou grande crescimento demográfico, acompanhando a tendência de toda a cidade, o que gerou uma ocupação dos morros de forma desordenada e sem infra-estrutura, levando à realidade com que se depara atualmente na região.

Segundo o relatório do Siab, que é elaborado a partir dos dados levantados pelos próprios ACS, 99,66% da população da região tem abastecimento de água da rede pública. Em relação ao tratamento dado à água para utilização em domicílio, 79,10% da população filtram; 1,97% ferve; 2,13% adicionam cloro; e 16,81% a consomem sem nenhum tratamento.

⁷ Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), agosto/2004

⁸ Informações disponíveis no site: www.vitoria-es.gov.br

No que se refere ao nível educacional da população da região, 77,26% das crianças em idade escolar (entre sete e quinze anos) estão freqüentando regularmente a rede de ensino. 90,61% daqueles com idade superior a quinze anos são alfabetizados.

Das famílias cadastradas na Unidade Saúde da Família de Consolação, 14,86% têm algum plano privado de assistência à saúde, o que indica que os moradores da região, em sua grande maioria, dependem da assistência do SUS, o que pode ser confirmado pela quantidade de pessoas que freqüentam diariamente a unidade.

No que se refere às doenças que mais acometem a população da região, tem-se os seguintes dados expressos na tabela 1:

TABELA 1 - DOENÇAS REFERIDAS NA COMUNIDADE DE CONSOLAÇÃO (Siab)

Alcoolismo	Chagas	Deficiências	Diabetes	Epilepsia	Hipertensão arterial	Malária	Tuberculose
3, 82 %	0, 01%	0, 05%	1, 57%	0, 23%	7, 62%	0, 01%	0, 79%

Conforme os dados obtidos, a maior incidência na região é de alcoolismo, diabetes e hipertensão arterial, tendo essa última um índice bastante elevado.

Quanto ao tipo de moradia da população, 83,76% das famílias têm casa de tijolo ou adobe (espécie de tijolo cru seco ao sol); 13,62 % de madeira; 1,43% de materiais aproveitados (papelão, restos de madeira, etc.) e 1,20% de outros materiais. É interessante acrescentar que a região é quase totalmente composta por morros e, embora o número de famílias que possuem casa de alvenaria seja relativamente alto, as condições de moradia da população são muito precárias. Ainda que não se tenham dados oficiais a esse respeito, ao acompanhar os agentes nas visitas domiciliares, percebemos que a população, em sua maioria, vive em casas pequenas para o número de pessoas que nela residem, quase sempre sem acabamento

(reboco nas paredes, piso) e muitas delas sem banheiro. Vale ressaltar que a maioria das casas sem banheiro está nas regiões de preservação ambiental (no alto dos morros) e, por fazerem parte do Projeto Terra,⁹ a Prefeitura não permite que se reforme ou construa mais casas, o que inviabiliza que a população realize melhorias nas condições de moradia.

Quanto ao destino do lixo, 98,91% das famílias têm acesso ao serviço público de coleta, que é realizado com a subida dos funcionários das empresas coletoras aos morros; 0,77% queima ou enterra o lixo produzido; e 0,32% joga a céu aberto. Entretanto, percebemos que, apesar do acesso ao serviço de coleta de lixo, grande parte dele é lançado nas encostas dos morros ou até mesmo nas escadarias e ruelas do bairro. Segundo os agentes, a população procede dessa maneira pois, como a coleta não é diária, o lixo deveria ser armazenado em sacos plásticos até o dia de ser entregue aos funcionários da Prefeitura, o que não é feito pelos moradores.

Quanto à rede de esgoto, 98,55% da população cadastrada possuem rede ligada ao sistema de esgoto; 0,70% utiliza-se de fossa e 0,75% deixa o esgoto produzido a céu aberto. Além disso, 65,14% das famílias têm energia elétrica, o que pode ser considerado um índice baixo para uma região metropolitana como Vitória.

Além das condições de moradia citadas, segundo dados disponíveis na própria Unidade de Saúde¹⁰ de Consolação, o índice de desemprego da população local é alto. Entre os moradores dos bairros Jaburu, São Benedito, parte do Horto e parte de Consolação, cerca de 70% da população economicamente ativa não têm renda

⁹ O Projeto Terra foi implantado pela Prefeitura de Vitória a partir do levantamento de que cerca de 26% da população da cidade vivem em morros com infra-estrutura inadequada, dificuldade de acesso à transporte e bens públicos, falta de segurança, de iluminação entre outras dificuldades. O projeto tem como objetivos: a urbanização, o saneamento básico, a implantação de transporte público, a regularização das áreas e lotes ocupados, preservação ambiental, participação comunitária nas decisões acerca das melhorias a serem feitas, geração de renda, entre outro. As famílias que residem nas áreas de preservação ambiental são gradativamente transferidas para casas populares construídas pela Prefeitura em outros locais, não sendo por isso permitido que construam ou ampliem suas residências. As regiões contempladas pelo projeto foram aquelas em que se iniciou a implantação do PSF. (VITÓRIA, 1997)

¹⁰ Diagnóstico Situacional de Saúde do Território de Consolação, 2003.

alguma ou ganha até dois salários mínimos, o que indica um alto nível de desemprego e subemprego (informalidade e/ou baixos salários). Tais índices são avaliados pela Organização Mundial da Saúde como estado de absoluta de pobreza. Como conseqüência, relatam os agentes e os próprios moradores, as atividades ligadas ao tráfico de drogas muitas vezes são as únicas opções de renda que os jovens encontram, o que gera um alto índice de criminalidade na região.

Todos os aspectos aqui discutidos evidentemente não podem ficar à margem de nossas análises, uma vez que é nesse contexto que se dão as práticas dos ACSs. Além disso, ao problematizarmos o trabalho com promoção da saúde, não é possível permanecermos em um plano individual, sendo necessário nos remetermos de caráter coletivo, por exemplo, as condições de vida da população.

Tal realidade nos impele a questionar como é, para os agentes comunitários, trabalhar com promoção da saúde em uma comunidade em que, não poucas vezes, faltam condições dignas de vida, gerando constantes situações de agravo à saúde, como desemprego, criminalidade, condições precárias de moradia, alimentação insuficiente ou inadequada, entre diversos outros.

5.3 IMPLANTAÇÃO DO PSF EM CONSOLAÇÃO

O PSF foi implantado em Consolação há quatro anos em uma Unidade de Saúde convencional chamada São Camilo. Ao longo do primeiro ano, os agentes de saúde, juntamente com as enfermeiras, fizeram o cadastramento da população local. Durante parte desse período (aproximadamente seis meses), os agentes foram capacitados pelas enfermeiras das equipes para o trabalho com a comunidade. Segundo eles, esse período foi difícil, pois muitas famílias se recusavam a recebê-los para serem cadastradas: “*Teve gente que falou: ‘Se é da prefeitura, eu não quero saber’*” (ACS).

Durante esse ano, além do cadastramento, os agentes promoviam a sensibilização da comunidade para a mudança na forma de funcionamento do serviço de saúde, pois a população esperava que fosse atender como uma espécie de pronto-atendimento 24h. Os agentes têm a percepção de que hoje a comunidade entende e aceita melhor a forma de atendimento que é priorizada pelo Programa, embora muitos moradores se queixem de que as consultas são agendadas com muito tempo de antecedência (na Unidade São Camilo as pessoas pegavam ficha pela manhã e eram atendidas no mesmo dia) e não há pronto atendimento em situações emergenciais. Entende-se que essa “queixa” da população não é pertinente somente à Unidade de Saúde de Consolação, pois, como o município de Vitória não possui hospital próprio e os hospitais do Estado atendem de forma muito precária (falta de vagas e infra-estrutura inadequada), a população, quando precisa recorrer a um pronto-socorro ou pronto-atendimento, encontra muita dificuldade em ser atendida, o que gera insatisfação com relação ao serviço prestado na rede de saúde do município.

Na forma como está estruturado o serviço de saúde atualmente, em Consolação, todos os dias, além das consultas agendadas previamente, são reservadas quatro vagas para atendimentos de emergência (vômito, diarreia, febre, o que é chamado na unidade de *demanda*). Entretanto, parece que esse número não é suficiente para atender a toda a população, o que constantemente é motivo de reclamações na instituição por parte das pessoas que chegam e não conseguem atendimento imediato. A esse respeito, é interessante a fala de uma funcionária da unidade (auxiliar de serviços gerais) que há dezenove anos trabalha na área da saúde em Consolação (primeiramente na São Camilo e agora na USF Consolação):

A população não entende a nossa linguagem. Igual eles chegam aqui querendo se consultar na mesma hora e a gente diz: 'Não pode porque tem demanda'. Eles nem sabem o que é demanda! Aí forma aquela fila, todo mundo reclamando, porque eles não entendem o que a gente está dizendo [...] A

gente usa umas palavras, fala de um jeito que eles não entendem.

O que nos chama a atenção na fala dessa senhora, que não é uma profissional com formação específica para atuar na área de saúde, mas sim uma trabalhadora e moradora da localidade, é a sensibilidade para perceber o quanto muitas vezes o discurso dos profissionais de saúde é distante da população com que trabalha, demonstrando total desconhecimento da realidade que os cerca.

O fluxograma de acolhimento da população na Unidade de Saúde pode ser expresso da seguinte forma (figura 1):

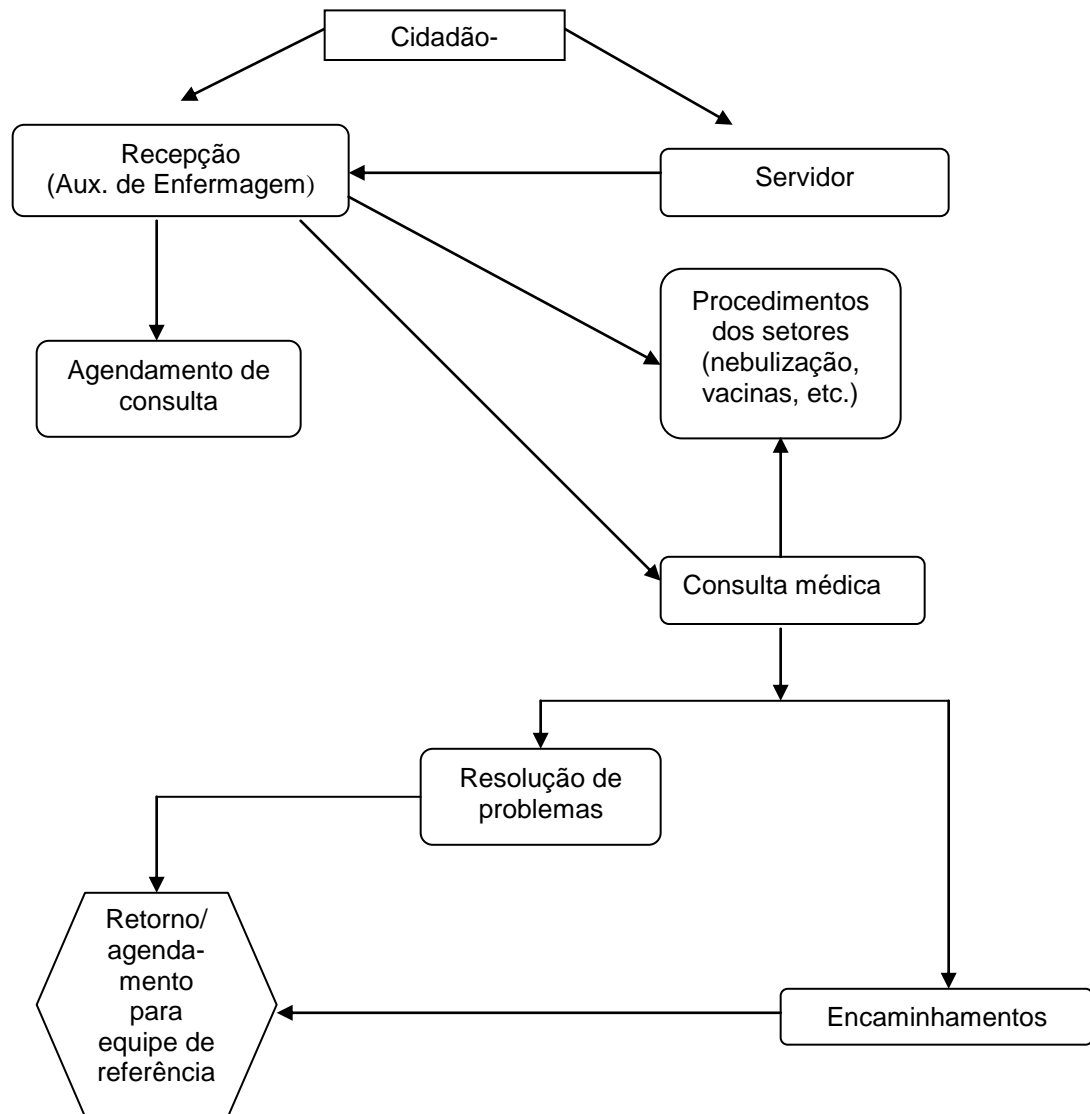


Figura 1 – Fluxograma de atendimento na Unidade de Saúde de Consolação

Assim, ao chegar à Unidade de Saúde, o usuário deverá passar pela recepção de onde será encaminhado: a) para a consulta médica (agendada ou de demanda, se for o caso); b) para os procedimentos; ou c) terá consulta agendada. É interessante notar que os ACSs relatam que, em geral, a população não se dirige primeiramente à recepção, preferindo procurá-los, o que aponta o vínculo que tem com esses profissionais, além da posição de referência que ocupam no serviço de saúde local.

Atualmente, a unidade conta com seis equipes de saúde, sendo cada uma delas composta por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de Enfermagem, um odontólogo, um auxiliar de Odontologia e cinco agentes de saúde. Ao todo são 56 funcionários, mais os 30 ACSs. O quadro funcional da unidade é assim composto:

- 1 coordenadora;
- 2 auxiliares administrativos (responsáveis por marcar consultas);
- 2 assistentes administrativos;
- 6 médicos;
- 4 odontólogos (duas equipes de saúde ainda não têm dentistas exclusivos);
- 6 atendentes de Odontologia;
- 6 enfermeiros;
- 17 auxiliares de Enfermagem (2 por equipe + 4 sem equipe fixa para cobrir os outros auxiliares em caso de faltas ou férias);
- 4 médicos educadores permanentes (2 ginecologistas, 1 pediatra e 1 clínico geral) – esses médicos vão à instituição em dias determinados e são responsáveis por fazer orientação aos médicos generalistas e atender a casos mais específicos que lhes sejam encaminhados pelos demais;
- 1 técnico de higiene dental;
- 2 laboratoristas;
- 1 assistente social;
- 1 psicóloga;
- 2 auxiliares de serviços gerais;
- 1 farmacêutica.

A unidade dispõe de boa estrutura física, contando com auditório, vários consultórios, sala de reunião, sala da Enfermagem, etc. Por ter sido projetada para quatro equipes de saúde e dispor de seis, indica necessidade de ampliação (o que, segundo a coordenação, já está sendo providenciado pela Prefeitura).

CAPÍTULO 6º

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

*“Há sempre, pois, uma pluralidade de sentidos,
e cada interpretação é uma dominação,
uma apropriação de forças”.*
(ANDRADE, 1996)

A presente análise enfocará alguns pontos que julgamos essenciais. O primeiro trata do processo de formação dos ACSs. A discussão a esse respeito se dará com base nas falas dos agentes sobre a capacitação que receberam, bem como por meio da análise de uma parte do material didático empregado nesta capacitação. Em seguida, discutiremos a percepção que os agentes têm sobre o próprio trabalho. Além disso, será discutida a relação que os agentes estabelecem com a comunidade e como é o seu trabalho a partir desse vínculo. Propomos, ainda, a análise da relação dos agentes com os demais membros da equipe do PSF, pensando ser esse aspecto fundamental na forma como seu trabalho acontece. Analisaremos, também, as condições gerais de trabalho desses sujeitos dentro da proposta do SUS e do PSF e a forma como o Programa tem sido pensado em nível local. Será ainda objeto de nossa discussão a concepção que esses trabalhadores têm do fenômeno saúde/doença e que práticas são produzidas em seu cotidiano a partir de tal concepção. Em todos os momentos, será possível perceber a dimensão ético-política que permeia o trabalho dos agentes.

Na elaboração do texto, colocaremos as falas dos agentes em *itálico* e as da pesquisadora em **negrito**, de forma que a diferenciação facilite a leitura. Em algumas ocasiões empregaremos o termo “agente comunitário de saúde” antecedido por artigo masculino (o/os). Nessa ocasião, estaremos nos referindo à categoria de profissionais. Em outros momentos, empregaremos a/as agente(s) de saúde para nos reportarmos ao sujeito de alguma fala ou ação analisada, já que as duas equipes acompanhadas eram compostas somente por mulheres.

6.1 PROCESSO DE FORMAÇÃO/CAPACITAÇÃO DOS AGENTES

Todos os ACSs em atividade passaram por algum tipo de formação/capacitação. Pensamos que se constitui um aspecto relevante para a atuação desses profissionais a formação por eles recebida para o exercício da função.

Durante o trabalho de campo, não foi possível acompanharmos nenhum processo de capacitação de formação de agentes, uma vez que a unidade em que foi realizada a investigação já tinha suas equipes formadas há cerca de quatro anos. Em função disso, traçaremos algumas considerações com base em informações obtidas por meio de uma técnica de referência do PACS e PSF da SEMUS (que é responsável pela capacitação inicial de todos os agentes), da percepção que os próprios agentes tiveram desse processo e principalmente da análise do material didático utilizado no processo de formação.

A capacitação dos agentes da USF de Consolação aconteceu na época da implantação do PSF na comunidade e durou cerca de seis meses. Nessa época, os agentes dedicavam metade do dia ao cadastro das famílias e a outra parte ao processo de formação. Para os agentes, esse período foi muito difícil, pois eles passaram a ter acesso a um universo de novas informações. Alguns deles nos relataram que, na época do treinamento pensaram em desistir da função porque “[...] *era muita informação nova*” (ACS) e achavam que não iriam dar conta de assimilar tudo aquilo.

Teve vez da gente pedir a enfermeira se podia sair, tomar água, pra respirar... porque era muita coisa e eu achava que não dava conta. Eu cheguei a querer largar. As meninas é que não deixaram (ACS).

Apesar da angústia inicial, os agentes consideram que a formação conseguiu oferecer um bom embasamento teórico sobre as questões com as quais iriam lidar:

noções de atenção à saúde; saúde da gestante e da criança; ações de prevenção das doenças, etc. Além disso, foram trabalhadas com eles maneiras de abordar as famílias e a importância de respeitar a cultura e os costumes da comunidade.

A formação dos agentes é realizada no município de Vitória, tendo como suporte o material didático-pedagógico fornecido pelo MS (apostilas e fitas VHS), sendo ministrada pelas enfermeiras supervisoras dos agentes e, em alguns momentos, contando com a participação da responsável técnica pelo PACS e PSF da SEMUS. Essa formação inicial se dá a partir de quatro eixos principais: 1) trabalho dos ACS; 2) acompanhamento à saúde da mulher – parte I: ações educativas em planejamento familiar, controle de câncer, DST/AIDS e climatério; 3) atendimento integrado à saúde e desenvolvimento da criança; e 4) acompanhamento à saúde da mulher – parte II: gestação, parto e pós-parto.

Por meio da análise de parte do material empregado na capacitação dos agentes (MS, 1995), foi possível percebermos que sua formação propicia a construção de um conceito de saúde como resultado das condições de vida e trabalho de uma sociedade tendo, portanto, determinantes sociais, econômicos e culturais.

O material didático traz a discussão acerca da saúde da população brasileira, indicando as condições precárias de vida em que a maioria ainda vive. De encontro a essas questões, o ACS é apontado como “um agente de mudanças” (MS, 1995, p. 23). Enfatiza-se a importância de que seu trabalho aconteça por meio da luta *com e pela* população por melhores condições de vida. Dentro dessa visão, o agente deve ser uma pessoa que conheça os problemas da comunidade, que goste de aprender coisas novas, que goste de ouvir e falar com as pessoas, que seja ativo e tenha iniciativa para estimular a participação da população nas questões de saúde. O agente é apontado como um legítimo representante da população nos serviços de saúde, na medida em que tem acesso a informações estratégicas, que se articula com

outros profissionais e movimentos sensíveis às questões de saúde e auxilia movimentos de base que lutam pelos direitos da população (MS, 1995).

Na publicação do MS (1995), “O trabalho do agente comunitário de saúde”, encontramos um capítulo voltado a discutir o papel de incentivador da comunidade que os agentes devem desempenhar (Capítulo 3: O ACS – incentivando a participação da comunidade). É enfatizada a importância de que o agente seja um aglutinador de forças na comunidade em busca de alcançar aquilo de que ela precisa. São sugeridas atividades, como organização de mutirões, semanas da saúde, campanhas de vacinação, festas, etc. Segundo o manual, a tarefa mais importante do agente não é o atendimento prestado às pessoas e nem mesmo servir de elo entre a comunidade e o serviço de saúde, mas sim “[...] ajudar as pessoas a encontrar soluções mais eficazes para os problemas” (MS, 1995, p. 77).

Os agentes recebem ainda informações de como abordar as famílias, como proceder nas visitas domiciliares, como preencher todas as fichas de controle que são de sua responsabilidade e como organizar e divulgar reuniões comunitárias

Foi possível percebermos que, ao menos no nível teórico (já que não acompanhamos a realização de uma capacitação e não sabemos como essas questões são trabalhadas pelos supervisores), a formação do ACS possibilita a aquisição de uma visão crítica acerca do fenômeno saúde/doença e seus determinantes, do papel político do ACS como um agente de transformação e da importância de se trabalhar a partir da realidade da população respeitando sua cultura.

A esse respeito, as orientações contidas nos manuais a que tivemos acesso indicam a necessidade de o ACS assumir uma postura ética de acolhimento às pessoas, sua cultura, crenças, valores e anseios.

O material didático indica que as ações dos agentes situam-se muito mais no campo político, social e ético do que técnico. Questionamos: o que faz com que o lugar de “agente de mudanças”, enfatizado no material didático, se esvazie tantas vezes na prática dos agentes, permanecendo suas ações, na maioria das vezes, restritas à transmissão/imposição do saber técnico-científico à população? Que fatores levam esses trabalhadores a perderem de vista em tantas situações o seu papel político, de aglutinador de esforços e incentivador da participação comunitária, tornando-se meros transmissores do discurso e das práticas biomédicas de controle dos corpos e vida das pessoas? Será que a formação por eles recebida tem sido capaz de garantir uma compreensão mais abrangente do seu papel com a comunidade? Ou mais que isso, de levá-los a assumir esse compromisso ético e político com a população assistida?

A capacitação dos ACS deve garantir não somente o acesso aos conhecimentos técnicos (que não têm desvalorizada aqui sua importância e legitimidade nesse processo), mas, acima de tudo, a adoção de uma postura ética e política que garanta o seu compromisso com o processo de transformação da realidade na qual trabalha.

Por ser o ACS um profissional de atuação específica no SUS, considerado de grande relevância no contexto das mudanças das práticas de saúde, e por desempenhar um papel social junto à população, o MS entende que deve ser assegurada uma formação em nível técnico associada à elevação da escolaridade desses profissionais, que deu origem a proposta de um Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (MS, 2004). Essa proposta de formação visa a elevar a escolaridade e o perfil de desempenho profissional dos agentes,

[...] possibilitando aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores – domínio do conhecimento técnico-científico, capacidade de auto-planejamento, de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de trabalhar em equipe, de interagir com os usuários dos serviços de saúde, de

ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho (MS e ME, 2004, p. 10-11).

Com base nas atribuições dos agentes dentro do SUS e das diretrizes para exercício de sua profissão (Lei nº 3.189/99), o MS elaborou o *Perfil de Competências Profissionais dos ACSs* que deverá servir de base para as instituições formadoras de agentes.

O MS espera que, ao final do curso, os agentes tenham desenvolvido habilidades como iniciativa, responsabilidade, autonomia, inteligência prática e capacidade de coordenar-se com outros setores sociais. Dessa forma, são contempladas, no Programa de Capacitação, as aquisições não somente habilidades e conhecimentos técnicos (saber-fazer), como também habilidades pessoais (saber-ser) que apresentam relação com a maneira como os agentes desenvolvem seu trabalho e se posicionam diante da comunidade, ou seja, da postura ética e política por eles adotada.

A proposta de um Curso de Formação Técnica de Agentes Comunitários de Saúde comporta, a nosso ver, tanto riscos quanto possibilidades. Riscos no sentido de promover uma cristalização do lugar de “técnico”, o que poderia distanciar o agente do lugar de “representante da comunidade na equipe de saúde”, levando-o a se identificar cada vez mais como detentor de um saber “superior” ao da comunidade. Esse risco pode, por sua vez, ser minimizado, caso essa formação possibilite a construção e adoção de uma postura crítica, ética e política por parte dos agentes, de forma que reconheça a importância e incentive a participação da comunidade nas políticas e práticas em saúde.

Por outro lado, o curso pode trazer a possibilidade de reconhecimento e ascensão profissional do agente dentro das próprias equipes de saúde. Como discutiremos mais à frente, o ACS tem ocupado nas equipes de saúde um lugar de menor valor na

“escala” de hierarquia profissional, não tendo, na grande maioria das vezes, legitimado o seu saber e discurso. Talvez a postura assumida por alguns profissionais em relação aos agentes tenha relação com o fato de eles não possuírem formação técnica específica, por eles serem representantes do saber popular que, como se sabe, é desvalorizado por muitos trabalhadores da área da saúde. Quem sabe assumindo o *status* de profissional com uma formação técnica oferecida pelo Ministério da Saúde, os agentes passem a ser vistos de outra forma por aqueles com quem eles trabalham? A confirmação de uma ou outra possibilidade só o tempo possibilitará.

6. 2 O VÍNCULO E A RELAÇÃO DOS AGENTES COM A COMUNIDADE

Por meio do acompanhamento das atividades cotidianas dos ACSs, foi possível perceber que existe um vínculo estreito entre a população local e esses trabalhadores. A comunidade mostrou-se, em quase todas as visitas que acompanhamos, bastante acessível, parecendo ter com os agentes uma relação de confiança e de referência do serviço de saúde.

Durante as visitas domiciliares, era comum as pessoas se dirigirem aos agentes nas ruas ou em suas próprias casas reclamando do intervalo entre uma visita e outra, dizendo que tinham “novidades” para contar-lhes, etc. Os próprios agentes relatavam que sabiam de muitas coisas da vida íntima dessas pessoas, pois elas gostavam de contar sobre suas vidas, pedindo conselhos ou simplesmente desabafando. Uma das agentes, quando falava sobre isso, sempre brincava dizendo: “*Nós somos um arquivo ambulante!*”, referindo-se ao fato de que eles sabiam de coisas muito pessoais e até mesmo graves (como o envolvimento de pessoas com crimes) que os moradores lhes contavam. A mesma agente relatou o receio que tinha de que algum dia deixasse de ser agente e que alguém, temendo que ela contasse o que sabia, lhe fizesse algum mal. Devido à confiança neles depositada os agentes diziam que eram um pouco de tudo – agentes de saúde,

amigos, psicólogos, assistentes sociais: *“Têm casas em que a gente chega e o que a pessoa precisa é ser ouvida, é conversar”*.

Essa dimensão do trabalho dos agentes, do acolhimento à comunidade, é algo que nos chamou a atenção. Talvez por estarem submetidos às mesmas condições de vida da população, os agentes consigam ter um nível de sensibilidade em relação às demandas que lhes chegam, diferente dos demais trabalhadores da Unidade. Em várias visitas eles foram às casas de pessoas que apresentavam problemas de ordem emocional e social, como depressão, idosos abandonados pela família, conflitos conjugais ou familiares, entre outros, e sempre tinham uma postura de ouvir e acolher o sofrimento desses sujeitos, ao mesmo tempo em que tentavam fazer algum tipo de encaminhamento, como ao Serviço Social ou de Psicologia da unidade. Foi interessante notar que, apesar de esse tipo de ação não estar prevista entre as prioridades do Programa, os agentes achavam importante ir à casa de algum morador que passava por essas dificuldades, o que nos parece ser uma forma de acolhimento do outro em sua integralidade e não somente nos aspectos referentes ao plano biológico. Talvez seja essa forma de acolhimento, de cuidado com o outro, o aspecto mais importante para que a comunidade os tenha como referência do serviço de saúde e depositem neles a sua confiança:

Inclusive tem até pessoas que têm algum tipo de enfermidade, às vezes coisas que eles nem conversam com os médicos, chegam para o agente e falam. Isso é confiança que eles pegam com a gente, isso é importante.

Entretanto, esse tempo para estar com as pessoas, podendo ouvi-las, identificando que tipo de cuidado esses sujeitos demandam, é quase sempre comprometido pela cobrança da produção. O PSF, ao mesmo tempo em que traz como proposta fundamental o estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários, como um meio importante para a realização do trabalho, impõe duas grandes dificuldades: a primeira refere-se à exigência de produção, já que os municípios recebem verba do

Governo Federal por procedimentos realizados. Logo, quanto mais se atende mais se recebe. A segunda dificuldade está no fato de que se deve trabalhar atendendo às prioridades que são estabelecidas pelo Ministério da Saúde, ou seja, em um plano de políticas nacionais e não locais. Mas será que as prioridades estabelecidas para Programa (hipertensão, diabetes, etc.) pelos gestores representam aquilo que a comunidade realmente necessita? Esse tempo para estar com o outro, ouvi-lo em sua dor, pode ser para essas pessoas tão importante quanto uma orientação sobre como controlar a hipertensão arterial.

Dentro dessa lógica da produção, como será possível “tratar” o corpo se não se tem tempo para estar atento às questões que emergem e que são de outra ordem? O vínculo não é exatamente poder *estar perto, estar com a comunidade*? E como isso pode ser feito se, para dar conta da quantidade de visitas exigidas, tem que ter um ritmo de trabalho acelerado? Segundo os agentes, o tempo que deve ser destinado às visitas domiciliares de forma a atender a exigência mínima de atendimentos não é suficiente para acolher de forma satisfatória essas outras demandas que são colocadas no seu cotidiano.

Os agentes relatam que, no início do trabalho, a relação com a comunidade não foi fácil e sim marcada por muitas dificuldades. Segundo eles, quando foi iniciado o cadastramento da população para a implantação do Programa, a maioria se mostrou receptiva, recebendo bem os agentes em suas casas. As dificuldades começaram a surgir “[...] *quando a população começou a entender como iria funcionar a Unidade*”. Isso porque era anseio da comunidade, e talvez ainda hoje o seja, a criação de um serviço de pronto-atendimento na localidade.

Sabe-se que a população de Vitória tem dificuldades no que se refere aos serviços de pronto-atendimento e emergências, já que o número de hospitais na cidade não é

suficiente para prestar atendimento à população¹¹ e não há, ainda, no município, hospitais próprios. Dessa forma, segundo relatam os agentes e até mesmo outros trabalhadores, ao entender que na Unidade de Saúde da Família não seriam realizados pronto-atendimentos e que, para se ter acesso aos serviços, seria necessário ser cadastrado e se inserir em programas específicos (assistindo a palestras, por exemplo), a comunidade mostrou-se insatisfeita com a proposta, pois esperava por uma outra forma de atendimento.

Além disso, não se pode desconsiderar, na análise da resistência da comunidade ao novo serviço, o fato de ele ter sido imposto à população, sem que houvesse nenhum tipo de discussão prévia a seu respeito. Sabe-se que as práticas e políticas públicas brasileiras têm em sua histórica a marca do autoritarismo, de forma que a população pouco ou nada participa na definição das prioridades de intervenção. Na formulação e implantação do PSF, não foi diferente, pois, embora se priorize a participação comunitária, trata-se de um Programa que já chegou pronto para a comunidade e não consegue garantir que a população tenha voz ativa nesse processo, o que não permite que a ela se sinta sujeito ativo na reformulação dos serviços.

Além disso, consideramos não ser possível que uma comunidade, em tão pouco tempo, compreenda e aceite uma nova forma de organização da assistência à saúde. A própria proposta do PSF é recente e, mais que uma mudança de paradigma, requer uma mudança cultural em que tanto a população, quanto os profissionais de saúde deverão rever suas concepções desses serviços. Nesse sentido, consideramos que seria pertinente à função do agente de saúde a tarefa de trabalhar com a comunidade a compreensão da proposta do Programa, o envolvimento nas lutas pela sua implementação e melhorias.

¹¹ É necessário afirmar, no entanto, que os hospitais públicos de Vitória atendem em seus serviços de emergência e alta complexidade não somente os moradores do município, como também os das cidades vizinhas e do interior do Estado.

Para os agentes, a aceitação que a comunidade tem hoje do Programa é efeito do seu trabalho, o que mostra a sua importância nesse processo:

Vocês acham que essa diferença se dá por quê? Por que hoje a comunidade aceita mais o Programa? *Eu acho que tem na questão do trabalho. Vão completar quatro anos que a gente está trabalhando e a gente sempre se esforçando, sempre fazendo convite, a conscientização nas nossas visitas, a insistência em estar convidando, insistindo, falando da importância deles estarem participando. É o resultado de quatro anos de trabalho.*

O vínculo, sob outro prisma, mostrou-se como algo que, em alguns momentos, também pode dificultar o trabalho dos agentes. No primeiro grupo focal, ao indagarmos se, em alguma circunstância, a relação de proximidade com a comunidade dificultava seu trabalho, os agentes disseram que não.

E vocês acham que esse vínculo em algum momento cria algum tipo de empecilho, alguma dificuldade no trabalho com a comunidade? *Não, porque a comunidade tem demonstrado que tem confiança na gente, que foi adquirida ao longo dos anos de trabalho. Casas que não abriam as portas hoje abrem. Casas que às vezes me recebiam lá no portão, ou às vezes na janela, hoje já vêem o trabalho da gente diferente, vêem a importância do trabalho.*

Entretanto, ao retomarmos essa discussão no segundo grupo focal, os agentes trouxeram uma visão diferente, relatando as dificuldades que muitas vezes se criam a partir dessa relação:

É difícil ser morador e agente ao mesmo tempo. Acaba que você é sempre agente. Não tem férias, final de semana. Você vai na feira, no supermercado e sempre tem alguém querendo perguntar alguma coisa e você não pode ser rude, porque depois você precisa ir na casa dessa pessoa.

Você é agente 24 horas por dia. Os outros profissionais terminam o dia e vão embora, a gente não, fica aqui de pés e mão atadas.

A colocação da agente, “ficar de pés e mãos atadas”, é interessante, pois aponta a contrapartida da relação de ser morador da comunidade em que se trabalha. Em vários momentos, os sujeitos fizeram referência às dificuldades trazidas pela condição de moradores, pois, ao mesmo tempo em que ela é um componente facilitador dessa relação, torna-se um aspecto difícil de ser administrado.

Segundo o dicionário Aurélio (2002), a palavra vínculo significa: “Tudo que ata, liga ou aperta. Nó, aliame. Ligação moral. Restrições. Relação de subordinação”. Assim, é possível pensar o vínculo dos agentes como algo que os une, que os liga à população com que trabalham, facilitando o acesso que têm à vida das pessoas, conquistando sua confiança e tendo uma prática mais contextualizada. Por outro lado, esse vínculo pode também ser sentido pelos agentes como algo que, em muitas situações, aperta, sufoca, que os “deixa de pés e mãos atadas”. Mais que isso, é provável que a relação que têm com a população os coloque em algumas situações, em uma posição de subordinação em relação à comunidade:

Aqui a gente não precisa de chefe para ficar vigiando nosso trabalho, nossa atuação. Tudo que a gente faz, a comunidade tá de olho, ela dá conta de tudo. Se você tira um dia para cuidar da sua saúde, ou levar um filho ao médico, fazer um exame... qualquer coisa, e alguém te vê sem uniforme na rua, vem logo te perguntar por que você não está trabalhando, se você deixou de ser agente, se foi mandado embora....

Quando as pessoas vêem você em outro lugar no horário de trabalho, elas ficam vigiando, ligam para sua casa para perguntar onde você está para saber se vão dizer que está trabalhando.

Percebemos que a vigilância exercida pela comunidade sobre o trabalho dos agentes é usada pelos coordenadores das equipes como estratégia de controle do

seu trabalho: “A gente não precisa fiscalizar o trabalho do ACS porque a própria comunidade faz isso” (ENFERMEIRA-CHEFE). Será que a comunidade exerce esse tipo de controle sobre o trabalho dos agentes porque eles também são moradores, o que talvez faça com que ela se sinta mais à vontade para cobrar? Ou se trata de uma fiscalização baseada nos direitos que a população tem como usuária de um serviço de saúde? Será que cobranças semelhantes se dão com relação aos outros trabalhadores da unidade? Entende-se que todas as formas de controle social exercidas pela população sobre a execução dos serviços públicos que lhe são prestados são saudáveis e necessárias, embora, nesse caso, não tenha sido possível percebermos em que medida essa forma de controle institui-se sobre o serviço prestado ou sobre a vida desses trabalhadores.

O vínculo estabelecido entre os agentes e os usuários parece produzir também dificuldades de uma outra ordem, uma vez que são atravessados por afetações e questões pessoais. Assim, uma das agentes contou a dificuldade que teve em fazer o acompanhamento pré-natal de uma moça, que é a atual esposa do pai da sua filha:

O problema é que eu não conseguia visitar ela porque ela é esposa do pai da minha filha. Aí eu ficava sempre adiando a visita. Não tinha coragem de pegar o número do documento dela e fazer o cadastro. Misturou o profissional com o pessoal, mas eu tinha que fazer o meu trabalho. Depois que ela ganhou neném, eu fui lá com a médica e a enfermeira e ela falou que não tinha nada a ver. Agora tá tudo bem, mas a gente não fez o acompanhamento pré-natal.

Esse tipo de dificuldade talvez seja inerente a uma proposta de trabalho como a do PSF, já que não se pode ter a ilusão de que é possível para o profissional adotar uma postura neutra diante dos acontecimentos. Entretanto, pensamos que um espaço de escuta e acolhimento aos agentes, em que eles pudessem falar sobre suas dificuldades, sendo acolhidos em sua dimensão humana, que não é dissociada da profissional, poderia ajudá-los a se situar de forma mais amena nessa relação.

Como dito, os agentes têm se tornado referência do serviço de saúde. E aqui, novamente, encontramos as contradições: ao mesmo tempo em que esse lugar de referência é potencializador de estratégias de intervenção, aparece também como um campo de batalha entre comunidade e agente.

Às vezes o agente é maltratado na microárea pela comunidade por causa da má informação que tem aqui dentro. Porque as pessoas vêm aqui e a gente não tá aqui, porque nosso trabalho é na rua não aqui dentro. Então, às vezes, as pessoas da comunidade vêm aqui dentro e são maltratadas. Aí, a gente não está sabendo de nada, a gente vai fazer uma visita na casa deles, chega lá e eles estão transtornados, com raiva, porque eles vêem a gente como alguém daqui de dentro. A gente não só faz parte deles, mas também faz parte daqui. Aí eles ficam nervosos também com a gente e aí você percebe que eles nem te convidam para entrar, sentar, conversar. Quando eles são maltratados aqui, eles maltratam a gente também na visita, entendeu? E isso vai deixando a gente sempre mal. Só pra baixo, só pra baixo.

A colocação dessa trabalhadora nos causa a impressão de que os agentes se sentem em uma zona de conflito entre a comunidade e a Unidade de Saúde. Aquilo que desagrada à população no atendimento, causando descontentamento, atinge diretamente os agentes que estão em contato freqüente com ela.

Os agentes, conforme analisaremos mais à frente, não se vêem como trabalhadores da Unidade de Saúde e sim como moradores que estão desenvolvendo um trabalho a partir da sua vinculação com a Unidade de Saúde. Entretanto, para a comunidade, eles são trabalhadores, representantes da unidade e é a eles que são encaminhadas as queixas que tem desse serviço.

Em que ponto dessa trama os agentes se localizam, então? Sabe-se que o mais importante não é se situar de um lado ou do outro (e nem sabemos se isso seria possível), mas sim conseguir fazer da melhor maneira possível essa passagem, esse deslocamento de um lado ao outro. Que esse lugar vai ser sempre marcado por uma

certa tensão parece-nos inevitável, afinal, trata-se de um campo de lutas políticas, de mudanças, de construção de novas realidades. No entanto, é possível que se criem meios para que os próprios agentes possam construir/inventar formas menos pesadas de lidar com isso. É preciso dar acolhimento a esses profissionais que se angustiam e muitas vezes sofrem ao realizar seu trabalho, buscando a criação de espaços de diálogo/reflexão que propiciem a esses sujeitos a possibilidade de atribuir outros sentidos à sua relação com a população em que possam ir para além do sofrimento e, como grupo, criar estratégias de enfrentamento para suas dificuldades.

6.3 A RELAÇÃO COM A EQUIPE E A DIVISÃO DO TRABALHO

A relação dos ACSs com os outros profissionais da equipe merece especial atenção em nossas análises, pois tal relação é apontada pelos agentes como o maior entrave encontrado na realização de seu trabalho. Para esses sujeitos, embora em algumas situações a relação com a comunidade seja difícil e marcada por algum nível de tensão, é na relação com a equipe que se produzem suas maiores dificuldades.

O PSF estabelece que as intervenções no campo da atenção básica à saúde sejam desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar formada por médico, enfermeiro, auxiliar de Enfermagem e os ACSs. A proposta de que a equipe seja composta por profissionais de universos e formações diferentes parece indicar a compreensão de que cada um, do lugar que ocupa e a partir do olhar que tem, pode ser um importante ator na proposição de formas de intervenção.

Nesse sentido, o agente de saúde pode ser considerado um profissional único. Sua formação, que não foi herdada nos bancos acadêmicos, vem impregnada do que há de mais real na vida da população. Ele conhece de perto, e quase sempre na pele, as demandas, as privações, as lutas, as conquistas, enfim, o universo dessa

população. Uma proposta de trabalho que seja permeada por esse saber parece ser ousada, mas, ao mesmo tempo, repleta de possibilidades.

No entanto, o que foi possível perceber em nosso mergulho no trabalho de campo é que essa dimensão do trabalho dos agentes, com suas possibilidades e dificuldades, na maioria das vezes, não é legitimada e talvez nem mesmo reconhecida. Os acontecimentos cotidianos, as relações de poder e o discurso dos próprios agentes evidenciaram que o lugar que lhes é dado dentro da equipe está longe de ser o preconizado pelo Programa.

Em uma de nossas discussões, foi abordada a questão de como se estabelecem as relações entre os profissionais da equipe. O grupo, contagiado por um clima de risos, disse que não tinha nada a declarar, mas aos poucos começou a relatar suas dificuldades. Com relação à equipe da Odontologia que, na ocasião da coleta dos dados, não integrava a equipe Saúde da Família, foi possível perceber um total distanciamento dos demais trabalhadores: *“A odonto é totalmente separada, eles nem enxergam a gente. [...] A gente não fica sabendo quando tem palestra, não fica sabendo quase nada”*. Entretanto, mesmo entre os membros da equipe que desenvolvem diariamente um trabalho em conjunto, a situação não pareceu ser diferente:

Essa separação existe entre todos. Entre enfermeiros, auxiliares... eles nunca são um grupo unido, sempre separados. Você já viu alguma reunião entre médicos, enfermeiros, agentes de saúde e auxiliares de Enfermagem? Não tem!

Nota-se nessa fala que a agente não se vê incluída na equipe: *“Eles nunca são um grupo unido, sempre separados”*. A nosso ver, essa colocação aponta dois aspectos: o primeiro deles seria o fato de os agentes não se perceberem, por razões discutidas mais à frente, como integrantes da equipe, o que teria um caráter diferente se a afirmação fosse *“Nós não somos unidos”*; o outro aspecto é o fato de eles não perceberem a própria implicação com a questão, pois parece ser evidente que vêm

a dificuldade de se trabalhar em equipe como algo pertinente aos demais profissionais e não a eles.

A colocação da agente põe em evidência uma das maiores dificuldades encontradas pelos profissionais na execução do PSF, que é a noção de *trabalho em equipe* que permeiam as práticas. Em geral, o que se percebe é que os trabalhos desenvolvidos por equipes multiprofissionais acontecem de forma fragmentada, pouco integrada. É como se cada um trabalhasse em sua equipe com os demais profissionais, mas de forma que não há espaço para trocas, não há construção de um trabalho que seja de todos. Nessa modalidade de pensamento, cada um tem o seu território de atuação muito bem definido.

Entretanto, essa dificuldade de trabalhar em conjunto não pode ser pensada como uma incapacidade dos sujeitos, mas deve, ao contrário, ser remetida a uma cisão que se opera desde a constituição das disciplinas e saberes produzidos ao longo da história, o que leva à adoção de tal postura desde os cursos de graduação. Percebe-se que, mesmo quando se atua em equipe, os profissionais de saúde permanecem em uma posição de, quando muito, compartilhar seus conhecimentos com os demais, mas dificilmente conseguindo romper com a fragmentação de seus discursos.

Dessa forma, questionamos: como pode ser possível um trabalho em equipe com um grupo de profissionais que não se reúne? Como os agentes podem fazer a ligação, ser o elo entre a comunidade e o serviço de saúde, se eles não estão com os demais profissionais para passar as informações, demandas e necessidades dessa população?

Uma das agentes, ao discutirmos acerca dessas dificuldades, aponta com muita clareza e propriedade os efeitos disso na operacionalização do Programa:

Essa separação tá desde cima. Ela vem de onde direciona tudo. Por quê? As equipes são divididas em seis, não é? Mas isso não significa que porque as equipes são divididas em seis que a equipe 1 é separada da 2, a 2 da 3. Tem que trabalhar igual, não é? Nosso trabalho é separado? É uma Unidade de Saúde para cada equipe? Não é! Então, se hoje eu não tenho médico pra atender a minha área e surge algum problema, por que o médico de outra equipe não pode atender? [...] Se tem um médico dentro da Unidade de Saúde e tem um paciente que não é a área dele, mas é uma situação de emergência, ele tem que atender [...]. ‘Qual é o problema? O problema dá para esperar? Dá para esperar para amanhã ou dá para esperar para outra semana?’ Entendeu? Isso tem que ser analisado na hora.

O primeiro ponto levantado por essa trabalhadora foi relativo à fragmentação que marca o funcionamento do Programa em Consolação. Fica evidente, em nossas observações e na fala desses sujeitos, que cada uma das equipes parece atuar como se fosse de comunidades distintas, que não estão referenciadas à mesma Unidade de Saúde, procurando cada uma delas cuidar dos seus pacientes. Talvez isso se faça presente nesse nível local por se tratar de um bairro que é, na verdade, um território composto por pequenos bairros (morros). Entretanto, se essa separação acontece entre a própria comunidade, não seria parte do trabalho das equipes promover a integração entre seus moradores? Será possível, a partir desse processo de trabalho fragmentado, criar meios para que a comunidade se articule e se mobilize, se as próprias equipes não conseguem perceber que atuam com uma mesma população, que os problemas com que lidam são os mesmos? Como seria possível, dentro da proposta da intersectorialidade, promover a articulação dos serviços de saúde com outras instâncias da sociedade se as próprias equipes não parecem estar articuladas?

Na percepção da agente, a rigidez que se estabelece na divisão entre as equipes cria dificuldades que comprometem o fluxo do trabalho realizado. Para os sujeitos, o fato de os médicos não poderem (ou se recusarem?) atender, em caso de emergência, a pacientes de uma área que não a sua, traz dificuldades ao Programa

na medida em que gera descontentamento na população. A nosso ver, qualquer forma de rigidez criada no atendimento prestado à população tende a engessar a proposta do Programa, pois seus pressupostos de funcionamento deixam de servir de diretrizes, de orientações, para se tornarem leis, regras, que estão acima do bem-estar das pessoas. O PSF, caracterizado por ser uma proposta de trabalho recente e ainda em fase de implantação, não pode ser pensado como algo que está pronto, acabado, mas que, ao contrário, está em processo e deve, portanto, buscar formas de superação das dificuldades com que se depara a fim que se chegue o mais próximo possível de seus objetivos. Assim, se essa forma de organização dos atendimentos não tem sido satisfatória, por que não pode ser repensada? A fala dessa agente indica a compreensão de que o funcionamento da unidade deve apresentar flexibilidade, não devendo colocar as normas acima do bem-estar das pessoas.

Entretanto, não é somente a desarticulação da equipe que produz dificuldades na realização do trabalho dos agentes. A forma como as relações entre os profissionais são estabelecidas produz nos agentes o sentimento de que não pertencem à equipe. Quando se referem a si mesmos, é sempre no sentido de alguém que não é de dentro da unidade, que não pertence à equipe:

[...] a partir do dia que a gente vai trabalhando, os anos vão se passando, eles [a comunidade] se tornam tão confiantes na gente que muitas vezes a comunidade acredita mais no ACS do que em uma pessoa daqui de dentro.

Eu não tenho que defender a camisa da unidade, eu tenho que defender a camisa da minha comunidade.

É interessante perceber como esses trabalhadores não se sentem parte da Unidade de Saúde, vendo-se como integrantes somente da comunidade. É possível que esse "sentir-se" fora da equipe tenha relação com pelo menos dois aspectos. O primeiro seria o fato de os agentes não serem funcionários da Prefeitura como os demais

trabalhadores. Como dito, eles são contratados pela Cáritas e não têm, portanto, nenhum tipo de vínculo empregatício com a instituição, o que por si só cria uma certa diferenciação entre esses trabalhadores e os demais da equipe. Mas, aliado a esse fato, deparamo-nos com outro aspecto que é a desvalorização da função do agente pelos demais membros da unidade. O não reconhecimento do trabalho dos agentes torna-se evidente à medida que atravessa as ações e falas dos demais membros das equipes de saúde e produz nos agentes o sentimento desvalorização do seu trabalho. Da comunidade eles se sentem integrantes, têm as mesmas dificuldades, os mesmos sofrimentos, mas da equipe de trabalho parece que não. E se eles defendem a camisa da unidade (obviamente entendida não como um estabelecimento, mas sim como as pessoas que a compõem), será que esta também os defenderia? Mas por que *defender*? Será que há uma guerra entre Unidade de Saúde, comunidade e agentes?

As relações com os profissionais da equipe, com a coordenação e até mesmo com o pessoal de apoio da unidade (auxiliares administrativos, recepção) criam e põem para funcionar a lógica da hierarquia na divisão do trabalho e apontam, de forma clara, qual é o lugar ocupado pelos agentes dentro desse processo:

Então, só os médicos trabalham com a promoção? *Não, todos trabalham. É um todo, a equipe toda, não só os agentes, como os médicos, os auxiliares, as enfermeiras. Eu acho que isso aí, é toda a equipe, desde o médico até o menorzinho, que é o agente.*

Essa colocação evidencia a posição hierárquica que os agentes ocupam dentro do Programa tendo permeado suas falas o tempo todo já que produz um grande mal-estar. É interessante notar que de peça fundamental, de eixo central dentro da proposta do PSF, os agentes acabam sendo, na operacionalização do Programa, um ator que pouco é convidado a participar. Essa defasagem entre o discurso oficial e a forma como ocorre a sua inserção não passa despercebida nem mesmo para eles:

Dizem que nosso trabalho é importante, que o agente é peça fundamental no Programa, mas, na prática, não é isso que a gente vê, não, porque ninguém reconhece o que a gente faz, a começar pelo nosso salário que é muito baixo.

[...] o médico, ele pode fazer e acontecer. Ele pode escolher o que vai fazer, não é? A coordenação passa por cima e não acontece nada, aí eles dizem: ‘Olha, porque o médico é mais importante. Se não tiver médico, como a gente vai atender a comunidade?’

Sabemos que a divisão do trabalho e sua categorização em uma escala de valores não são exclusivas dessa organização sendo, na verdade, o alicerce da forma como o trabalho é concebido e estruturado dentro do sistema capitalista. Muito menos ela poderá ser atribuída a uma postura pessoal de certos profissionais, já que se trata de algo construído ao longo da história.

Os princípios da Administração Científica, criados por Taylor (FLEURY; VARGAS: 1983), instituíram a divisão hierárquica do trabalho, separando os sujeitos considerados capazes de planejar dos que devem executar as tarefas, o que leva o trabalhador a perceber seu trabalho como desprovido de sentido. Além dessa cisão entre planejamento e execução, o taylorismo estabeleceu o controle do tempo e ritmo de trabalho como forma de aumentar a produção. Segundo Ribeiro, Pires e Blank (2004), mesmos nos setores de saúde, o trabalho vem sendo organizado nos moldes do setor industrial, ou seja, a partir das premissas do taylorismo.

Sobre a divisão do trabalho, afirma Pires (1999, p. 36):

Na saúde, a hierarquia, com sobreposição de poder, se manifesta na maioria das relações de trabalho – dos médicos em relação aos demais profissionais de saúde, dos profissionais de nível superior sobre os de nível médio e elementar, dos chefes sobre os subordinados [...] e dos profissionais de saúde sobre os clientes.

Dessa forma, é possível perceber que a posição ocupada pelo profissional dentro das equipes de saúde se dá, quase sempre, a partir da relação de saber-poder instituída ao longo dos séculos, inclusive pela prática médica. O lugar destinado à categoria médica nas equipes de saúde é marcado por privilégios que mantêm o *status quo* da profissão. Tradicionalmente é o “[...] médico que detém a autoridade legal de controle do processo de trabalho em saúde [...] e em relação aos demais profissionais de saúde, [...] constituem o grupo que mantém maior autonomia no exercício de seu trabalho” (PIRES, 1999, p. 36-37). Esse aspecto é apontado pelos sujeitos quando se referem à organização cotidiana das atividades. Entretanto, se entendemos essas relações como produzidas ao longo da história e não como relações naturais, é possível pensarmos que elas podem ser modificadas na medida em que são colocadas em análise e em que as condições de trabalho sejam iguais para todos os profissionais da equipe, o que não parece acontecer nessa Unidade de Saúde.

No período em que estivemos na unidade, deparamo-nos com um acontecimento que põe em evidência tais relações. Os agentes de uma das equipes acompanhadas haviam reservado o auditório da unidade para uma reunião com um grupo de adolescentes, marcado para as 13h. No entanto, quando chegaram ao auditório, no horário marcado, uma das médicas da unidade já estava lá (e, segundo eles disseram, desde as 12h para ocupar a sala) com um grupo de pacientes. Os agentes, então, dirigiram-se a ela esclarecendo que a sala tinha sido reservada¹² por eles para a realização do grupo. A médica disse, então, que não queria nem saber e que ninguém a tiraria dali. Os agentes, revoltados, procuraram a coordenação relatando o fato e pedindo que alguma atitude fosse tomada como forma de garantir o direito que eles tinham de utilizar a sala. Entretanto, a coordenação recomendou à agente que deixasse o acontecido por menos. Ao nos relatar o acontecido, a agente disse: *“Eu fiquei com tanta raiva, engasgada. Quer dizer, nós aqui somos um zero à esquerda, não temos valor, só ela porque tem curso superior. Eu ia falar com ela,*

¹² As atividades realizadas no auditório devem ser agendadas para que não se programem eventos simultâneos.

reclamar, mas aí chegou a turma do deixa disso e ficaram falando para eu não falar nada e deixar para lá". Para os agentes, essa foi uma demonstração clara de que o trabalho da equipe médica é considerado mais importante que o seu e que esta tem privilégios dentro da organização.

O PSF, ao instituir a figura do agente como elo entre a comunidade e o serviço de saúde, o faz com base na premissa de que esse conhece a realidade da população, podendo identificar suas demandas e propor ações que sejam baseadas no cotidiano dessas pessoas. No entanto, o que foi possível perceber é que seu discurso, suas propostas de ação e até mesmo a percepção que têm das demandas da comunidade não são legitimadas ou reconhecidas pela equipe.

Também uma coisa que a gente sente em reunião de equipe, vou falar pela minha equipe, é que não existe, assim: 'O que acham de fazer?' A nossa opinião não é aceita, é a mesma coisa que a gente fosse assim um 'zero à esquerda'.

Se a gente tem uma idéia boa, que germinou¹³ fazendo levantamento [...], ela não é aceita, não é levada à frente [...], as nossas idéias, os nossos projetos não podem sair [...] eu gostaria ao menos que aquilo que eu penso em fazer na comunidade, de estar trabalhando como agente de saúde fosse respeitado, porque eu levo o meu serviço a sério e isso não é respeitado.

Esses relatos demonstram a insatisfação com a maneira como são tratados pelos demais membros da equipe, que não valorizam as propostas apresentadas por eles. A expressão “*um zero à esquerda*” indica o lugar que eles ocupam dentro da equipe (ou quem sabe à margem dela?) ao definir as metas e propostas de intervenção. A agente, ao fazer o levantamento das características das adolescentes existentes em sua microárea, percebeu que era necessário um trabalho para se discutir com elas a importância do preventivo como forma de detecção precoce do câncer de colo de

¹³ Os agentes fazem levantamentos constantes sobre dados/características da população. Muitas vezes, é possível, a partir desses levantamentos, detectar demandas de intervenção.

útero, o que poderia se constituir como uma importante proposta de prevenção e educação em saúde. No entanto, ao levar essa idéia para reunião da equipe, ela não foi ouvida e teve, dessa forma, desqualificada a percepção que tem sobre as necessidades da comunidade.

Percebe-se o quanto essa atitude, em relação ao trabalho dos agentes, vai na contramão do que propõe o Programa, pois é deles que se espera o levantamento das necessidades e demandas da população, já que são membros da comunidade e estão em contato diário com ela. Assim, questionamos como será possível que os agentes realmente sejam um elo entre a comunidade e os profissionais de saúde se eles não são ouvidos? Será que a desautorização do seu saber é em função de ele não ter sido adquirido nos bancos acadêmicos? Como nos diz Foucault (2002), existe um sistema de poder que barra, proíbe e invalida o discurso e o saber daqueles que não são considerados intelectuais e, no exemplo trazido pela agente, isso parece estar bem claro.

A agente continua sua fala reivindicando o reconhecimento do seu saber na função que ocupa: *“Mas eu gostaria ao menos que aquilo que eu penso em fazer na comunidade, de estar trabalhando como agente de saúde, fosse respeitado, porque eu levo o meu serviço a sério e isso não é respeitado”*. O trabalho, “[...] para além de prover a sobrevivência material de homens e mulheres, é vivido como um ideal, uma possibilidade de ascensão, de reconhecimento e de pertencimento a um grupo social” (BORGES; MOULIN; ARAÚJO, 2001). O discurso desses sujeitos vai exatamente na direção de uma reivindicação pelo reconhecimento do seu trabalho, da possibilidade de se sentirem pertencentes a esse grupo. A negação dessa possibilidade é, a nosso ver, a negação da própria subjetividade desses trabalhadores.

Na minha reunião de equipe eu não posso dar opinião em nada. Ninguém aceita o que é passado. [...] Não é reunião de

equipe, quem fala é o médico e a enfermeira, o resto fica só olhando.

Aqui a gente não tem reunião de equipe, a gente tem reunião de Euquipe, porque só eles falam [Grifo nosso].

[...] Mas sempre foi assim, já se chega na reunião com a pauta pronta falando: 'Eu quero isso, eu quero aquilo' e acabou. Não dão oportunidade nem para o ACS abrir a boca: 'O que vocês acham? Vocês concordam? Pode ser diferente?' Não tem isso.

Ao agente não é permitido ocupar o lugar de elo, de facilitador da relação entre a população e os outros profissionais, previsto pelo Programa. Assim como a população, ele não é convidado a participar da cena em que os atores definem o *que fazer e como fazer*.

O discurso técnico-científico, qualquer que seja a sua natureza, adquiriu, ao longo dos séculos, o *status* de verdade. Para Andrade e Araújo (2003, p.84), “[...] herdamos academicamente a idéia de que o profissional é que detém o conhecimento científico (a teoria) e o saber popular é menor ou incapaz de produzir mudanças”. Dessa forma, entendemos que o agente, como um trabalhador que não teve sua formação pela via acadêmica, não tem legitimado o seu saber, o seu discurso. Nas equipes de trabalho que acompanhamos, essa forma de categorização dos saberes, em que supostamente um tem maior valor que o outro, aparece de maneira evidente nas relações entre os profissionais.

A forma como é concebido o trabalho em equipe não passa despercebida para os sujeitos de nossas análises. O trocadilho da agente evidencia bem isso: “*Aqui a gente não tem reunião de **equipe**, a gente tem reunião de **Euquipe** porque só eles falam*”. A reunião que, a nosso ver, deveria ser um espaço para se compartilhar idéias, dificuldades e angústias, para se estabelecer propostas de trabalho e formas de intervenção, permitindo trocas entre os sujeitos que estão envolvidos e são afetados pelo trabalho que desenvolvem, parece se transformar em um momento de

distribuição das tarefas: *“Já se chega na reunião com a pauta pronta falando: ‘eu quero isso, eu quero aquilo’ e acabou”*. Na forma como o trabalho é concebido por essas equipes, é o saber do médico e dos enfermeiros que tem valor, como se aquilo que os agentes sabem sobre a população, sua realidade e as possibilidades de intervenção, nada pudesse acrescentar às estratégias de ação desenvolvidas: *“Não dão oportunidade nem para o ACS abrir a boca: ‘o que vocês acham? Vocês concordam? Pode ser diferente?’ Não tem isso”*.

Além do trabalho em equipe, colocamos em questão a concepção que esses profissionais têm do Programa e se realmente está claro para eles qual é o papel dos agentes, uma vez que nada é feito no sentido de incluí-los na formulação das propostas de trabalho. A esse respeito foi interessante perceber, nas atividades desenvolvidas por alguns médicos, das quais os agentes têm que participar, que, na verdade, estes últimos serviam muito mais como secretários, de forma a diminuir o trabalho do médico com o preenchimento de papéis, do que como um mediador entre o profissional e a comunidade. Uma dessas atividades era uma consulta coletiva realizada por um dos médicos aos pacientes de sua área. No dia marcado, pessoas com alguma característica em comum (diabéticos, hipertensos, crianças, grávidas) vinham para a consulta médica. Essa consulta era realizada no auditório e em grupo, contando com dois momentos específicos: o primeiro, em que o médico fazia orientações gerais sobre cuidados com a saúde, e o segundo, em que as pessoas se consultavam (media-se a pressão arterial, receitavam-se remédios, etc.). Os agentes deveriam, conforme a determinação de sua supervisora, permanecer o tempo todo junto ao médico. No entanto, eles não participavam de forma ativa em nada, não podiam se expressar, não dialogavam nem com o médico nem com as pessoas da comunidade. Seu papel nesse momento era simplesmente preencher o Boletim Único de Produção e/ou alguma(s) outra(s) ficha(s) de controle. Os próprios agentes reclamavam desse trabalho, pois eles tinham que ficar durante três dias da semana dentro da unidade para fazer isso, o que diminuía consideravelmente o tempo disponível para estar com a comunidade.

Embora o foco de nossas análises não se dê por uma via do campo da Saúde do Trabalhador, os aspectos com ela relacionados são de extrema importância, já que os agentes apontam o tempo todo o mal-estar neles produzido a partir da forma como são constituídas as relações de trabalho na instituição e no lugar que lhes é dado a ocupar dentro do Programa. Um modo de organização do trabalho que seja favorável à saúde dos sujeitos seria aquele em que se oferece “[...] um campo de ação, um terreno onde o trabalhador concretiza suas aspirações, suas idéias, sua imaginação, seu desejo” (DEJOURS, 1993, p. 104).

Você pode ver, os agentes, todos, todos, se tem um ou dois é muito que não está procurando uma escola pra terminar os estudos. Pra quê? Para ter um futuro melhor, porque ninguém quer continuar como ACS da forma como está sendo. Por quê? Porque o agente é maltratado pelos médicos, pelos enfermeiros, pelo auxiliar, entendeu?

Quando afirmamos que o lugar que os agentes têm ocupado dentro do Programa lhes é dado, não o fazemos no sentido de que esses sujeitos sejam passivos, de que não fazem nenhum movimento de conquista de um outro lugar, de construção de um outro espaço. No entanto, o que se percebeu é que todos os movimentos *explícitos* de recusa a esse lugar são barrados, sendo literalmente interditados pelas figuras de autoridade da instituição. Ao indagarmos a esses trabalhadores o que eles faziam para conquistar um outro espaço dentro da equipe, uma outra visão sobre o seu trabalho, eles colocaram:

Não. Quando a gente fala dessas coisas, qualquer comentário que a gente faça, de pessoas, funcionários [...] nunca é verdade. A nossa fala nunca é aceita.

Mas se a gente for falar [...] falam que é mentira: ‘Você fala demais, vocês estão colocando a comunidade contra a Unidade de Saúde e não pode ser assim’. a gente sempre sai como mentiroso, como quem está querendo encrenca [...]. Não

hesitam em falar que a gente tá falando mentira: ‘alguma mentira tem aí, ou de vocês ou da comunidade’ [...].

Não, não adianta. Toda vez que você abre a boca pra falar ou você é chamado de ‘pra frente’ ou você é abusada, é ameaçada com aquele livro de assinar ocorrência, então a gente vai se acomodando.

Se alguém reclama do nosso trabalho, a gente nunca é ouvido, a gente sempre é mentiroso, vagabundo, tá trabalhando pouco.

As falas das agentes, mais uma vez, põem em evidência as relações de saber-poder dentro da unidade e, além disso, o uso da ameaça de punição como forma de coerção. É possível perceber que os agentes até tentam escapar à forma como essas relações são constituídas, colocando suas insatisfações, mas essa atitude acaba sendo sufocada pelas ameaças de punição. A ameaça do registro da oposição do agente ao que está colocado é uma forma, nada sutil, de discipliná-lo, aparando as arestas que possam vir a surgir na sua forma de atuação. Como afirma Foucault (1987, p. 150) “[...] o castigo disciplinar tem a função de reduzir os desvios. Deve portanto ser essencialmente corretivo”. Mas, então, como é possível a efetivação de um Programa que preconiza a participação comunitária e envolvimento da população nas políticas de saúde, se não é permitido nem aos próprios agentes participar e reivindicar? Será que o discurso do incentivo à participação comunitária que o Programa traz é puramente teórico e não pode sair do papel?

Nós, na verdade, [...] somos agentes ameaçados aqui dentro. Sabe por quê? Porque, quando tem qualquer problema, ninguém fica com medo do ACS sair. Porque eles falam o seguinte: que lá fora tá cheio de gente querendo tomar o nosso lugar, que nós somos substituíveis, que nós não somos insubstituíveis pela nossa capacidade de trabalho, pela nossa inteligência, pela ajuda que a gente dá, nada... nós somos simplesmente substituíveis.

A lógica que rege a organização e as relações de alguns trabalhos no atual cenário socioeconômico tem se feito presente também na realidade em estudo. Sabe-se que

a reserva de mão-de-obra, composta pelos milhares de trabalhadores desempregados, e a ameaça de demissão são as formas mais utilizadas pelo sistema capitalista para tornar submissos milhares de trabalhadores, submetendo-os a condições de trabalho extremamente precárias, mal remuneradas e produtoras de sofrimento. Esse tipo de ameaça gera medo e individualismo, de modo que os sujeitos deixam de apostar na criação coletiva de formas de resistência e reivindicação de melhores condições de trabalho (DEJOURS, 2003). Isso evidencia o compromisso ético que devemos assumir, como pesquisadores e representantes de uma entidade pública de ensino, de criar meios para que nossas análises se tornem ferramentas que possibilitem a esses sujeitos lutarem por melhores condições de trabalho e, conseqüentemente, de vida.

A desautorização da fala dos agentes foi levantada constantemente nas discussões em grupo, levando a crer que a visão da coordenação da unidade é a de que não há nada relacionado com seu funcionamento ou com o atendimento à comunidade que precise ser revisto, modificado, pois, toda vez que os agentes têm algo a dizer são tolhidos ou acusados de encenqueiros e mentirosos. Ao apontar esses fatos, não desconsideramos que possa haver situações de difícil manejo com relação aos usuários do serviço, até porque algumas dificuldades encontradas não dependem simplesmente da boa vontade dos trabalhadores para serem resolvidas, pois têm relação com o sistema de saúde como um todo. Entretanto, as queixas dos agentes são referentes ao atendimento prestado à população, ao acolhimento que lhe é dado quando essa vai à instituição.

Em virtude dessa forma coerciva de relacionamento com os agentes, nota-se a produção de uma certa “acomodação”, não no sentido de que eles não desejem mudanças, mas sim de que se sentem impotentes para reivindicá-las. Pareceu-nos que a condição de agente de saúde tem paralisado essas pessoas que não conseguem, a partir do lugar que ocupam, reivindicar o que julgam ser necessário para a melhoria de suas condições de trabalho e da saúde da população. Seria

necessário para isso deixar de ser agente: *“O dia em que eu deixar de ser agente de saúde vai ser pior [...] porque eu vou me tornar líder comunitário, vou participar do Conselho de Saúde e aí sim vocês vão ver só, porque eu sei de tudo e vou poder cobrar muito mais”*.

Entretanto, como afirmamos no início deste capítulo, não temos a pretensão de encontrar homogeneidade nas práticas e posturas adotadas, pois, embora a postura de desvalorização do trabalho dos agentes seja predominante entre os demais profissionais da equipe, não se pode afirmar que seja única. Percebemos que alguns profissionais da unidade apostam no trabalho dos agentes, acreditam que eles são capazes de criar e implementar ações que dêem bons resultados.

Durante nossa permanência na unidade, foi possível acompanhar alguns treinamentos, coordenados por uma das enfermeiras das equipes, que tiveram como objetivo principal capacitar os agentes para trabalhar com educação em saúde na prevenção de diabetes. Nesses treinamentos, os agentes demonstraram ter um bom conhecimento técnico sobre a questão, fazendo até mesmo uso de termos médicos em suas colocações. Durante as discussões, os agentes foram incentivados a participar e tiveram respeitadas e valorizadas as suas colocações. Chamou-nos atenção a postura dialógica da enfermeira que, em momento algum, colocou-se no lugar de única detentora do saber, apontando a capacidade do agente para inventar o próprio trabalho: *“Vocês, agentes, têm que ser criativos, criar estratégias para fazer o trabalho de vocês”* (ENFERMEIRA). Além disso, em relação ao próprio trabalho com a comunidade, foi possível perceber nessa profissional uma postura mais voltada ao diálogo e respeito ao outro:

O agente não pode impor ao paciente o que ele deve fazer. Ele precisa explicar às pessoas e deixar que elas tirem suas próprias conclusões e decidam o que fazer. É muito fácil pra gente falar que o paciente é rebelde, porque não faz as coisas que a gente diz, mas a gente tem que tentar entender o que

está por trás disso, que são os fatores subjetivos (ENFERMEIRA).

Algumas semanas depois, já em outro encontro com essa enfermeira, os agentes relataram os efeitos advindos desse treinamento. Percebemos que, ao se sentirem valorizados e incentivados, os agentes sentem-se confiantes para criar e promover estratégias de intervenção. Várias equipes (por iniciativa dos próprios agentes) realizaram grupos de educação em saúde em espaços comunitários, igrejas e casas de moradores, etc. Uma das equipes fez um café da tarde com diabéticos e seus familiares no terraço da casa de uma das agentes. Com essa estratégia, os agentes trabalharam aspectos relativos à alimentação, exercícios físicos e acompanhamento médico e, ao que parece, a comunidade gostou muito, pedindo as receitas dos alimentos que foram servidos.

Foi possível perceber o quanto essas experiências criaram nos agentes o sentimento de que eles são capazes e podem propor ações de relevância para população. Foi a primeira vez que eles realizaram sozinhos, sem a supervisão de outro profissional, um trabalho com grupos: *“A gente nunca tinha feito nada sem o médico ou a enfermeira. Sozinhos a gente nunca tinha feito. Deu medo, frio na barriga, mas você [a enfermeira] falou que a gente era capaz então a gente foi e falou e deu certo, foi bom”* (ACS). Um outro efeito importante desses treinamentos foi os agentes repensarem a forma como desempenham o seu trabalho: *“Até a minha visão sobre aquela ficha [controle de diabéticos] que a gente preenche mudou, porque antes eu preenchia de forma mecânica. Agora não, eu investigo mais, converso sobre a ficha com a pessoa”* (ACS). Essa capacidade de proposição de ações e confiança no trabalho realizado se deve ao fato de o treinamento ter sido um espaço de troca, de reflexão e não simplesmente de transmissão de conhecimento técnico da enfermeira para os agentes.

Questionamos, então, se a postura adotada pelos agentes, quando vão até a comunidade impondo o seu saber, tendo uma prática pouco dialógica e com uma

concepção de educação baseada na transmissão vertical de conhecimentos, não se trata da reprodução das relações que se estabelecem dentro da própria unidade, já que é dessa forma que os outros profissionais se relacionam com eles. A postura adotada por essa enfermeira, portanto, parece ter refletido diretamente na transformação de suas estratégias de atuação, uma vez que formularam e promoveram encontros dialógicos com a população.

Um outro analisador¹⁴ das relações estabelecidas entre os membros das equipes de saúde é a distribuição/ordenação do espaço físico da unidade. A instituição, conforme apontado em capítulo anterior, dispõe de boa estrutura física, tendo diversas salas e consultórios, inclusive com um auditório. No entanto, não foi reservado, quando na distribuição das salas, um espaço para os agentes. Esse fato não poderia deixar de ser posto em análise, uma vez que explicita a posição que os agentes ocupam nas relações de trabalho instituídas: a de um não-pertencimento, de não ter lugar demarcado e, principalmente, reconhecido dentro da equipe.

O agente de saúde aqui está em último lugar. Eles proíbem os agentes de entrar na sala deles [referindo-se às enfermeiras chefes das equipes]. Quando eles estão com a pá virada eles falam: “Aqui não é lugar de agente, não, aqui é lugar dos enfermeiros”. Entendeu? Vão até a coordenação reclamar se um agente entra na sala deles pra falar alguma coisa ou pra fazer alguma reunião.

Vocês ficam dentro do banheiro, não é? É. A gente colocou seis cadeiras lá. Veja o que aconteceu: a gente fez uma reunião dentro da sala dos enfermeiros e depois teve reclamação. Na hora em que nos viram lá eles não falaram nada, mas depois teve reclamação, porque na sala dos enfermeiros não pode entrar agente. E aqui na unidade não tem uma sala pra gente. O nosso lugar é o banheiro, a nossa sala é o banheiro.

¹⁴ Analisadores são dispositivos inventados (procedimentos artísticos, políticos, dramáticos, etc.) ou produzidos “espontaneamente” pela própria vida que propiciam a explicitação dos conflitos, colocando em manifesto o jogo de forças presente em uma dada instituição (BAREMBLIT, 1998).

Isso é ruim porque às vezes deixa a gente muito pra baixo, muito pra baixo mesmo, desmotivado para trabalhar. Afinal, nosso lugar é o banheiro e banheiro é lugar de m... você sabe, né?! Não precisa falar!

A divisão e hierarquização do trabalho se fazem presentes também na repartição do espaço. Aos agentes é reservado como sala um banheiro desativado e não lhes é permitido entrar na sala dos enfermeiros. Cada um tem o seu lugar na unidade (começamos a nos questionar se essa denominação – Unidade – é mesmo apropriada). Um não pode adentrar ao espaço do outro. Afinal, que relações são essas? O que elas põem para funcionar? Que equipe é essa? Em que lugar esses trabalhadores são colocados nesse trabalho? Que tipo de Programa essas práticas estão produzindo? Como produzir um Programa participativo, que mobilize a comunidade, quando a própria equipe é desarticulada e reproduz práticas excludentes?

Segundo Rodrigues, citado por Machado (2004, p. 119), o

[...] banheiro está diretamente relacionado com as excretas, que culturalmente aprendemos a entender como algo nojento, impuro. Aquilo que fazemos dentro do banheiro é motivo de vergonha e, por isso, deve estar limitado ao aspecto mais íntimo do ser humano, não podendo estar incluído nos atos públicos dos sujeitos.

Sendo assim, percebe-se que, para esses trabalhadores, o fato de ser destinado a eles o banheiro como o lugar em que devem ficar constitui-se motivo de vergonha e até mesmo humilhação. Na última vez em que estivemos na unidade, a “sala” dos agentes (banheiro) estava sendo abarrotada com caixas de arquivos, tornando-se um almoxarifado. E os agentes estão lá, continuam junto com as caixas... até que o banheiro não os caiba mais...

Dessa forma, alguma as relações estabelecidas entre os membros dessas equipes poderão ser pensadas no âmbito do *privado*, como se se tratasse de relações

pessoais. Ao contrário, sendo entendidas como pertinentes ao campo do *público* e do *político*, evidenciam o que está se produzindo na execução do Programa: a manutenção do privilégio do saber oficial e desvalorização/desqualificação do saber popular (e, conseqüentemente, do profissional que o representa – o agente). Essas relações evidenciam de forma muito clara como o Programa tem sido constituído e operacionalizado por essas equipes. Não há como conceber de forma separada, cindida, o que propõe o PSF e as ações que se dão no cotidiano do trabalho. O PSF é e *será* o que se constrói *nas* e *pelas* ações cotidianas e pelo jogo de forças estabelecido nesse espaço de criação.

6.4 AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS AGENTES DE SAÚDE E O TENSIONAMENTO ENTRE GESTORES/UNIDADE/COMUNIDADE/AGENTES

Neste tópico, abordaremos as dificuldades encontradas pelos agentes na realização do seu trabalho, a forma como isso repercute na relação que eles estabelecem com o próprio trabalho e quais são as estratégias por eles criadas para superá-las.

Segundo os agentes, na relação com a população, não há problemas que se constituam entraves ao seu trabalho. Conforme discussão desenvolvida em tópico anterior, a relação com a comunidade traz algumas dificuldades no que se refere à posição de intermediação que os agentes ocupam, mas que, segundo eles, não chega a prejudicar o seu trabalho.

Para esses trabalhadores, as dificuldades na realização de seu trabalho se produzem dentro da própria Unidade de Saúde, na relação com a equipe, na forma como a população é atendida pelos demais profissionais ou em dificuldades trazidas pelo próprio Programa, como a cobrança de produção.

Agora uma coisa eu falo, lá na área, na comunidade, onde eu trabalho, eu não tenho nenhum aborrecimento. Então, aborrecimento eu tenho é quando eu tenho problema lá que eu

tenho que trazer para aqui e aqui não se resolve. Então, isso deixa a gente realmente estressada, nervosa, que é onde a gente não é compreendida [...]. Isso atrapalha muito o emocional da gente, isso deixa o agente de saúde doente emocionalmente.

Morreu uma senhora na minha área [...]. Quando ela passou mal em casa, [...] a filha veio aqui pedindo pelo amor de Deus que fosse alguém na casa deles [...]. Não foi ninguém... [...] E eu falo: 'Graças a Deus que não me encontraram', porque eu teria ficado tão irritada, eu sei que não seria bom para mim. Então, são essas coisas que irritam a gente e trazem doenças pra gente. Às vezes você levanta maravilhosa, tá tudo bem, numa boa, aí chega aqui e você se aborrece. Não é com a comunidade, é com a própria equipe de trabalho.

Para os sujeitos, as dificuldades criadas no trabalho com a população são fruto do pouco acolhimento com que a essa população é tratada na unidade ou da falta de resolutividade de suas demandas. Assim, é necessário que eles lidem com dois aspectos no que se refere ao atendimento prestado à comunidade: o primeiro refere-se ao número de vagas, que nunca é suficiente para atender à demanda; e o segundo é o tratamento dispensado às pessoas que vão até a USF.

O problema é ali na recepção. Se tratassem as pessoas bem na recepção... Na minha área são poucas as pessoas que vão direto à recepção, porque eles são maltratados. Nos horários em que estou aqui, eles me procuram.

A gente se mata pra conquistar a pessoa, pra fazer ela entender que ela precisa fazer um acompanhamento, que ela precisa fazer a dieta, precisa estar aqui mês sim, mês não e, quando a gente conquista a pessoa para vim, os próprios funcionários daqui enxotam a pessoa. Aí o trabalho do agente vai todo por água abaixo.

A maneira como a população é atendida na Unidade de Saúde, principalmente no acolhimento, ou seja, no primeiro contato com o serviço, dificulta o trabalho dos agentes. Na avaliação desses profissionais o serviço de recepção da unidade se mostra pouco acolhedor com a população, tratando-a até mesmo com certa

indiferença, o que foi percebido pelas várias situações que nos foram relatadas. Isso faz com que a população se volte contra os agentes já que são eles que a convidam para ir à unidade. Segundo relataram, não é raro visitarem a casa de um morador e serem maltratados em função do atendimento que foi dado a essa pessoa na unidade.

Não pretendemos, neste trabalho, colocar em análise o que produz esse tipo de atendimento, mas podemos levantar algumas questões que julgamos serem pertinentes. Será que, quando se fala no preparo dos profissionais para o acolhimento à comunidade, não se tem incluído os profissionais da recepção? Será que esses trabalhadores, sem desconsiderar as dificuldades que certamente enfrentam em seu cotidiano de trabalho, atuam dentro da visão de acolhimento da população e resolutividade de suas demandas proposta pelo SUS? Não seria esse atendimento pouco acolhedor uma forma de defesa contra as dificuldades encontradas no contato com a comunidade?

Mais uma vez, torna-se evidente a urgência de que se crie de um espaço em que não somente os ACSs, mas também todos os demais trabalhadores da unidade possam repensar o seu trabalho, podendo com isso criar formas menos pesadas de lidar com seu cotidiano.

Entendemos que o trabalho da equipe da saúde da família não deve ser pensado somente a partir dos profissionais que a compõem (médico, enfermeiro, auxiliar de Enfermagem, odontólogos e agentes de saúde), mas sim a partir de todos envolvidos no processo, ou seja, as pessoas responsáveis por limpar o espaço físico, por atender as pessoas, por marcar as consultas ou por prestar um atendimento técnico especializado. Todos que trabalham na unidade deveriam estar atuando num mesmo sentido, que seria o de acolher e tentar fornecer alguma resolução para as demandas trazidas pela população. Poderíamos pensar que uma postura de acolhimento levaria a população a compreender as dificuldades enfrentadas por

esses profissionais e, ao invés de se produzir um campo de enfrentamento entre ambas as partes, se crie um espaço de formação de alianças na busca pela superação dessas dificuldades.

Quando indagados se todos percebiam essa insatisfação por parte da população, os agentes nos afirmaram:

Eu acho que é a minoria que reclama. Ultimamente, pela misericórdia de Deus, tem vindo pouca gente aqui na unidade.

Mas vem pouca gente por...? Porque o atendimento não está bom!

A primeira afirmação nos chama a atenção, pois a agente não consegue perceber que o esvaziamento da unidade evidencia a visão que a população tem do serviço prestado. Sua colega de trabalho, entretanto, encarregou-se de pontuar isso, afirmando que a população não frequenta mais a instituição como antes, porque não está satisfeita com os atendimentos.

Em uma das visitas, uma agente relatou um fato bastante curioso, que, a nosso ver, tem relação com essa insatisfação da comunidade.

Já teve vezes em que colocaram sacos de lixo na porta da minha casa porque o caminhão coletor de lixo não passou. Para mim foi uma forma de crítica, porque muitas pessoas que queriam ser agentes não passaram na seleção e aí eles implicam com a gente.

A agente toma essa atitude em um plano privado, pessoal, como se a ação do morador se dirigisse diretamente a ela. Entretanto, uma outra leitura poderia ser feita. Esse acontecimento pode ser entendido como uma crítica ao serviço de saúde ou, num âmbito maior, ao próprio Poder Público, como se o morador, com essa atitude, dissesse: “Olha, vocês vão à minha casa dizendo melhorar as minhas condições de saúde, só que eu não tenho onde jogar o lixo. As visitas de agentes de saúde não

resolvem/melhoram as condições concretas de vida em que me encontro”. Pensamos que essa atitude pode indicar a insatisfação dessa população com um serviço de saúde que não se envolve na luta pela promoção de mudanças nas condições gerais de vida da população, possibilitando o acesso aos serviços e bens de consumo, à educação e trabalho e à melhoria nas condições de moradia.

Uma outra dificuldade apontada pelos agentes, refere-se à exigência de uma produção mínima de procedimentos. Esse aspecto tem sido ponto de muitos debates acerca do PSF: a priorização da quantidade de atendimentos, comprometendo significativamente a qualidade. Essa exigência ocorre em função de parte da verba destinada à saúde ser repassada para o município com base no número de procedimentos realizados. Dessa forma, quanto maior o número de procedimentos realizados pelo município, maior será a verba a ele destinada.

Entretanto, a exigência de que se atinjam metas de atendimentos e procedimentos, gerando uma sobrecarga de trabalho para as equipes, vai na contramão da proposta de promoção à saúde e não tem permitido que o Programa se desenvolva como deveria. Em função disso, muitas vezes, a qualidade de trabalho almejada pelos profissionais não pode ser efetivada.

Quando vocês falam que se prioriza a quantidade ao invés da qualidade, como é isso? *Se você tiver trinta pacientes para atender hoje, você atende aqueles trinta, mas sem qualidade, vai atendendo, consulta por consultar mesmo, vai consultando, vai embora. Entra na sala e o médico só olha. Mas em relação ao trabalho de vocês, também tem essa cobrança?* *Também. Eles querem também a quantidade e não a qualidade... Então, nunca vai ter PSF!*

Você acha que dá pra eu fazer 10 – 12 visitas em um dia? Não dá, não. São quarenta minutos, meia hora, às vezes quase uma hora em cada família, família que tem diabético, hipertenso, criança juntos. Não dá pra eu falar: ‘Oi Fulano, passei’. Não dá. E é assim que eles querem.

Aí quando mando o BUP [Boletim Único de Produção], manda o fechamento de relatório de lá pra cá – como nesses meses fizeram até reunião porque se estava mandando muita pouca visita e que os agentes tinham que aumentar o número de visitas. Mas também eu acho que eles têm que entender qual a quantidade de família daquele agente. Mas nada disso é analisado, eles só querem falar, pedir quantidade, pedir produção.

Os agentes afirmam que, para atender ao que é estabelecido como prioridade e ao número de visitas estipulado, não conseguem prestar uma atenção efetiva às famílias que não apresentam fatores de riscos à saúde. Reproduz-se, dessa forma, um trabalho centrado na doença e na prevenção, com pouco, ou quase nenhum espaço para as ações de promoção à saúde. Vale ressaltar que esses profissionais têm clara a percepção de que a forma como tem sido operacionalizado o Programa não permite que se realize o acompanhamento sistemático das famílias, sendo necessário, para dar conta das exigências, centrar o trabalho naquelas que já apresentam algum problema de saúde. Segundo eles, com a exigência de produção, o agente “[...] *deixa de entrar dentro da casa da família, sentar e conversar pra fazer seu serviço, mas assim [...] não está fazendo serviço de agente de saúde*”. Na verdade, a partir da percepção deles, o Programa não é de saúde da família e sim da doença, pois as equipes centram suas ações na pessoa que tem algum problema relacionado à saúde, não realizando com a família um trabalho de promoção da saúde.

O que é o PSF? A equipe do PSF tem que conhecer a sua microárea como um todo [...]. Então, se tem aquela família que é complicada [...], essa família o médico tem que conhecer, o enfermeiro tem que conhecer, o auxiliar de Enfermagem tem que conhecer, porque, quando ela chegar aqui na unidade ela tem que ser tratada não como a dona Maria... tem que ser tratada como a família da minha equipe, que eu conheço e tem esse problema [...], mas na realidade eles só sabem que [a família] é da sua equipe quando chega lá na recepção e falam que é da microárea tal: ‘Ah, é da minha equipe’, mas não conhece a dona Maria e a sua família.

Porque eles não vêem a família como um todo. Seu eu tenho o seu José hipertenso, eu não só tenho o seu José hipertenso, eu tenho a mãe, a filha... não importa, eu preciso conhecer todos da família.

Será que essa forma de atendimento tem sido um Programa de Saúde da Família? *Não, nunca foi saúde da família. Unidade de Saúde de Consolação não é de saúde da família, quem disser que é está mentindo.*

É possível notarmos que o Programa não tem sido implementado no bairro de Consolação com base em um trabalho de promoção à saúde, muito menos voltado para a família ou, em um aspecto mais amplo, para as coletividades. Percebe-se que, embora o Programa proponha a criação e implementação de ações de caráter coletivo – voltadas à prevenção e promoção da saúde, promovidas em conjunto com a população e com outros setores da sociedade – o que tem sido produzido são práticas tradicionais, em que as ações estão centradas nas patologias e na queixa individual dos sujeitos.

Esses dados são ratificados por estudo realizado por Cabral (2003), no Estado de Pernambuco. Para essa autora, “[...] os profissionais do PSF não conseguem se apropriar do Programa tal como está proposto e tão pouco conseguem cuidar da sua prática e execução” (p. 37). O trabalho das equipes de saúde da família ainda se encontra pautado em práticas curativistas e imediatistas com pouco espaço para as ações de promoção e mobilização da comunidade em torno das questões referentes à própria saúde. No entanto, é preciso ressaltar que, junto a essa dificuldade em operacionalizar o Programa, faz-se presente entre os profissionais a angústia e o sofrimento por não saber ao certo *o que fazer e como fazer*.

Apesar de toda a cobrança, alguns agentes conseguem criar estratégias de resistência a essa forma de organização do trabalho. Uma dessas estratégias é lançar no BUP, como visita domiciliar, outros procedimentos que realizam. Isso se dá, por exemplo, quando os agentes lançam como visita domiciliar um encontro

ocasional com um morador. Se eles param, conversam, prestando orientações e esclarecimentos sobre procedimentos da unidade ou se inteirando de como está passando aquela pessoa e sua família (que não consta como prioridade), esse encontro é lançado como uma visita domiciliar. Da mesma forma, quando eles vão à casa de uma pessoa entregar um encaminhamento para uma consulta marcada para especialidades, esse procedimento já é lançado como a visita do mês, pois, se tiverem que ir à casa da pessoa entregar esse encaminhamento e depois voltar para fazer a visita do mês, eles não dão conta da exigência de produção.

A esse respeito é possível afirmar que um serviço só funciona “[...] quando os trabalhadores, por conta própria, usam de artimanhas, macetes, quebra-galhos, truques; quando se antecipam, sem que lhes tenham explicitamente ordenado, a incidentes de toda sorte” (DEJOURS: 2003, p. 56). Os próprios agentes reconhecem e são enfáticos ao afirmar que, embora isso lhes possibilite desacelerar um pouco o ritmo de trabalho, também acaba por comprometer a qualidade do trabalho que realizam, pois não há tempo para estar com a comunidade, trabalhando com a promoção e educação em saúde.

A gente tem que entregar as consultas marcadas para as especialidades. Então, a gente tem que colocar isso como visita também, porque, se a gente não colocar, a gente não consegue fazer a quantidade que eles querem [...]. Porque, às vezes, é difícil, até sair da unidade [...]. Tem dia que a gente passa o dia inteirinho aqui dentro, então aquele dia não tem como fazer visita. Então, no outro dia, está pior, porque, ao invés de doze, você tem que fazer 24 visitas para cobrir o outro dia, entendeu?

Ao ser abordada a questão da produção, os agentes relatam a restrição do trabalho às “prioridades das prioridades”, pois não há como dar conta de todas as atividades a eles atribuídas:

Não dá pra você cumprir com todas as funções do agente, porque são mais de vinte. Quando você chega dentro da sua equipe, tem coisas que eles mandam você fazer que não são atribuições dos agentes.

Então, se vocês falam que não dá para cumprir tudo, como vocês fazem? A gente faz o que é prioridade.

Você tem que fazer quando der conta, não é quando eles pedirem e eles pedem coisas absurdas [...].

Quando falam das tarefas que não seriam suas atribuições, os agentes estão se referindo, entre outras atividades, aos três dias da semana em que uma das equipes tem que ficar na unidade preenchendo as fichas que o médico deveria preencher durante as consultas, ou seja, trabalhando com “secretários” do médico. Além disso, foi possível perceber que eles se envolvem com outras tarefas, por exemplo, organizar o arquivo de prontuários que fica na recepção, organizar os encaminhamentos para as consultas das especialidades, etc. Segundo informam, além de terem que manter todas as fichas de rotina em dia (ficha de cadastro da família, de diabetes, de hipertensão, da criança, etc.), eles estão constantemente preenchendo fichas extras (de levantamentos realizados pela Prefeitura).

As fichas cotidianas você sempre tem que estar preenchendo no seu dia-a-dia direto porque a família que você cadastra não fica no mesmo lugar, ela vai embora. Aí você tem que desmanchar aquela ficha, retirar, ir lá embaixo e tirar o prontuário, botar que mudou, passar pra frente. Daqui a pouco muda outra família, vê se tem hipertenso, diabético, idoso, bota na Ficha A, vê se tem criança, alguma pessoa acamada.

Igual eu voltei de férias quinta-feira. Minha enfermeira queria até hoje as crianças que estão sem atendimento médico [era uma segunda-feira]. Como que em dois dias eu vou dar conta da área todinha? De 157 famílias? Eu falei pra ela: ‘Sinto muito, minha filha, esse mês não dá não’. Impossível, jamais.

É muita coisa [...]. Às vezes você chega na família, preenche um monte de coisas e esquece uma, aí você tem que voltar lá.

Foi possível percebermos, portanto, que boa parte do seu tempo é destinada a preencher e corrigir essas fichas. Ou seja, parte do tempo que deveria ser destinado ao trabalho de educação em saúde é usado para manter as fichas cadastrais em dia.

Vocês acham que ter tanta ficha para manter atualizada diminui ou atrapalha no tempo que vocês poderiam estar lá na comunidade? *Atrapalha. Até mesmo entregar encaminhamento a gente vai porque não prejudica, mas eles distorcem muito o trabalho da gente, é muita coisa em cima do agente: 'Você vai fazer isso assim até tal dia'. É uma ordem, não é?*

Eles vêm atrás da gente: 'se vira, dá conta'.

Eu acho que a gente tem o direito de não ficar só recebendo ordem não. Porque não adianta você receber tanta ordem se você não vai poder fazer nem a metade delas [...].

Pensamos ser essencial, no atual momento, proceder a avaliações de como tem sido as práticas de todos os profissionais envolvidos no PSF (CABRAL, 2003). As dificuldades apontadas pelos agentes não se remetem unicamente ao trabalho por eles desenvolvido, mas sim à forma como o próprio Programa tem sido pensado e operacionalizado em nível local. Torna-se, portanto, urgente a necessidade de repensar a própria avaliação do Programa, que atualmente é feita pelo Ministério da Saúde baseada em dados estatísticos. Percebe-se que essa modalidade de avaliação, quando usada de forma exclusiva, não consegue indicar pontos críticos do Programa. Os dados numéricos podem apontar alguns resultados sobre as condições gerais de saúde da população (como a diminuição dos índices de certas patologias, da mortalidade infantil, etc.), mas não podem indicar, de forma mais ampla, qual tem sido o impacto do Programa em nível local, ou seja, como tem sido o trabalho dentro de cada comunidade, o que a população tem a dizer acerca dele, as dificuldades encontradas pelos profissionais na realização do seu trabalho, entre outros aspectos. É preciso que se coloque em análise como tem sido o trabalho com

a comunidade e que tipo de assistência tem sido possível a esses profissionais prestar.

Mesmo criando estratégias de resistência à demanda de produção e conseqüente aceleração do ritmo de trabalho, os agentes sentem-se frustrados e sobrecarregados na realização de seu trabalho.

Se eles querem quantidade, às vezes, a gente até prejudica a saúde da gente, que chega em casa, muitas vezes depois do horário, chega e tem que ir engolindo a comida, até prejudicando a saúde da gente e saindo a mil por hora porque tem que ter a quantidade.

O mal-estar que os agentes sentem na relação com a equipe, a falta de reconhecimento pelo trabalho que desempenham e o esforço implementado na tentativa de dar conta da exigência de produção têm efeitos diretos sobre a saúde dos agentes. Muitos relatam que, depois que começaram a trabalhar como agentes, passaram a ter problemas ligados à saúde diretamente relacionados com a função que desempenham.

*Tá todo mundo precisando ir no psiquiatra, no neurologista. Todo mundo tá com o pino solto! [risos]. **O que vocês têm?** A gente sente estresse, cansaço, chega em casa e já não tem mais paciência com ninguém. Você desconta em filho, marido, mãe. Às vezes eu chego em casa e não quero falar com ninguém.*

É uma dor de cabeça que eu sinto depois que eu comecei a trabalhar aqui, que vira e mexe, eu tô com essa dor de cabeça [...]. Devido a muito estresse, porque às vezes a gente passa muita raiva mesmo, a gente chega aqui, vem de casa bem e a gente quer ajudar e não consegue, aí é onde bate o estresse, o nervoso e é onde eu comecei a sentir muita dor de cabeça.

Mais é! Em casa eu não sou de brigar, o estresse, eu que levo para dentro de casa, às vezes, e quero descontar neles. Eu venho para o serviço e levo pra casa, eu fico nervosa e quero

descontar neles [nos familiares]. Outro dia eu até falei com a minha colega [também agente de saúde], eu estava tão estressada que a minha filha veio me perguntar um negócio e eu já estressei com ela. Aí ela falou: 'Mãe, a senhora fica estressada no serviço e quer descontar em mim?'. E o pior é que é mesmo, a gente pega no serviço e depois leva pra casa.

Eu adoro trabalhar como ACS, só que não tem o PSF. Se fosse o PSF mesmo seria bom ser ACS, mas só que não é. Aí a gente vai ficando com aquele problema pra gente [referindo-se aos problemas com que se deparam na comunidade e não conseguem resolver], tentando resolver e isso leva a gente até a ficar doente. Dor de cabeça a gente tem direto, por causa disso, por causa dos problemas, é muita coisa.

Quase todos os agentes foram enfáticos ao relatar que o trabalho produz um alto nível de estresse e sofrimento. Entretanto, afirmam que não é a função de agente em si que é sofrida. O difícil de ser suportado é a forma como as relações são estabelecidas entre os profissionais das equipes e os entraves encontrados para realizar seu trabalho.

Estudos em saúde do trabalhador indicam que o trabalho tem um caráter patológico quando passa a ser um agente produtor de sofrimento. Não é o *trabalho* em si que gera sofrimento e adoecimento em um trabalhador, mas sim as *condições* em que esse trabalho acontece. Segundo Dejours (1993), um trabalho que permita a criação e a escolha do modo de execução da tarefa é mais favorável à saúde dos sujeitos. Por outro lado, um trabalho constituído por tarefas fixas, regulares, repetitivas e imutáveis é perigoso para a saúde dos trabalhadores. Quando o trabalho é marcado pela rigidez no tempo com que as tarefas deverão ser executadas, passa a enclausurar e enrijecer os trabalhadores. Para esse autor, é essa impossibilidade de criar e apropriar-se do próprio trabalho que produz o sofrimento. Assim, um trabalho que poderia permitir a livre criação, por parte dos sujeitos que o executam, como é o dos agentes, tem sido também gerador de sofrimento em função de esses trabalhadores não terem legitimado o seu saber, não serem reconhecidos pelo

trabalho que desenvolvem e estarem obrigados a lidar com a cobrança por produção e conseqüente aceleração do ritmo de trabalho.

Além desse sofrimento psíquico, peculiaridades do trabalho do agente produzem desgaste de ordem física. O ACS é um profissional que, ao contrário dos demais da equipe, não desenvolve seu trabalho dentro da instituição. Esse aspecto torna o trabalho cansativo, pois são oito horas diárias andando de casa em casa, seja debaixo de chuva ou de sol ardente. Em uma comunidade, como a de Consolação, que é constituída predominantemente por morros, esse desgaste físico é ainda mais acentuado.

Eu, quando chega o final de semana, não agüento mais nada de tão cansada, nem lavar a minha roupa. Antes de trabalhar aqui eu tinha um serviço muito mais pesado, que era fazer faxina em casa de família e lavar roupa para fora e não me cansava tanto.

Eu tenho pouco tempo que estou trabalhando, vai fazer dois anos, e sinto uma dor de cabeça constante, que não tinha antes. Eu fico o tempo todo com a cabeça doendo, direto. Eu já carrego remédio para dor na bolsa, e também muita coisa que a pessoa sente de ficar o tempo todo andando, né? Já é um serviço cansativo. Eu não conheço um agente daqui que não tem um problema no joelho, nas pernas, causado por isso... é muita escadaria.

Eu estou com as minhas pernas cheias de varizes. São quatro anos: sobe morro, desce morro [...].

Durante nossas “andanças” com os sujeitos, foi possível sentir no próprio corpo o quanto pode ser cansativo o seu trabalho. Para visitar famílias que residem no alto dos morros, às vezes, era preciso subir escadarias por 20-25 minutos, fazendo paradas constantes para tomar fôlego e descansar. Os agentes precisam programar bem o roteiro de suas visitas, para evitar idas e vindas desnecessárias, pois implica maior desgaste físico e perda de tempo na realização de seu trabalho.

Pensamos que melhorias nas condições de trabalho dos agentes somente serão possíveis pela via da luta coletiva. É o próprio grupo de agentes, entendido aqui como portador de um potencial revolucionário, ou seja, capaz de promover mudanças, que deverá lutar e reivindicar melhores condições de trabalho. Sabemos que algumas dessas condições, como a geografia local, por exemplo, não podem ser mudadas, mas talvez seja possível encontrar formas de tornar menos pesado esse cotidiano de trabalho.

Os próprios agentes apontaram o que consideram ser essencial para que suas condições de trabalho melhorem. Para eles, apesar de todas as dificuldades, se houvesse reconhecimento pelo trabalho que desenvolvem seria mais fácil (ou menos penoso) lidar com os aspectos que se constituem entraves ao seu trabalho.

Mas qual é a principal dificuldade de vocês na realização do trabalho? *A principal coisa é o relacionamento.*

Se o agente tiver apoio naquilo que ele faz, ele vai conseguindo conquistar as outras coisas.

Tornou-se evidente que a maior dificuldade que os agentes encontram na realização do seu trabalho é a desvalorização e a falta de reconhecimento por parte dos demais profissionais da equipe. Apesar de relatarem outras dificuldades, como as trazidas pela condição de moradores, o cansaço, o estresse por não conseguirem atender a todas as demandas da comunidade, os agentes foram enfáticos em afirmar que a mais difícil delas é a relação com a equipe, que se dá pelo não reconhecimento do seu trabalho e da falta de espaço para participar das decisões.

Quando indagados sobre como tentam resolver suas dificuldades, uma agente nos diz:

Como a gente vai tentar superar, se eles nem ouvem a gente? Se você fosse ouvida, se eles pelo menos ouvissem e

dissessem: 'Eu vou tentar resolver essa coisa', eu acho que isso já melhoraria muito. Porque, se nós somos obrigados a ouvir na nossa comunidade, nós acatamos aquilo tudo pra gente, então, se a gente fosse ouvido, só isso já melhoraria, só que a gente não é.

Essa desvalorização advém também da Instituição da qual são funcionários e lhes remunera mensalmente. Conforme dito, eles são funcionários da Cáritas, não tendo, portanto, nenhum tipo de vínculo empregatício com a Prefeitura

Também existe uma coisa que é ruim para o ACS que é a terceirização [...]. Nós não somos funcionários da Prefeitura, nós somos funcionários da Cáritas e a cáritas deixa muito a desejar com a gente, entendeu? O agente não é ouvido pela Cáritas, o nosso vínculo empregatício é a Cáritas, mas nós não temos como conversar com ela, porque ela não aceita diálogo.

Mas a Cáritas não sabe das dificuldades que vocês têm?
Não, não. Eles não param pra poder ouvir a gente. Eles só exigem da gente [...]. Além disso, a Cáritas não aceita a gente ter um sindicato.

Nota-se que a entidade que poderia, e até mesmo deveria ser responsável por buscar a melhoria das condições de trabalho dos agentes não se interessa nem ao menos em conhecer a realidade deles. Além disso, segundo relatam os próprios sujeitos, trata-se de uma instituição pouco aberta ao diálogo e que não permite que eles se organizem coletivamente para lutar por seus objetivos.

Arelada à necessidade de reconhecimento pelo trabalho que desenvolvem, com conseqüente valorização de sua função, apontou-se também a questão da remuneração (que é de um salário mínimo), vista por eles como uma reafirmação do pouco valor que o seu trabalho assume no Programa.

Só da pessoa receber um elogio, ser vista como um vínculo na comunidade e ser reconhecido pelo trabalho que faz, eu acho que isso já é uma coisa que incentiva muito e ajuda a gente até... Se você está meio pra baixo, isso levanta o seu astral”.

Eu acho que melhorando a remuneração. O dinheiro não é tudo, mas...

A questão relativa à remuneração é constatada também por Nunes et al. (2003) em estudo realizado com agentes comunitários de saúde, em que a diferença de remuneração entre os profissionais atuando na estratégia de saúde da família evidencia a posição crítica ocupada pelos agentes dentro da equipe.

Assim, percebemos que essas condições de trabalho têm gerado sentimentos de insegurança, medo e ameaça, levando-os a sentirem-se impotentes para mudá-las. O que nos foi possível perceber foi descrédito na possibilidade de uma luta coletiva por melhores condições de trabalho, uma vez que não se vislumbram alianças e/ou relações de equipe. A saída para esses agentes é a mudança de profissão. Dos dez agentes acompanhados, sete estão fazendo algum curso técnico-profissionalizante, em geral auxiliar ou técnico de Enfermagem, ou procurando melhorar o nível de escolaridade. Isso vem do desejo de conseguir atuar em uma área profissional em que possam ser valorizadas e reconhecidas, o que não acontece na função de agente, tanto no sentido de numa melhor remuneração, quanto do reconhecimento da importância do seu trabalho. A escolarização representa para essas trabalhadoras não somente a melhoria na remuneração, como a possibilidade de reconhecimento profissional por meio de um saber legitimado socialmente, o que ainda está em construção no caso do ACS.

Pensamos que um Programa que prioriza a criação do vínculo entre os profissionais e a população assistida deveria possibilitar a permanência desses profissionais de forma a não se quebrar esse vínculo. Os próprios agentes chegaram a relatar essa perda em referência aos médicos. Criticam a condição de contratados dos profissionais que atuam no Programa, o que dificulta o trabalho, pois, quando se consegue estabelecer o vínculo com a comunidade e a proposta de intervenção

efetiva começa a acontecer, termina o tempo de serviço prestado e o profissional é substituído, quebrando-se com isso a ligação estabelecida com a comunidade.

6. 5 A PERCEPÇÃO QUE OS ACS TÊM ACERCA DO PRÓPRIO TRABALHO

O Quadro 2 indica as características que os agentes consideram essenciais para que uma pessoa possa desempenhar a função de agente comunitário de saúde, bem como as atividades por eles desenvolvidas consideradas, sob sua perspectiva, mais importantes.

Agente comunitário de saúde	Características pessoais para ser ACS	Atividades desenvolvidas consideradas mais importantes
ACS 1	Não informou	Não informou
ACS 2	Ser comunicativo	Acompanhar as gestantes e os recém-nascidos
ACS 3	Comunicativo, prestativo e paciente	Todas são importantes, mas o que vale é a atenção dada às pessoas
ACS 4	Ser comunicativo, gostar de lidar com pessoas, estar disponível além do seu horário, ter muita paciência	Aleitamento materno, acompanhamento de gestantes e crianças.
ACS 5	Educação, 2º grau completo, ética, respeitar as pessoas e costumes para ser respeitado	Acompanhar gestante e criança
ACS 6	Ser paciente, corajoso e ter bom senso	O trabalho com os hipertensos
ACS 7	Ser responsável, educado e comunicativo. Ter disponibilidade depois do horário de trabalho	Orientação e acompanhamento às gestantes, ao recém-nascido, e ao idoso
ACS 8	Saber ouvir, ser educado, gostar de lidar com pessoas, ter paciência e ser humilde	Acompanhar gestantes, amamentação, idosos e adolescentes
ACS 9	Gostar de trabalhar com a comunidade, amor ao próximo, paciência e dedicação	Escutar as pessoas e encaminhar o caso para a equipe
ACS 10	Todas as características boas	Descobrir as doenças e convencê-los a se tratar

QUADRO 2 - CARACTERÍSTICAS QUE UM AGENTE DEVE POSSUIR E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS CONSIDERADAS MAIS IMPORTANTES

A partir das informações coletadas, foi possível percebermos que os agentes vêm como fundamental em seu trabalho a capacidade de comunicação, instrumento pelo qual desenvolvem seu trabalho. Entre todas as características mencionadas, não aparece nenhuma de caráter mais técnico, por exemplo, entender sobre patologias, conhecer as causas das doenças e as formas de preveni-las.

Outras características levantadas pelos agentes são a paciência, saber lidar com as pessoas e saber ouvir. Ao contrário de achados em outras pesquisas (SILVA;

DALMASO, 2002), em que os agentes muitas vezes apresentam uma postura de não acolher demandas de outra ordem, de ouvir o que as pessoas da comunidade têm a dizer, como problemas de ordem emocional, familiares e/ou conjugais, os agentes por nós acompanhados apresentaram uma postura que contempla como parte de seu trabalho o acolhimento a esse tipo de questão. Assim, percebemos que muitas visitas por eles realizadas tinham como única finalidade saber como estavam algumas pessoas que atravessavam problemas familiares difíceis, como dificuldades conjugais, idosos abandonados pelos filhos, pessoas em depressão. A postura dos agentes nesse sentido mostrou-se de acolhimento, escuta e de tentativa de apoio por meio de conselhos ou apoio religioso. Essa postura tem relação com o conceito de saúde que permeia suas práticas, que não é situada somente no campo biológico, mas contempla também aspectos de ordem emocional e social.

Alguns agentes apontam a questão de ter disponibilidade depois do horário como uma das características necessárias ao trabalho desenvolvido porque, conforme discutido anteriormente, são constantemente procurados pela comunidade nesses horários, o que cria dificuldades para esses trabalhadores.

É interessante percebermos que somente um dos agentes menciona a questão da ética e do respeito aos costumes da comunidade. Embora tenha sido possível percebermos que a postura dos agentes nas visitas domiciliares não é autoritária ou invasiva, não se pode afirmar que não haja alguma forma de imposição de seu conhecimento às pessoas. As práticas dos agentes apresentam avanços no sentido de não se mostrarem autoritárias, como aconteceu em certos momentos da história da assistência à saúde. Entretanto, mantêm a concepção de que existem modelos ideais de vida, de saúde, de comportamento, aos quais os sujeitos devem se adequar. Talvez seja nesse sentido que eles se referem a características como paciência e saber lidar com as pessoas, ou seja, no sentido de saber como proceder para convencê-las sobre algo que devem fazer.

Metade das agentes consideram como mais importantes as atividades ligadas à saúde da gestante e da criança. É interessante notar que foi exatamente para trabalhar com essas demandas que o PACS foi implantado no Nordeste, o que parece indicar que essa visão do Programa ainda está arraigada entre os agentes. Duas agentes relacionam as atividades mais importantes com a responsabilidade que possuem de fazer um elo entre a comunidade e os profissionais de saúde, priorizando a atenção, saber ouvir e encaminhar as demandas para a equipe.

6. 6 O CONCEITO DE SAÚDE QUE PERMEIA AS PRÁTICAS DOS AGENTES

O conceito de saúde presente nas práticas dos agentes, assim como suas noções de prevenção e promoção da saúde, já vêm permeando as análises anteriores. Entretanto, buscaremos, neste tópico, explicitar melhor essas concepções, principalmente pelo debate ocorrido no segundo grupo focal. Conforme explicitado na metodologia, nesse grupo, focal foi solicitado aos agentes que apontassem aspectos que acreditam ter relação com a saúde. Basearemos nossa análise na compreensão que os agentes trazem sobre as seguintes palavras por eles destacadas:

Alimentação – Saneamento – Social – União – Limite – Educação – Dedicção –
Determinação – Amor – Abordagem – Momento

As três primeiras palavras por eles destacadas – *Alimentação, Saneamento e Social* – denotam que, na concepção dos agentes, não é possível se pensar em saúde sem levar em conta o contexto social em os sujeitos vivem. Para esses sujeitos, as condições de vida da população guardam estreita relação com o fenômeno saúde/doença, o que indica uma concepção que supera o campo estritamente biológico.

Saúde, não é só a ausência de doença, tem que estar englobado o emocional da pessoa e o social.

Saúde envolve tudo, bem-estar físico, emocional, tem que ter uma boa alimentação, uma boa convivência com as pessoas, viver bem o seu dia-a-dia

Foi possível notar que os agentes concebem a saúde como um bem-estar resultante de fatores de ordem social e individual, como condições de vida e moradia, alimentação, hábitos de vida, aspectos emocionais, entre outros. Essa forma de se entender a saúde permite a criação de práticas que sejam mais contextualizadas, baseadas na realidade da população, com propostas de intervenção que promovam mudanças não somente nos hábitos de vida dos sujeitos, mas, sobretudo, nas condições de vida a que estão submetidos.

Como é possível você fazer uma orientação para que a pessoa tenha uma boa alimentação se ela não tem emprego? Como vai ter emprego se não tem educação? A saúde está no meio disso tudo!

Essa afirmação da agente contempla a dimensão ético-política presente na noção de saúde, uma vez que não a reduz simplesmente à ausência de doença. Sob esse prisma, as práticas em saúde deveriam englobar ações de promoção da cidadania, entendida aqui como a capacidade dos sujeitos de estarem em pleno gozo de seus direitos, buscando propiciar meios de se criar, não de forma individual e sim coletivamente, estratégias de enfrentamento e superação das condições adversas de vida dos sujeitos.

Entretanto, ainda que esses profissionais consigam perceber a maneira como questões políticas, econômicas, sociais e biológicas estão articuladas na produção ou ausência da saúde, pouco se percebem como agentes promotores de cidadania, capazes de criar formas de articulação comunitária na tentativa de encaminhar soluções quanto à melhoria das condições de vida da comunidade local. Embora os agentes concebam que a saúde, ou a ausência dela, se constitui a partir dessa

trama, não vêem como parte do seu trabalho a criação de meios para que a comunidade se articule na busca por melhores condições de vida.

Procuramos perceber se os agentes promovem algum tipo de ação que leve a comunidade a lutar por melhorias em suas condições de vida. Percebemos que, na ação cotidiana dos agentes junto à população, o conceito sócio-histórico de saúde torna-se distante, sendo priorizadas as práticas centradas nos indivíduos e não nas coletividades.

Todos os sujeitos declararam não participar de nenhum movimento que promova o envolvimento, aglutinação e organização da comunidade em torno de seus interesses, preferindo não se envolver com as questões de ordem política. Para eles, a luta e reivindicação por melhorias nas condições de vida da população estão restritas, ou são de responsabilidade das instâncias envolvidas com ações político-partidárias, não podendo acontecer cotidianamente na comunidade. Esse fato é endossado quando indagamos aos agentes se eles fazem ou participam de reuniões de associação de moradores, algum conselho local, etc. Todos declararam não participar de nenhuma ação desse tipo.

No cotidiano de trabalho, os ACSs procuram orientar as famílias a partir da realidade em que elas se encontram, promovendo ações de educação em saúde mais contextualizadas, pois consideram que, se não for assim, o trabalho perde o sentido e se distancia da população atendida. É necessário, portanto, “saber até onde ir com a família”, trabalhando a partir da realidade dela.

É nesse sentido que se associaram à saúde as palavras ABORDAGEM e MOMENTO. Para os agentes, é essencial em seu trabalho saber como abordar a família, respeitando suas crenças, valores e cultura, usando uma linguagem que seja acessível e, mais que isso, sabendo em que momento fazer a abordagem. O fato de os agentes serem moradores da região já facilita bastante o trabalho nesse sentido,

já que eles são constituídos a partir da mesma realidade da população, sendo, portanto, de conhecimento dos agentes o modo de vida, as dificuldades, os valores de que é portadora a comunidade. Ainda no mesmo sentido, os agentes trouxeram para a discussão a palavra LIMITE. Para eles, não se pode impor a uma pessoa ou família algo que se espera que ela faça, devendo o agente saber qual é o limite sua intervenção ao fazer sua abordagem. Além da noção de respeito ao outro e da importância de se adotar uma postura não impositiva, mas sim de diálogo, de troca, as falas demonstraram que os agentes percebem que a mudança de hábitos de vida, adesão aos tratamentos, etc. não passam simplesmente pelo campo do saber, da razão, mas que há outros fatores implicados na situação:

A gente tem que trabalhar com a família com jeito, com carinho, explicar aos poucos, se colocar no lugar dela.

Não se impõe, se explica.

O fato de eu explicar uma coisa para uma pessoa não quer dizer que ela vai fazer. Ela tem que querer, tem que ter o desejo de mudar, não basta só saber.

*Não se pode chegar na marra e impor, é necessário explicar, mas se eles vão atender... Agora se vai prejudicar a saúde, aí a gente tem que mandar não fazer. **Mandar?** Não, explicar com jeitinho, com educação, tudo tem que ser com educação.*

Entretanto, ao mesmo tempo em que dizem ser importante respeitar a cultura da comunidade, os agentes utilizam o saber técnico-científico na tentativa de convencer a população acerca do que ela deve ou não fazer. Pareceu-nos que, na concepção desses profissionais, não se deve impor algo a uma família, mas sim convencê-la. Trata-se, ainda que um pouco mais sutil, de imposição de um certo modo de vida considerado pelos profissionais de saúde mais correto do que o da população. É interessante a colocação de uma das agentes a esse respeito:

É muito mais difícil trabalhar com famílias que têm idosos, porque onde tem idoso tem muita tradição, aquelas crendices, então fica difícil da família fazer o que você orienta.

Parece, portanto, que a aceitação da cultura de uma família acontece desde que ela não seja conflitante com as orientações dos agentes, pois, caso contrário, constituirá um empecilho ao seu trabalho.

A partir dessa concepção, será o convencimento o alicerce das ações de educação em saúde desenvolvidas pelos agentes. Foi possível percebermos, tanto no acompanhamento das visitas domiciliares quanto em de suas falas, que, para esses profissionais, o processo de educação em saúde se dá à medida que se promove a transmissão do saber médico à população e que é possível ter saúde quando essas orientações são seguidas. Quando discutimos com os agentes como seria possível trabalhar com promoção da saúde, eles nos colocaram:

Recebendo as orientações que são passadas para nós e repassando para as famílias nas nossas visitas domiciliares. O que a gente pode fazer é chegar e orientar, se a pessoa vai seguir... vai da consciência deles, né?

Vai da consciência deles porque a gente fala em toda visita, toda visita a gente fala, bate na mesma tecla [...]. Não depende da gente, por mais que a gente fale, oriente, acompanhe, leve as coisas para eles, não adianta. Depende só deles mesmos.

Também é através da ação educativa. Quando a gente começou, as ações educativas não tinham resultado, a gente convidava, convidava e eles não vinham aqui na unidade. Hoje já estão um pouco mais conscientizados.

As três colocações acima explicitam que os agentes entendem a educação em saúde como a transmissão de orientações, de informações sobre saúde. Trata-se de uma visão que prioriza a transmissão verticalizada de informações, em que o profissional é considerado como aquele que porta um saber sobre a saúde e a

doença que deve ser transmitido aos sujeitos, ou seja, que a informação vai sempre no sentido daquele que “sabe mais” para os que “sabem menos”.

Percebemos que, na maioria das situações, as ações de educação em saúde dos agentes tinham um caráter preventivo, pois, além de atuarem a partir de fatores considerados de risco pelos estudos epidemiológicos, tentam encontrar formas de convencer e persuadir a população a mudar de estilo e hábitos de vida. O foco da ação se dá, portanto, de forma predominante centrado nos sujeitos individualmente, mesmo quando o trabalho é desenvolvido em grupo.

Vê-se, portanto, que os agentes, ao invés de constituírem um elo entre a comunidade e os profissionais de saúde, permitindo a esses últimos atuarem a partir da realidade da população, fazem um movimento inverso, ou seja, facilitam o acesso que a população tem ao discurso dos profissionais. A população escuta os agentes, legitima o seu trabalho, o que não acontece entre os demais membros da equipe de saúde.

Em contradição com a concepção sócio-histórica de saúde, os agentes assumem uma postura de culpabilizar individualmente os sujeitos pelo adoecimento, fato expresso claramente nas afirmações: *“Vai da consciência deles, porque a gente fala em toda visita, toda visita a gente fala, bate na mesma tecla”* e *“Só saber não é o suficiente, se a pessoa não quiser fazer não adianta. Então, a gente tem que fazer um trabalho de convencimento dessa pessoa”*. Esse ponto da discussão merece atenção, já que se trata de um dos cerne desta investigação, que é tentar perceber se o trabalho dos agentes com a comunidade é baseado na premissa do convencimento e da “vigilância” da vida das pessoas ou se tem sido possível a construção de outras práticas e formas de lidar com os usuários dos serviços de saúde. Percebemos que, embora em muitos momentos os agentes tenham uma postura de valorizar o diálogo, a troca com a comunidade, o respeito à sua cultura e

suas crenças, a todo o momento são “capturados” em posturas que desvalorizam o saber da população e legitimam uma certa “autoridade” do profissional.

Para os agentes, é por meio da repetição, da insistência, do bater na mesma tecla que se torna possível alcançar aquilo que foi definido como objetivo da intervenção. Além disso, as falas dos agentes expressam a idéia de que o sujeito é culpado pelo seu adoecimento que se dá, nessa perspectiva, em função de ele não ter seguido as orientações que lhe foram passadas. As afirmações evidenciam a concepção de que ter ou não saúde dependeria unicamente dos sujeitos e de suas escolhas pessoais, idéia essa que há muito tempo permeia as práticas em saúde e não pode ser atribuída unicamente aos agentes.

Essa postura de culpabilizar os sujeitos pelo que lhes acontece no âmbito da saúde é reflexo de uma concepção biomédica, que é, sob esse ponto de vista, pensada como algo de cunho individual, sem relação com o meio que cerca o sujeito. As práticas de assistência, a partir dessa concepção de saúde, por muito tempo, centraram-se unicamente nos hábitos de vida dos sujeitos, procurando levá-los a abandonar os considerados nocivos e adotando outros mais saudáveis. Segundo Carvalho (2004), foi o ideário que preconiza como eixo central de intervenção um conjunto de ações que procuram intervir positivamente sobre os comportamentos não saudáveis dos indivíduos que norteou as primeiras formulações no campo da promoção à saúde. Dessa forma, percebe-se que, embora sejam comuns no campo da saúde coletiva os questionamentos acerca da atribuição da responsabilidade da condição de saúde unicamente aos sujeitos, ainda se faz presente nas práticas de promoção à saúde esse tipo de concepção.

Mudanças de hábitos de vida considerados não saudáveis podem ter um efeito positivo sobre o estado geral de saúde dos sujeitos, não sendo, entretanto, capazes de promover mudanças nas condições de vida de uma população. Essas mudanças, ao contrário, só se tornam possíveis a partir de articulações coletivas que

possibilitem a criação de estratégias de luta e enfrentamento que realmente promovam mudanças nas condições de vida de uma dada população e não simplesmente no plano individual.

Muitas visitas domiciliares acompanhadas pareciam ter como único objetivo verificar se o morador estava tomando corretamente a medicação, se estava “fazendo a dieta que o médico mandou”. Nesses momentos, era comum o agente fazer um “inquérito” com o morador perguntando se ele estava tomando o remédio, como estava tomando, a que horas, etc. A figura do agente de saúde, em algumas dessas visitas, parecia ser a do fiscalizador, que vem para regular a vida dessas pessoas. Em uma dessas visitas, a agente nos disse: “Os diabéticos da minha área são quase todos idosos, mas eles são obedientes”, o que exemplifica de forma clara o exposto acima.

No entanto, conforme dito, não é possível atribuir aos agentes uma única forma de agir diante dessas questões, pois nos deparamos, ao longo do processo de investigação, com práticas múltiplas, que apontam ao mesmo tempo atitudes divergentes. Se, em determinados momentos, sua atuação parece desconsiderar a história e condições de vida do sujeito, entendendo a saúde, ou a ausência dela, relacionada unicamente com os seus comportamentos, em outros, parece ser claro para ele a determinação social do fenômeno saúde/doença.

Outro aspecto que para os agentes tem estreita relação com a saúde é a UNIÃO entre os profissionais e a família. Para esses trabalhadores, é fundamental que todos os profissionais envolvidos no Programa criem vínculos com a comunidade, estabelecendo com ela uma relação de proximidade e acessibilidade. Entretanto, a idéia de educação em saúde como um exercício de convencimento da população nos leva a questionar que sentido tem para esses agentes a união entre comunidade e profissionais. Será que a união e o vínculo são pensados como formas de facilitar o trabalho de persuasão da população, constituindo-se o vínculo com uma forma de

levar a população a confiar e, por conseguinte, ser convencida e controlada? Ou se trata de uma possibilidade de reivindicações coletivas?

A nosso ver, a idéia da união deve estar para além da questão do vínculo, contemplando também a proposta de que a própria população participe da definição das demandas de intervenção. Ou seja, ao se definir o que e como serão as propostas de trabalho, deveria ser contemplado o que a comunidade traz como demanda, o que ela pensa que seja importante no trabalho a ser desenvolvido.

Por fim, foi possível percebermos que, para os agentes, não está clara a diferença entre prevenção e promoção da saúde. Apesar de ser comum no seu discurso o termo promoção da saúde, não se percebe que eles tenham a dimensão exata do que isso significa. Em uma de nossas discussões abordamos o tema:

Então, para vocês, o que é promoção da saúde? *Nós, ACS, juntamente com toda a equipe, temos que ajudar a comunidade a prevenir a doença. Promoção de saúde é cuidar antes da doença chegar, né? A gente ajudando é melhor prevenir do que esperar a doença para se tratar.*

A promoção da saúde e a prevenção das doenças se mostram, para esses trabalhadores, como a mesma coisa. Promover saúde, em sua perspectiva, é eliminar ou diminuir os fatores de risco às doenças. Daí suas ações acontecerem na maior parte das vezes centradas na doença e com os grupos considerados de risco (como diabéticos, hipertensos, etc.) e não com a população de uma forma geral.

Foi possível percebermos que as visitas domiciliares acontecem exatamente nesse sentido, ou seja, são momentos em que é possível estar com a família ou com uma pessoa, verificando e monitorando aspectos ligados à saúde e, com “*jeitinho e educação*”, realizar o trabalho de convencimento daquilo que é considerado necessário. Nessas visitas, muitas questões que poderiam ser trabalhadas com os sujeitos no sentido de levá-los a perceber a importância da articulação comunitária

em torno do fenômeno saúde/doença são tratadas como se dissessem respeito à vida somente daquele sujeito e não de toda a comunidade que o cerca.

6.7 A DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA AÇÃO DOS AGENTES

Neste tópico final nos dedicaremos à discussão mais elaborada acerca das dimensão ético-política do trabalho dos agentes, embora possamos afirmar que as análises até aqui empreendidas já nos tenham sinalizado em que dimensão a prática dos agentes acontece.

As análises e críticas tecidas por esses trabalhadores à forma como o PSF tem sido pensado e operacionalizado pelos profissionais nele envolvidos evidenciam a noção de que o trabalho em saúde será sempre portador de um caráter político e ético e do seu papel dentro dessa nova proposta.

O papel do gente de saúde é muito importante pelo seguinte: porque antes tratavam ali o curativo, né? E hoje o papel do agente sendo preventivo melhorou muito, porque uma pessoa que é hipertensa e que futuramente os filhos podem ser, então o ACS já entra aí, o médico tratando o que já é doente e o agente com a prevenção com a família, para que futuramente não venha também a ser hipertensa.

O tipo de assistência prestada à população, a relação estabelecida entre os membros das equipes de saúde, os entraves encontrados na realização do seu trabalho, entre tantos outros aspectos anteriormente discutidos, também são objetos de crítica dos agentes em relação ao Programa.

Você acha que dá pra eu fazer 10 – 12 visitas em um dia? Não dá não [...]. Não dá pra eu falar: ‘Oi, Fulano, passei’, não dá. E é assim que eles querem.

A afirmação da agente, entre tantas outras anteriormente mencionadas, indica a percepção de que o trabalho a ser desenvolvido com a comunidade requer

disponibilidade de tempo e envolvimento, ou seja, implica assumir compromissos de ordem política e ética.

É entendendo a dimensão ética como a postura e compromisso assumidos pelos agentes com a comunidade e tudo que a constitui, seus valores, suas crenças, sua cultura, seu modo de vida, e como a capacidade de colocar em análise a própria prática e o que ela tem produzido na vida das pessoas, que nos propomos a analisar qual tem sido a postura ética assumida pelos agentes diante da população por eles assistida.

Como dito, não é possível afirmarmos que os agentes têm um posicionamento único diante dos fatos com que lidam. Em vários momentos, a postura por eles assumida é de detentores do saber, de profissionais que podem regular a vida das pessoas, ainda que de forma sutil. Em outros, assumem uma postura mais dialógica, aberta a ouvir o que a comunidade tem a dizer.

Um aspecto que nos chamou especial atenção durante o processo de acompanhamento do trabalho dos agentes foi a postura acolhedora que têm com comunidade. Conforme mencionado, os agentes consideram de extrema importância o acolhimento às demandas da população que estão para além dos aspectos biológicos ligados à saúde. Problemas emocionais, familiares, conjugais, entre tantos outros, embora não sejam estabelecidos como objeto de intervenção direta dos agentes, são contemplados por eles como pertencentes ao seu campo de trabalho, sendo considerados pelos agentes como essenciais, o que indica uma maneira de acolhimento do outro em sua integralidade e não somente nos aspectos referentes ao plano biológico.

Nesse sentido, podemos afirmar que os agentes apresentam em muitos momentos uma postura clínica em relação à comunidade. A clínica, entendida como o ato de *inclinarse*, de *voltarse* para o outro, parece estar presente no trabalho desses

profissionais quando afirmam que algumas pessoas precisam é de alguém com quem conversar, de alguém que as ouça, propondo-se a fazer isso, além de ter uma postura de acolher o saber que essas pessoas trazem sobre si mesma.

[...] eu falo que eles só querem quantidade, se tiver mil para eles atenderem eles atendem, mas sem amor. Não conversam com a pessoa, não deixam ela falar pelo menos o que ela sente, o que acha que é. [...] Tem muita pessoa leiga na nossa comunidade, mas elas sabem o que é bom para elas e o que não é. Por mais leiga que a pessoa seja, ela tem o direito de falar.

Nesse sentido, os agentes consideram como características pessoais relevantes ao desempenho de sua função a capacidade de: ser comunicativo; ser paciente e saber ouvir; ser prestativo e dedicado; e ter disponibilidade para estar com as pessoas, sabendo respeitar sua cultura e costumes. Além disso, entre as atividades mais importantes que desempenham, foram apontadas: a atenção dada às pessoas, escutando-as e encaminhando o caso para a equipe.

Entretanto, conforme foi possível percebermos, apesar de os agentes mencionarem constantemente a necessidade de se respeitar os valores e cultura da população, intervindo a partir deles, não é raro que adotem posturas de imposição de modos de vida, ainda que de forma sutil.

A concepção e práticas de educação em saúde adotadas pelos agentes indicam a tentativa de impor mudanças de comportamento e hábitos de vida aos sujeitos. As afirmações do tipo “A gente tem que trabalhar com a família com jeito, com carinho, explicar aos poucos, se colocar no lugar dela”, “Não se impõe, se explica”, “Não se pode chegar na marra e impor, é necessário explicar [...]” indicam o entendimento de que as ações em saúde não podem ter um caráter autoritário, impositivo. Isso, entretanto, não elimina a idéia de que os profissionais de saúde são os portadores das “verdades” que devem ser adotadas pela população.

Embora os agentes não assumam, na maioria das vezes, uma postura impositiva, dedicam-se ao convencimento da população, de forma sutil e habilidosa, de que é necessário mudar seus hábitos de vida. Percebe-se com isso que, ainda que esses profissionais entendam que é importante conhecer e atuar a partir da cultura da população, em sua prática cotidiana, essa concepção acaba se esvaziando, permanecendo as práticas tradicionais que legitimam o profissional como o detentor do saber que deve ser levado à população.

Com isso, é possível afirmarmos que a postura ética adotada pelos agentes constitui-se, a partir do referencial teórico por nós adotado, como uma *Ética da interlocução*. Eles não negam o direito da população em adotar ou não as suas orientações, ou seja, não privam o sujeito do direito de escolha e de razão, de escolher o que considera melhor para si. Entretanto, nem por isso podemos afirmar que sua prática deixa de ter um caráter autoritário, uma vez que vêem como essencial ao seu trabalho convencer a população sobre aspectos ligados à saúde. Nessa forma de relacionamento, procura-se tornar o sujeito-alvo das ações de saúde igualmente competente para decidir o que é melhor para si.

Ao afirmarmos que a postura ética adotada pelos agentes é predominantemente marcada pela interlocução, não estamos desconsiderando que, em muitos momentos, ela seja permeada pela postura de tutela da vida das pessoas. Partindo de uma definição prévia de que o sujeito-alvo dos cuidados é privado de razão e vontade, incapaz de participar do processo de tomada de decisões e escolhas, a *Ética da Tutela* produz a infantilização do sujeito assistido. Esse posicionamento ético foi observado principalmente na relação dos agentes com pessoas mais humildes, com pouca instrução, idosas (quando não havia familiares responsáveis pelos seus cuidados) ou em situação de risco social. Nessas ocasiões, os agentes assumiam um caráter mais paternalista com os sujeitos, impondo o que fazer e como fazer (hábitos, uso de remédios, controle de alimentação, etc.). Nesses momentos,

tornou-se evidente a apropriação que os agentes fazem do discurso biomédico a fim de legitimar sua prática e ocupar uma relação de poder diante da população.

O que acontece para que esse vínculo entre vocês e a comunidade se crie? *Eu acho que é a persistência da gente e a maneira com a qual a gente trata as pessoas também, eu acho que se torna esse vínculo aí, é como se fosse uma mãe e filho, é o dia-a-dia, a gente persistindo, conversando, tentando conquistar essas pessoas.*

A gente deve descobrir as doenças e convencer as pessoas a se tratarem.

Essa forma de se conceber o trabalho com a comunidade, paternalista, é evidenciada também pela maneira como os agentes se referem aos moradores: “*meus pacientes*”. Sabemos que esse termo, empregado no relacionamento médico-paciente, aponta o lugar que cada sujeito ocupa nessa relação: o médico, aquele que detém o saber (e, conseqüentemente, o poder) e o paciente, aquele que tem ou revela paciência, resignado, manso, pacífico, que está sob os cuidados médicos (FERREIRA, A. 2002). Ao colocar a comunidade nesse lugar de pacientes, os agentes acabam por reproduzir a relação de saber-poder arraigada nas práticas vigentes em saúde, que não legitimam a importância de que os sujeitos sejam também agentes no processo de busca pela saúde. Embora os agentes reconheçam de a importância de a comunidade ser ativa nos cuidados com a sua saúde, em muitas situações se mostram capturados por essa relação de saber-poder e acabam, conseqüentemente, por reproduzir ações de imposição e/ou convencimento da população sobre determinado modo de vida ou comportamentos a serem adotados.

Percebe-se, portanto, que, por não questionar a ordem do que está instituído, a prática dos agentes muitas vezes tornava-se vazia de sua dimensão política, por centrar nos indivíduos as mudanças esperadas para se alcançar saúde, colocando à margem de suas intervenções aspectos relacionados com a transformação das condições de vida da população.

Retomando a concepção de política empregada neste trabalho, que é tida como a ação dos sujeitos de se juntarem para instaurarem novas realidades, propomos analisar o que tem sido instituído a partir da relação entre os agentes, comunidade e demais profissionais das equipes de saúde.

Percebemos que os agentes entendem que o seu trabalho está diretamente relacionado com as condições concretas de vida da população e que as práticas em saúde não podem ser pensadas sem que essas condições sejam levadas em consideração. Entretanto, sua prática permanece centrada nos sujeitos individualmente, desconsiderando-se as condições de vida a que estão submetidos, não assumindo, portanto, um compromisso efetivo com a transformação da realidade.

Vale ressaltar que, ao afirmamos que os agentes deveriam atuar no sentido de promover transformações na realidade da população com a qual lidam, não estamos depositando nesses sujeitos a responsabilidade em mudar o contexto que os cerca, como se tivessem uma missão a ser realizada. Sabemos que uma visão assim mostra-se reducionista e “deposita sobre os ombros” dos agentes uma tarefa árdua e até mesmo impossível. Ao afirmamos, e até mesmo defendermos, que os agentes podem e devem atuar no sentido de contribuir para a melhoria das condições de vida da população, fazemos isso no sentido de que, mais que promotores da saúde, esses trabalhadores podem se constituir promotores de cidadania, aspectos que não devem ser pensados separadamente.

A posição privilegiada que os agentes ocupam no Programa, pelo *status* de moradores, abre inúmeras possibilidades de ação com a comunidade, no sentido de levá-la a perceber a necessidade de assumir uma postura mais ativa na luta pela melhoria de suas condições de vida e não relegando essa responsabilidade somente às autoridades. É, portanto, nesse sentido que atribuímos aos agentes um

importante papel político. Pelo contato cotidiano com a comunidade, por conhecer e fazer parte de sua realidade e por compartilhar do mesmo universo cultural, os agentes podem se constituir importantes aglutinadores de forças na tentativa de instaurar uma nova ordem. Não pensamos essa transformação em um sentido macroestrutural, mas sim nos referimos a uma micropolítica que se constrói no cotidiano, à medida que determinados aspectos referentes à realidade de cada comunidade são modificados.

Entretanto, conforme discutido, embora os agentes entendam a saúde como resultado das condições de vida da população, sua prática não se dá no sentido de incentivar a comunidade a criar, por meio da mobilização coletiva, formas de enfrentar e modificar as condições de vida a que estão submetidos. Não foi possível perceber entre esses trabalhadores ações que levem a comunidade a se organizar na luta pelos seus direitos, a reivindicar melhorias em suas condições de vida.

Quando vocês falam dessas dificuldades que a comunidade enfrenta, em algum momento o trabalho de vocês acontece no sentido de incentivá-la a lutar por melhorias no serviço? Isso faz parte do trabalho de vocês ou vocês preferem não fazer isso? *Não. Faz parte do nosso trabalho, sim. Às vezes a pessoa reclama, igual em caso de consulta, vem na unidade um dia, vem outro pra pegar remédio. Então eu falo pra minha área se organizar para não ficar vindo aqui todo dia porque a unidade não atende só a minha área, para evitar estar aqui todo dia [...]. Então, as pessoas têm que prevenir a doença para não estar aqui todo dia, eu falo porque quanto menos a pessoa vier...*

A agente entende a organização da população no sentido de se programar para não estar na Unidade de Saúde todos os dias e não como uma possibilidade de enfrentamento de suas dificuldades. Questionamos se o fato de algumas pessoas irem muito à unidade não evidência demandas diferenciadas de atendimento. Não seria necessário ter uma escuta e um olhar diferenciado para essas pessoas? Mas,

ao contrário, essas pessoas incomodam e passam a ser vistas pelos funcionários da instituição, segundo os próprios agentes, de forma pejorativa.

Eu acho que a comunidade tem o direito dela, não é? Eles têm que saber disso, que eles têm direito a uma consulta, eles merecem respeito, têm que ser respeitados não importa quem seja. Eu acho também que eles têm que lutar pelos direitos deles. Eles têm direitos, eles têm que lutar.

A gente fala isso para eles: 'Vocês conhecem seus direitos, todo cidadão tem seus direitos'.

Percebe-se, por meio dessas falas, que os agentes reconhecem que a população tem direito a um serviço de saúde de qualidade, informando-a sobre isso. Entretanto, foi possível notar que nem sempre essa visão está presente em sua prática. Em uma das visitas domiciliares, fomos à casa de uma senhora que tem a mãe acamada em função de um quadro de diabetes já bem comprometido. Essa senhora estava revoltada porque tinha levado a mãe à Unidade de Saúde para fazer exame de glicemia e não tinha a fita de papel que é usada para a coleta do sangue. Durante a visita, essa moradora reclamou o tempo todo, não da unidade em si, mas do sistema de saúde, dizendo que pagava seus impostos e tinha direito a um atendimento de saúde digno, que a Prefeitura não poderia deixar faltar uma coisa tão elementar na unidade, etc. A agente de saúde permaneceu calada o tempo todo e, ao sairmos da casa, disse que já tinha avisado à sua supervisora que, se voltasse à casa daquela moradora e ela ficasse reclamando, não voltaria mais, porque não agüentava mais ouvir suas queixas. Chamou-nos atenção o fato de que todas as críticas feitas pela senhora eram pertinentes, mas pareciam ofender a agente de saúde, que, em nenhum momento, deu razão à moradora, mostrando que, de repente, seria possível que ela, junto com outros moradores, lutassem para que as condições de atendimento na unidade melhorassem. Assim, pareceu-nos que, embora os agentes saibam dos direitos da população, não implementam ações que incentivem a sua organização na luta por eles. Na semana seguinte a esse episódio, retornamos à unidade e soubemos que essa mesma senhora telefonou para uma estação de rádio

de Vitória, que tem um Programa que permite a participação da população, e reclamou do atendimento na Unidade de Saúde. Esse fato gerou uma grande mobilização entre os agentes que foram convocados para uma reunião, não para se propor algum tipo de encaminhamento a esse tipo de queixa, mas sim para serem advertidos a trabalhar mais para que a população não tivesse do que reclamar.

Diante ao exposto, não nos parece possível, e até mesmo legítimo, afirmar que são os agentes os responsáveis por despolitizar as demandas da população. Essa postura, ao contrário, pareceu-nos estar arraigada à prática de todos os profissionais atuantes na instituição.

Ao apontarmos a ausência de uma postura política mais ativa por parte dos agentes, não o fazemos no sentido de culpabilizar esses sujeitos. Pensamos que essa postura, pouco comprometida com a mudança das condições concretas de vida da população, constrói-se a partir do enlace de muitos fatores. Entre eles, temos a própria implicação política que grande parte da população assume em frente ao seu cotidiano. Somos todos de uma geração que desacredita o espaço público como lugar de encontro entre as pessoas (sujeitos coletivos) na busca da superação de suas dificuldades e conflitos. Vivemos num momento histórico que exalta o indivíduo como o responsável pela solução de seus problemas. Os fatores históricos, políticos, econômicos e sociais que levaram a fundação dessa nova forma de subjetivação (do sujeito privado) não serão objeto de nossa análise. Entretanto, o que pretendemos apontar é a necessidade de se pensar a postura política adotada pelos agentes não em um plano individual, privado, mas sim como efeito das formas de subjetivação características do momento histórico em que nos encontramos.

Não afirmamos, com isso, que somos fruto dessas formas dominantes de subjetividades sem que seja possível delas escapar. Ao contrário, acreditamos que é possível se estabelecer formas de ser e estar no mundo que rompam com formas de subjetivação dominantes por via da ação. Assim, não pretendemos individualizar ou

privatizar a postura adotada pelos agentes, pelos motivos ora expostos, mas também não entendemos que somos vítimas de nosso tempo, assumindo com isso uma postura de fatalismo, como se não fosse possível instituir novas formas de subjetividade.

Outro aspecto essencial para compreendermos a postura política dos agentes refere-se à maneira como são tratados na unidade. Conforme discutido anteriormente, toda vez que os agentes procuram reivindicar mudanças na forma de atendimento prestada à população, fazendo-se portadores de suas demandas, são ameaçados das mais diversas formas, sendo acusados de incitar a população contra a Unidade de Saúde. Como se pode esperar, então, que os agentes se mobilizem junto à população na criação de movimentos de reivindicação mais amplos? Dessa forma, percebemos que, embora os agentes declarem incentivar a população a participar e lutar pelos seus direitos, em seu cotidiano de trabalho não é isso que acontece.

Assim, retomamos a questão inicial deste trabalho: tem-se instituído, a partir do trabalho dos agentes, uma nova forma de atuação em saúde? A prática dos agentes é tomada por uma dimensão ético-política comprometida com a transformação da realidade e criação de outras formas de vida da população? Embora possamos apontar grandes avanços no campo da Saúde Pública a partir da prática dos agentes – como a ampliação do acesso da população às ações de prevenção e promoção da saúde por meio das práticas de educação em saúde, o que levou à melhoria do estado de saúde da população sob alguns aspectos; a criação de uma relação menos verticalizada e autoritária entre os serviços de saúde, a população e a democratização dos conhecimentos em saúde –, pensamos ainda não ser possível afirmar que uma outra forma de se fazer saúde tem sido instituída.

A maneira como o PSF tem se efetuado, conforme discussão anterior, impõe limitações ao trabalho dos agentes, dificultando a criação de formas de atuação que não estejam centradas na doença. A desvalorização do trabalho, do saber e do

discurso dos agentes inviabiliza a esses trabalhadores ocupar o lugar de elo entre comunidade e serviços de saúde, por não serem reconhecidos como representantes das demandas da população. As relações de saber-poder instituídas na equipe produzem nos ACSs a adoção de práticas semelhantes em sua relação com a comunidade. Assim, se afirmamos que não é possível ainda falar em uma real mudança nas práticas de assistência à saúde, não o fazemos atribuindo tal fato a uma suposta incompetência dos agentes, mas como efeito de aspectos de ordem política, social e histórica, o que indica, apesar de todas as dificuldades, possibilidades de mudança. Nem pretendemos com isso desmerecer ou diminuir a importância e valor das mudanças, ainda que pequenas, que por ora se observam.

CAPÍTULO 7º

PROMOÇÃO DA SAÚDE OU PRODUÇÃO DA DOENÇA?

*“Agentes: indivíduos-pessoas-sujeitos protagonistas de práticas que se desenvolvem no complexo Instituído-organizado-Estabelecido e seus Equipamentos. Entendidos como produções de subjetivação, **os agentes podem ser peça especialmente gerada para formar parte de um dispositivo transformador. De todas as maneiras, os agentes [...] funcionam mais como engrenagens ou efeitos dos processos e não causa dos mesmos”.***
(BAREMBLITT, 1988)

A definição acima citada nos convida a analisar o papel e as possibilidades de atuação do agente comunitário de saúde no atual cenário da Saúde Pública brasileira. Os agentes constituem-se importantes atores na criação de novas práticas no campo da saúde, sendo parte integrante de um processo transformador amplo que é o PSF. Dados do Ministério da Saúde indicam a relevância das ações desenvolvidas por esses profissionais e o seu impacto na diminuição de certas morbidades entre a população, por exemplo, a mortalidade infantil, além da criação de uma relação mais estreita entre a comunidade e os serviços de saúde.

Conforme discussão do capítulo anterior, os agentes também são *efeitos de formas de subjetivação* características do momento histórico, político e social em que nos encontramos, não sendo possível pensar sua atuação fora dele. O aspecto principal apontado pela definição citada refere-se à condição de “*engrenagem*” ou “*efeito*” que “agentes” ocupam em um processo de transformação das formas de assistência à saúde da população. Ainda que esses trabalhadores, pelas inúmeras possibilidades de mobilização da comunidade, sejam portadores de um potencial transformador, não podemos supor que serão eles os únicos responsáveis por essas transformações. Suas condições de trabalho, a realidade da população com a qual

lidam, as relações estabelecidas entre os profissionais da equipe, as dificuldades impostas à operacionalização do PSF, entre tantos outros aspectos, levaram-nos a perceber que os agentes situam-se no Programa como *engrenagens*, sendo parte de seu funcionamento, sem, entretanto, poder determinar como ele funcionará.

Além disso, não é possível situar a prática desses profissionais no plano privado, individual, mas sim como *efeito* de múltiplas determinações. Conforme discutido no capítulo anterior, entendemos a postura política e ética dos agentes como produto/efeito de múltiplas determinações – históricas, políticas, sociais e econômicas – e não simplesmente como escolhas pessoais desvinculadas de tudo que os cerca. Dessa forma, tornou-se evidente que não é possível pensar o trabalho do agente comunitário de saúde – com suas particularidades, dificuldades e possibilidades – sem colocar em análise o próprio Programa Saúde da Família, as formas atuais de organização do trabalho, as políticas públicas de saúde, entre outros.

Aspectos importantes do trabalho dos agentes, como o contato mais estreito com a comunidade e as ações de promoção da saúde, muitas vezes se perdem em meio a uma atuação marcada por ações centradas nos sujeitos individuais e nas patologias. Assim, constatamos:

1. A **relação dos agentes com a comunidade** e sua condição de moradores facilita o acesso dos serviços de saúde à realidade da população assistida. Entretanto, as potencialidades advindas dessa condição acabam sendo minimizadas na medida em que os agentes não têm seu discurso e saber reconhecidos pelos demais profissionais de saúde. Essa relação, entre os agentes e comunidade, mostrou-se também marcada por certos conflitos e tensões e produtora de angústia, na medida em que os agentes não conseguem se posicionar ao lado da comunidade ou da Unidade de Saúde.

2. As **condições de trabalho e o tensionamento entre gestores/unidade/comunidade/agentes** produzem nestes últimos um nível de sofrimento que muitas vezes se inscreve no próprio corpo. Entre as dificuldades apontadas pelos agentes, tem-se a ausência de reconhecimento, por parte da equipe, do trabalho por eles desenvolvido e a desvalorização do seu saber e discurso, o que não permite que participem ativamente da elaboração das propostas de intervenção. Essa desvalorização tem produzido nos agentes um sentimento de impotência, que leva à angústia e à ausência de mobilização na luta por melhores condições de vida e trabalho. Além disso, na relação entre comunidade e Unidade de Saúde, os agentes, pela condição e lugar que ocupam, acabam situando-se numa “zona de conflito”, sofrendo diretamente as conseqüências advindas dessa relação, que nem sempre é amena. Além disso, a exigência de produção acaba por produzir um ritmo de trabalho mais acelerado, o que traz conseqüências tanto para a qualidade da assistência prestada à população como para saúde dos agentes.

3. Embora os agentes falem da **saúde** como uma produção coletiva, com determinantes sociais, históricos e políticos, percebemos que, na prática, ainda prevalecem, tanto entre os agentes como entre os demais profissionais, as ações de caráter individual e centradas, predominantemente, nas doenças. Em função da eleição de prioridades, da exigência de produção e da quantidade de famílias que devem ser acompanhadas, os profissionais acabam por priorizar as ações voltadas aos sujeitos ou famílias que já apresentam alguma patologia ou fatores de risco instalados. Além disso, a assistência centrada nos sujeitos, em detrimento dos grupos, e o pouco – ou nenhum – envolvimento dos profissionais na luta por mudanças nas condições gerais de vida da população refletem a noção de que a saúde é algo do plano individual, que diz respeito unicamente ao sujeito que adocece, perdendo-se, com isso, seu caráter coletivo. Assim, a maneira como o Programa tem sido operacionalizado nos leva a verificar que não tem se efetivado um trabalho de promoção da saúde da população, mas sim uma assistência ainda de caráter curativista e imediatista, centrada na doença.

4. O PSF constitui-se como uma tentativa de promoção e consolidação do SUS. Por meio de ações de prevenção e promoção da saúde, o Programa propõe a capacitação e incentivo da comunidade a assumir cada vez mais o seu papel na luta pela transformação de suas condições de vida, conquistando, com isso, formas de vida mais saudáveis. O trabalho com a comunidade demanda, por parte dos profissionais, o estabelecimento de vínculo e a criação de um compromisso de ordem **ética e política** na busca coletiva pela transformação da realidade. Verificamos que os agentes assumem uma postura ética marcada predominantemente pela interlocução, em que se reconhece que o sujeito-alvo dos cuidados tem o direito a escolher o que considera melhor para si, mas, em muitas situações, caracterizada também por uma relação de tutela pela imposição direta e/ou de práticas de convencimento do sujeito a mudar comportamentos ou hábitos de vida. Além disso, percebemos uma postura política pouco comprometida com a luta por transformações das condições de vida da população, permanecendo suas práticas centradas nos sujeitos individualmente, o que não possibilita a articulação da comunidade na luta por seus direitos.

Entre os aspectos acima mencionados, um revelou-se de extrema importância no trabalho dos agentes: o sofrimento vivido por eles na realização do seu trabalho. De encontro a isso, definimos de forma provocativa o título deste capítulo: Promoção da saúde ou produção de adoecimento?

Os agentes demonstraram ter uma posição crítica em relação a certos aspectos do PSF que têm tornado limitadas as suas possibilidades de atuação. A demanda por aumento de produção; a eleição de prioridade pautadas unicamente em dados epidemiológicos; o grande número de famílias acompanhadas por uma única equipe; a divisão do trabalho e as relações de poder estabelecidas entre os profissionais; a desvalorização do saber da comunidade e, conseqüentemente, dos agentes na elaboração das propostas de intervenção e as condições precárias de trabalho

(espaço físico, ritmo acelerado na execução das atividades, etc.) são, na visão desses trabalhadores, fortes condicionantes da maneira como tem sido possível o desempenho de suas atividades. Todos esses fatores criam a impossibilidade de realizar um trabalho tal como acreditam e gostariam que fosse o do agente, gerando sofrimento e um sentimento de mal-estar em relação à própria atuação.

Esse mal-estar e sofrimento muitas vezes são passíveis de causar adoecimento. O termo adoecer aqui não é empregado no sentido unicamente biológico. Verificamos que alguns agentes queixam-se de desordens orgânicas decorrentes de seu trabalho (dores de cabeça, varizes e dores nas pernas, etc.). Entretanto, empregamos o termo adoecer a partir do conceito de saúde adotado neste trabalho, ou seja, de saúde como a potência de criar formas de vida mais saudáveis, enfrentando e modificando as condições causadoras de adoecimento. Em oposição a esse conceito, entendemos o adoecimento como a incapacidade do sujeito – ainda que momentânea – para enfrentar as dificuldades com que se depara, de buscar meios de transformá-las. Estar doente, a partir dessa perspectiva, seria estar separado daquilo que se pode ser, fazer e criar, é *estar*, por oposição a *ser*, impotente. Por várias vezes, os agentes demonstraram o quanto se sentem impotentes diante das dificuldades com que se deparam, efeito da frustração, da desvalorização e da relação estabelecida com os demais membros da equipe. Assim, percebe-se que as condições de trabalho em que se encontram os agentes têm sido passíveis de causar adoecimento, na medida em que frustram suas possibilidades de se sentirem realizados e reconhecidos pelo trabalho que desenvolvem.

Entretanto, não pretendemos afirmar que o sofrimento produzido pelas condições de trabalho aqui discutidas seja encontrado somente entre os agentes. Ao contrário, temos a clareza de que os demais profissionais envolvidos na execução do Programa também vivenciam experiências marcadas por frustrações, angústia, sofrimento e decepção. Os agentes relatam situações que são peculiares ao lugar que ocupam (não têm formação técnica específica, o que produz uma desvalorização

do seu saber; são moradores da comunidade), mas, certamente, muitas de suas dificuldades são compartilhadas pelos demais membros das equipes de saúde. O número de famílias acompanhadas pelas equipes; a exigência de produção, o aumento do ritmo de trabalho que, por sua vez, compromete a qualidade da assistência prestada gerando insatisfação na população; os pontos de tensionamento encontrados na relação com a comunidade e com os gestores; a ausência de uma formação profissional de caráter não somente técnico, mas que também privilegie a tomada de uma postura ética e política; entre tantos outros aspectos, certamente impõem a todos os profissionais envolvidos no PSF uma considerável carga de angústia por não saber onde, nem como se posicionar.

Essa realidade é ratificada por pesquisas como as de Cabral (2003). Em estudo realizado com profissionais do PSF, em Pernambuco, a autora verificou que as equipes de saúde da família encontram-se sobrecarregadas, enfraquecidas como grupo, pressionadas pelas dificuldades encontradas na relação com a comunidade e perdidas na operacionalização do Programa, já que este parece prometer muito mais do que tem sido possível aos profissionais realizar. Em suas análises, tornam-se evidentes o sofrimento e a angústia que esses profissionais atravessam.

Assim, percebe-se a necessidade de que seja criado um espaço que permita a esses sujeitos sentirem-se acolhidos em seu sofrimento e em sua condição humana, que possibilite a percepção de que suas práticas inserem-se em um contexto dos serviços de saúde com determinações estruturais e históricas, o que não permite que as possibilidades de fracasso ou sucesso sejam exclusivamente resultantes de seus desempenhos. É preciso criar um espaço de escuta e acolhimento que possibilite a transmutação de sua angústia em potência de transformação, à medida que busquem coletivamente a transformação de suas condições de trabalho e da assistência prestada à população.

Percebemos o quanto os agentes estão desacreditados do espaço coletivo como via de luta e ação, preferindo, na maioria das vezes, buscar individualmente alternativas para suas dificuldades. Fica clara, portanto, a urgência de criação de um espaço que leve a emergência de sujeitos coletivos, que podem e devem lutar por melhores condições de vida e trabalho, ainda que se saiba não ser possível mudar todas.

Não se reconhecendo na condição promotores de mudanças em sua própria realidade, os agentes manifestam o desejo de que alguém de fora do grupo intervenha por eles. Essa postura foi evidenciada durante os grupos focais, quando os agentes demonstraram a expectativa de que alguma mudança se efetivasse em suas condições de trabalho a partir da realização desta pesquisa. Notamos, também, que era com muito orgulho que eles nos apresentavam à comunidade e aos demais trabalhadores da unidade: *“Ela é aluna do mestrado da UFES e está acompanhando o nosso trabalho, está fazendo uma pesquisa sobre os agentes”*. Percebemos que a nossa inserção entre os sujeitos e o olhar a eles direcionado foram ao encontro da demanda de que alguém os reconheça pelo trabalho que desenvolvem, que dirija um olhar e uma escuta às suas dificuldades. O acolhimento a essa demanda nos pareceu ser o primeiro passo na busca por mudanças efetivas nas condições de trabalho e vida desses sujeitos.

A esse respeito, pensamos que a criação de um espaço que permita aos

[...] profissionais de saúde olharem para seu trabalho, poderem expressar sua perplexidade e seus sentimentos e dor diante do sofrimento, doença e morte, com os quais lidam todos os dias, pode ser muito importante para, em primeiro lugar, valorizarem a própria atividade e, em segundo, contribuir para evitar a ocorrência de duas situações extremas, ambas totalmente indesejáveis: o trabalhador cair na indiferença total que leva à burocratização ou [...] adquirir distúrbios mentais ou psicossomáticos sérios e muitas vezes irreversíveis (L'ABBATE, 1994, p. 10).

No caso dos ACSs, mais que as condições inerentes ao trabalho em saúde (como a dor, o sofrimento e a morte), é necessário falar do próprio trabalho; de suas dificuldades e suas conquistas, da angústia em não conseguir se situar em um ponto fixo entre comunidade e unidade. É necessário evidenciar e analisar o jogo de saber-poder que atravessa e produz as relações entre a equipe. É necessário levar esses trabalhadores a perceberem que, apesar de todas as dificuldades, de todos os percalços, eles têm sido capazes de contribuir para a implementação de uma outra forma de assistência à saúde, em que o usuário é reconhecido em sua dimensão humana, sendo acolhido de forma integral e não somente no plano biológico.

Entendemos que pensar o trabalho dos agentes e as possibilidades de transformação das condições em que atuam requer um olhar dirigido a toda Unidade de Saúde. Todos os profissionais da instituição, da coordenação à recepção, passando pelos profissionais com formação específica em saúde, estão implicados na forma como o PSF tem sido operacionalizado na comunidade de Consolação. Seja qual for o lugar ocupado pelo profissional na instituição, algo se produzirá a partir dele. Trata-se, portanto, de permitir que cada um dos atores envolvidos nesse processo coloque em análise sua implicação, o que tem sido possível produzir a partir dela, percebendo, assim, a dimensão ético-política que fundamenta sua inserção e atuação no Programa Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

- 1 ACIOLI, M. D. E CARVALHO, E. F. de. Discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde: as ações de mobilização comunitária do PCDEN/PE. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 1998.
- 2 ALTOÉ, S. *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- 3 ANDRADE, A. N.; ARAÚJO, M. D. Paradoxos das políticas públicas: Programa saúde da família. In ANDRADE, A. N. & TRINDADE, Z. A. (org.). *Psicologia e saúde: um campo em construção*. São Paulo: Casa de Psicólogo, 2003, p. 73-87.
- 4 _____. A psicologia nietzschiana no confronto com a metafísica. In: MACHADO, L. D; LAVRADOR, M.C.C.; BARROS, M.E.B. (Org). *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 165-187.
- 5 _____. Avaliação genealógica. In: MENANDRO, P. R.; TRINDADE, Z. A.; BORTOLO, E. B. (Org.). *Pesquisa em psicologia: recriando métodos*. Vitória: UFES, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Capes/ PROIN, 1999.
- 6 _____. *A angustia frente ao caos: um estudo genealógico da formação do psicólogo clínico*. 1996. Tese de Doutorado em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1996.
- 7 ARENDT, H. *A condição humana*. Tradução de Roberto Raposo. 8. ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1997.
- 8 ASSIS, M. Educação em saúde e qualidade de vida: para além dos modelos, a busca da comunicação. *Estudos em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social (UERJ), n. 169, p. 3-20, 1998.
- 9 BAREMBLITT, G. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes*. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, Rosa dos Tempos, 1998.
- 10 BARROS, M. E. B; OLIVEIRA, S. P. *Falando de metodologia de pesquisa*. Texto produzido pelas professoras do curso de psicologia/UFES, Vitória, 2000.
- 11 BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.1, n. 1, 1991, p. 7-11.
- 12 BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. Tradução Carmem C. Vaniale. 5. ed. Brasília: São Paulo: Ed. UnB, Imprensa oficial, v. 2,

1998.

13 BORGES, L. H.; MOULIN, M. DAS G. B.; ARAÚJO, M. D. DE. (Org.). *Organização do trabalho e saúde: múltiplas relações*. Vitória: EDUFES, 2001.

14 BRASIL. Portaria nº 1886/ GM, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/inform/biblioteca/pdf/>> Acesso em: 10 fev. 2003.

15 BRASIL. Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente comunitário de saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/inform/biblioteca/pdf/>>. Acesso em: 10 fev. 2003.

16 BRASIL. Decreto de lei nº 10.507, de 10 de junho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://saude.gov.br/inform/biblioteca/pdf/>>. Acesso em: 10 fev. 2003.

17 BRASIL. Constituição. *Constituição [da] República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1998.

18 BRASIL. Lei de nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>. Acesso em: 18 jun. 2003.

19 BRASIL. Decreto de lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a Organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 19 jun. 2003.

20 BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, v. 5, n. 2, p. 163-177, 2000.

21 CABRAL, B. E. B. *Cartografia de uma ação territorial: transitando pelo Programa Saúde da Família*. 2003. Dissertação Mestrado em Psicologia, Universidade Católica de Pernambuco, Pernambuco, 2003.

22 CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. de O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 29-87.

- 23 _____. A subordinação da Saúde Pública à dinâmica de acumulação capitalista. In: _____. *A Saúde Pública e a defesa da vida*. São Paulo: HUCITEC, 1991, p. 166-175.
- 24 CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Tradução de Barrocas, M. T. R. de C. e Leite, L. O. F. B. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- 25 CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências e Saúde*, v. 5, n. 2, p. 287-306, 1997.
- 26 CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, V. 20, n. 4, 2004. disponível em: < <http://www.scielo.br>>. acesso em 2 de agosto de 2004.
- 27 CHAUI, M. Público, privado e despotismo. In: NOVAES, A. (Org.) *Ética*. São Paulo: Cia das Letras: Secretaria Municipal de Cultura, 1992, 345-389.
- 28 _____. *Convite à filosofia*. 8. ed, São Paulo: Ática, 1997.
- 29 COCCO, M. I. M. Práticas educativas em saúde e a construção do conhecimento emancipatório. In: BAGNATO, H. S.; COCCO, M. I. M.; SORDI, M. R. L. (Org.) *Educação, saúde e trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares*. Campinas, SP: Alínea, 1999, p. 63-70.
- 30 COSTA, J. F. As éticas da psiquiatria. In: FIGUEIREDO, A. C; SILVA FILHO, J. F. da (Org.). *Ética e Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Topbooks, 2001, p.27 36. .
- 31 _____. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1983.
- 32 CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cadernos de Saúde Publica*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-709, 1999.
- 33 DEJOURS, C. *A banalização da injustiça social*. São Paulo: FGV, 2003.
- 34 _____. et al. Por um trabalho fator de equilíbrio. *Revista Brasileira de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 33, n 3, p. 98-104, 1993.
- 35 _____. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 14, n. 5, p. 7-11, 1986.
- 36 DELEUZE, G. *Conversações*. Tradução de Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992, (Coleção Trans).
- 37 DIMITROV, P. *Saúde Pública no Sistema Único de Saúde – SUS*. Texto da

Secretaria de Saúde de São Paulo, [199?].

38 DONZELOT, J. *A polícia das famílias*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1986.

39 FERREIRA, A. B DE H. *Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3. ed. rev. et ampl. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 2002.

40 FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde? In: ZANCAN L. (Org.). *Saúde movimento: Promoção da Saúde com caminho para o desenvolvimento local – A experiência em Manguinhos – RJ*. Rio de Janeiro, ABRASCO/ FIOCRUZ, 2002, p. 15-38.

41 FLEURY, A. C.C.; VARGAS, N. (org.) *Organização do trabalho: uma abordagem interdisciplinar – sete estudos sobre a realidade brasileira*. São Paulo: Ed. Atlas, 1983.

42 FOUCAULT, M. *A Microfísica do Poder*. 17. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2002.

43 _____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1987.

44 GIFFIN, K.; SHIRAIWA, T. O agente comunitário de Saúde Pública: a proposta de Manguinhos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 24-44, 1989.

45 GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia: revista de psicologia*, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2003.

46 GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.

47 IYDA, M. *Cem anos de Saúde Pública: a cidadania negada*. São Paulo: Ed. UNESP, 1994.

48 L' ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, 1994. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em : 12 dez. 2004.

49 LALOND, A. *Vocabulário técnico e crítico de filosofia*. 3. ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1999.

49 LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática nos anos 80. *Physis Revista de Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, p.

7-11, 1991.

50 MAAR, W. L. *O que é política?* 16. ed. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1994. (Coleção Primeiros Passos).

51 MACHADO, L. D. Ética. In: BARROS, M. E. B. de (Org.) *Psicologia: Questões Contemporâneas*. Vitória: EDUFES, 1999, p. 145-162.

52 MACHADO, R. C. de M. *Nietzsche e a verdade*. São Paulo: ed. Paz e Terra, 1999.

53 MACHADO, R. E. B. *O cotidiano de trabalho de cooperativados no serviço de limpeza: um olhar sobre a inserção da comunidade de Manguinhos na Fundação Oswaldo Cruz/RJ*, 2004. Dissertação. Mestrado em Saúde Pública na sub área saúde do Trabalhador. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

54 MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1992.

55 MINISTÉRIO DA SAÚDE. *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Apostila de formação de ACS. Elaboração: Elizabeth Tunes *et al.* Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

56 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. *Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: :<<http://www.saúde.gov.br>>. Acesso em: 5 de jan. 2005

57 MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Informe de Atenção Básica*. n. 5. Regulamentação do vínculo de ACS, 2002a. Fev. Disponível em: :<<http://www.saúde.gov.br>>. Acesso em: 5 de jan. 2005.

58 MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Saúde da Família e Atenção Básica no Brasil*, 2002b. Disponível em: :<<http://www.saúde.gov.br>>. Acesso em: 5 de jan. 2005.

59 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Modalidade de Contratação de ACS: um pacto tripartite*, 2002c. Disponível em: :<<http://www.saúde.gov.br>>. Acesso em: 5 de jan. 2005.

60 MINISTÉRIO DA SAÚDE. *PSF: quantos somos. 2003*. Disponível em: :<<http://www.saúde.gov.br>>. Acesso em 2 de ago 2003.

- 61 MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde*. MS e ME. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br>>. Acesso em 5 de jan. 2005.
- 62 NEVES, C. A. B.; JOSEPHSON, S. C. A crítica como clínica. In: MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M.C.C.; BARROS, M. E. B. (Org.). *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 99-108.
- 63 NUNES et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, 2002.
- 64 OLIOSA, D. M. S. *Municipalização da saúde em Vitória – ES: uma experiência participativa?* Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.
- 65 ORTEGA, F. *Para uma política da amizade: Arendt, Derrida, Foucault*. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, 2000. (Coleção Conexões – 6).
- 66 PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). *O processo de trabalho em saúde: Organização e subjetividade*. Editora: Papa – Livros, 1999.
- 67 RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2004.
- 68 ROZEN, G. A evolução da medicina social. In: NUNES, E. D. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global Editora, 1983, p. 25-83.
- 69 SATO, L.; SOUZA, M. P. de. Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em psicologia. *Psicologia USP*, v. 12, n. 2, 2001, p. 29- 47.
- 70 SCLIAR, M. *Do mágico ao social: trajetória da Saúde Pública*. São Paulo: Ed. SENAC, São Paulo, 2000.
- 71 SILVA, J. A. DA; DALMASCO, A. S. W. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- 72 TELAROLLI JUNIOR, R. *Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Ed. UNESP, 1996.

73 VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Caderno de Saúde Pública*. v. 14 n. 2, p. 7-18, 1998.

74 VÁZQUEZ, A. S. *Ética*. Tradução de Dell'Anna, J. 25. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

75 VIANA, A. L. D'V.; POZ, M. R. D. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

76 PREFEITURA DE VITÓRIA (Vitória/ES). Plano municipal de saúde. Secretaria municipal de Saúde, 1997.

77 PREFEITURA DE VITÓRIA (Vitória, ES). Secretaria Municipal de Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para o novo milênio*, Vitória, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS

Primeiro Grupo Focal

1. Como vocês vêem o seu trabalho dentro do PSF?
2. Falem um pouco a respeito das atividades de vocês e se vocês consideram possível cumprir todas.
3. Quais são as principais dificuldades que vocês enfrentam no cotidiano de trabalho? Como vocês fazem para superá-las?
4. Como é no dia-a-dia a relação de vocês com os demais membros da equipe?
5. O que vocês consideram importante para que o trabalho de vocês se torne ainda melhor?

Segundo Grupo Focal

1. Para vocês, o que é saúde?
2. Como vocês conciliam o saber médico com o saber que a própria comunidade tem sobre saúde?
3. O que é promoção da saúde?
4. Como vocês se sentem trabalhando com promoção da saúde em uma comunidade com condições de vida tão difíceis?

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS

Sr agente comunitário de saúde, este questionário será preenchido por você para complementar as informações coletadas em nossas conversas.

Nome: _____

Data de nascimento: ____ - ____ - ____ Idade: _____

Última série que cursou na escola: _____

Concluiu ou está fazendo algum curso profissionalizante? Se sim, qual?

Tempo que reside em Consolação: _____ anos

Qual era o seu trabalho antes de ser ACS?

Você tem outra atividade atualmente, além de trabalhar como ACS? Se sim, o quê?

Você já havia participado de algum trabalho comunitário antes de ser ACS? Se sim, de quê?

Que características você acha que uma pessoa precisa ter para ser um ACS?

Há quanto tempo você é agente? _____

Por que você se candidatou ao trabalho de agente?

Além do acompanhamento às famílias, por meio da visita domiciliar, que outros trabalhos você faz na comunidade?

Entre todas as atividades que você desenvolve, quais você considera as mais importantes?

Você tem algum problema relacionado com sua saúde? Se sim, qual?

Obrigada

APÊNDICE C
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Sr(a) Agente comunitário de saúde

Este termo de consentimento é o documento por meio do qual estamos esclarecendo a forma como se dará sua participação na presente pesquisa:

“Uma análise da dimensão ético-política do trabalho de agentes comunitários de saúde do município de Vitória”

Pesquisador: Luciana Bicalho Reis.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ângela Nobre de Andrade.

Justificativa e objetivo da pesquisa:

Na recente implementação do Programa Saúde da Família e no processo de construção do SUS, vemos como de grande importância o papel do agente comunitário que, atuando com a comunidade, tem a possibilidade de contribuir para mudança das práticas de saúde centradas na doença e na cura, construindo com os demais profissionais da área e com a própria comunidade práticas de promoção coletiva da saúde. A presente pesquisa tem como objetivo, portanto, analisar o trabalho dos agentes comunitários de saúde, avaliando o sentido ético e político de sua atuação.

Descrição dos procedimentos:

Os agentes que da pesquisa desejarem participar terão suas atividades cotidianas acompanhadas/observadas pela pesquisadora e participarão de grupos de discussão com os demais colegas.

Benefícios esperados:

Espera-se com esta pesquisa ampliar a compreensão de como se dá o trabalho dos agentes com a comunidade (suas principais dificuldades, potencialidades e possibilidades de atuação), contribuindo para a consolidação do PSF em Vitória e para os processos de capacitação profissional dos ACSs.

Esclarecimentos aos participantes:

1. Em qualquer momento, os participantes terão o direito de saber sobre o andamento do estudo em questão.
2. Esclarecemos que sua participação é voluntária e que a qualquer momento poderá desligar-se da pesquisa ou se negar a dar qualquer tipo de informação que julgar causar dano à sua integridade.
3. Será mantido sigilo e caráter confidencial de todas as informações obtidas, inclusive a identificação dos participantes. Produções em fitas ou fotos terão fins exclusivamente científicos e acadêmicos, não permitindo a identificação do participante.
4. Quaisquer recursos ou reclamações poderão ser encaminhadas ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES pelo tel.: (27) 3335 2501.
5. Os resultados deste estudo serão divulgados na forma de encontros entre o pesquisador e os agentes que participarem da pesquisa.

Estando de acordo e ciente do acima exposto, assinam o presente em duas vias.

Vitória, _____ de _____ de 2004.

Participante

Pesquisador

APENDICE D – RELATÓRIO ENCAMINHADO À UNIDADE DE SAÚDE DE CONSOLAÇÃO E DICUTIDO COM OS AGENTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO – EM PSICOLOGIA

Relatório de conclusão da dissertação **“UMA ANÁLISE DA DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DO TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA”** encaminhado à Unidade de Saúde da Família de Consolação

Luciana Bicalho Reis
Psicóloga

O presente relatório tem por objetivo servir como ferramenta de discussão e promoção de transformações no cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família da Unidade de Saúde de Consolação. As análises aqui empreendidas são fruto do trabalho de pesquisa desenvolvido nessa instituição durante aproximadamente seis meses, que consistiu no acompanhamento das atividades cotidianas dos agentes de saúde, na realização de grupos focais, entrevistas individuais, além de conversas informais com outros profissionais da instituição.

Embora os dados aqui apresentados sejam referentes ao trabalho dos agentes, pode-se afirmar que guardam estreita relação com o funcionamento da USF de Consolação como um todo e com os demais trabalhadores nela presentes, o que aponta a necessidade de criação de formas coletivas de transformação do cotidiano de trabalho que, muitas vezes, ao invés de produzir satisfação e realização pessoal e profissional, produz sofrimento, angústia e adoecimento nos profissionais envolvidos na estratégia Saúde da Família.

Dessa forma, apresentaremos as principais conclusões do estudo em questão, na expectativa de que as mesmas possam disparar entre os trabalhadores das equipes de saúde da família de Consolação o movimento de tentativa de transformação de suas condições de trabalho e da forma como o PSF tem sido operacionalizado na região.

O VÍNCULO E A RELAÇÃO DOS AGENTES COM A COMUNIDADE

- Através do acompanhamento das atividades cotidianas dos ACS foi possível perceber que existe um vínculo estreito entre a população local e esses trabalhadores. A comunidade mostrou-se, bastante acessível, parecendo ter com os agentes uma relação de confiança e de referência do serviço de saúde.
- O tempo disponível para estar com as pessoas podendo ouvi-las, identificando que tipo de cuidado esses sujeitos demandam, é quase sempre comprometido pela cobrança da produção. Entendemos que o tempo dedicado a estar com a comunidade, para ouvi-la, pode ser para essas pessoas tão importante quanto uma orientação sobre como controlar a hipertensão arterial. Dentro da lógica da produção, como será possível ‘tratar’ o corpo se não

se tem tempo para estar atento às questões que emergem e que são de outra ordem? O vínculo não é exatamente poder *estar perto, estar com a comunidade*?

- O vínculo estabelecido entre os agentes e os usuários também parece produzir algumas dificuldades para esses profissionais uma vez que são atravessados por afetações e questões pessoais ou muitas vezes marcados por conflitos de interesse (tal como a população demandar algo que não é possível aos agentes oferecer). Esse tipo de dificuldade talvez seja inerente a uma proposta de trabalho como a do PSF, já que não se pode ter a ilusão de que é possível para o profissional adotar uma postura neutra diante dos acontecimentos. Pensamos que um espaço de escuta e acolhimento aos agentes, em que eles pudessem falar sobre suas dificuldades, sendo acolhidos em sua dimensão humana, que não é dissociada da profissional, poderia ajudá-los a se situar de forma mais amena nessa relação. É preciso dar acolhimento a esses profissionais que se angustiam e muitas vezes sofrem ao realizar seu trabalho buscando a criação de espaços de diálogo/reflexão que propiciem a esses sujeitos a possibilidade de atribuir outros sentidos à sua relação com a população. Que possam ir para além do sofrimento e, como grupo, criar estratégias de enfrentamento para suas dificuldades

A RELAÇÃO COM A EQUIPE E A DIVISÃO DO TRABALHO

- A relação dos ACSs com os outros profissionais da equipe mereceu especial atenção em nossas análises, uma vez que foi apontada pelos agentes como o maior entrave encontrado na realização de seu trabalho. Para esses sujeitos, embora em algumas situações a relação com a comunidade seja difícil e marcada por algum nível de tensão, é na relação com a equipe que se produzem suas maiores dificuldades.
- Ficou evidente que uma das maiores dificuldades encontradas pelos profissionais na execução do PSF é o trabalho em equipe. Em geral, o que se percebe é que os trabalhos desenvolvidos por equipes multiprofissionais acontecem de forma fragmentada, pouco integrada. É como se cada um trabalhasse em sua equipe com os demais profissionais, mas de forma que não há espaço para trocas, não há construção de um trabalho que seja de todos. Essa dificuldade de trabalhar em conjunto não pode ser pensada como uma incapacidade dos sujeitos, mas deve, ao contrário, ser remetida a uma formação acadêmica que não nos prepara para o trabalho em equipe. Mais uma vez, fica evidente a importância da criação de espaços de trocas, de construção de conhecimentos e práticas comuns. As reuniões de equipe devem ser um espaço para se compartilhar idéias, dificuldades e angústias, para se estabelecer propostas de trabalho e formas de intervenção, permitindo trocas entre os sujeitos que estão envolvidos e são afetados pelo trabalho que desenvolvem, parece se transformar em um momento de distribuição das tarefas.
- Percebeu-se a fragmentação que marca o funcionamento do PSF em Consolação. Ficou evidente, em nossas observações e na fala desses trabalhadores que cada uma das equipes parece atuar como se fossem de comunidades distintas, que não estão referenciadas à mesma Unidade de Saúde, procurando cada uma delas “cuidar dos seus pacientes”.
- A forma como as relações entre os profissionais são estabelecidas produz nos agentes o sentimento de que não pertencem à equipe. Quando se referem a si mesmos, é sempre no

sentido de alguém que não é de dentro da unidade, que não pertence à equipe. É possível que esse "sentir-se" fora da equipe tenha relação com pelo menos dois aspectos: 1) Os agentes não serem funcionários da Prefeitura como os demais trabalhadores; 2) A desvalorização da função do agente pelos demais membros da unidade.

- O não reconhecimento do trabalho dos agentes torna-se evidente à medida que atravessa as ações e falas dos demais membros das equipes de saúde e produz nos agentes o sentimento desvalorização do seu trabalho. As relações com os demais profissionais da Unidade criam e põem para funcionar a lógica da hierarquia na divisão do trabalho e apontam, de forma clara, qual é o lugar ocupado pelos agentes dentro desse processo, o que produz neles um grande mal-estar. Foi possível perceber seu discurso, suas propostas de ação e até mesmo a percepção que tem das demandas da comunidade não são legitimadas ou reconhecidas pela equipe. Percebemos a insatisfação e sofrimento pela maneira como são tratados pelos demais profissionais, que não valorizam as propostas apresentadas por eles. Assim, questionamos como será possível que os agentes realmente sejam um elo entre a comunidade e os profissionais de saúde se eles não são ouvidos? Será que a desautorização do seu saber é em função de ele não ter sido adquirido nos bancos acadêmicos?
- Colocamos em questão também concepção que os profissionais envolvidos no PSF têm do Programa: será que realmente está claro para eles qual é o papel dos agentes, uma vez que nada é feito no sentido de incluí-los na formulação das propostas de trabalho?
- É importante ressaltarmos que não encontramos homogeneidade nas práticas e posturas adotadas, pois, embora a postura de desvalorização do trabalho dos agentes seja predominante entre os demais profissionais da equipe, não se pode afirmar que seja única. Percebemos que alguns profissionais da unidade apostam no trabalho dos agentes, acreditam que eles são capazes de criar e implementar ações que dêem bons resultados.
- Um outro aspecto que aponta para as relações estabelecidas entre os membros das equipes de saúde é a distribuição/ordenação do espaço físico da unidade. Percebe-se que a instituição dispõe de boa estrutura física. No entanto, não foi reservado, quando na distribuição das salas, um espaço para os agentes. Esse fato não poderia deixar de ser posto em análise, uma vez que explicita a posição que os agentes ocupam nas relações de trabalho instituídas: a de um não-pertencimento, de não ter lugar demarcado e, principalmente, reconhecido dentro da equipe. A divisão e hierarquização do trabalho se fazem presentes também na repartição do espaço. Aos agentes é reservado como sala um banheiro desativado e não lhes é permitido entrar na sala dos enfermeiros. Cada um tem o seu lugar na Unidade. Um não pode adentrar ao espaço do outro. Afinal, que relações são essas? O que elas põem para funcionar? Que equipe é essa? Em que lugar esses trabalhadores são colocados nesse trabalho? Que tipo de Programa essas práticas estão produzindo? Como produzir um Programa participativo, que mobilize a comunidade, quando a própria equipe é desarticulada e reproduz práticas excludentes?

AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS AGENTES DE SAÚDE E O TENSIONAMENTO ENTRE GESTORES/UNIDADE/COMUNIDADE/AGENTES

- Para os agentes, as dificuldades encontradas na realização de seu trabalho se produzem dentro da própria Unidade de Saúde, seja na relação com a equipe, na forma como a população é atendida pelos demais profissionais ou em dificuldades trazidas pelo próprio Programa, como a cobrança de produção. Para esses sujeitos, as dificuldades criadas no trabalho com a população são fruto do pouco acolhimento com que a essa população é tratada por alguns profissionais da unidade ou da falta de resolutividade de suas demandas. Assim, é necessário que eles lidem com dois aspectos no que se refere ao atendimento prestado à comunidade: o primeiro refere-se ao número de vagas, que nunca é suficiente para atender à demanda, e o segundo é o tratamento dispensado às pessoas que vão até a USF. Não seria esse atendimento pouco acolhedor uma forma de defesa dos trabalhadores da recepção contra as dificuldades encontradas no contato com a comunidade? É provável que até mesmo os profissionais da recepção estejam demandando um espaço de acolhimento, em que possam falar de suas dificuldades, do seu sofrimento, das suas dores. Assim, mais uma vez, torna-se evidente a urgência de que se crie de um espaço em que não somente os ACSs mas também todos os demais trabalhadores da unidade possam repensar o seu trabalho, podendo com isso criar formas menos pesadas de lidar com seu cotidiano.
- Uma outra dificuldade apontada pelos agentes refere-se à exigência de uma produção mínima de procedimentos. Esse aspecto tem sido ponto de muitos debates acerca do PSF: a priorização da quantidade de atendimentos, comprometendo significativamente a qualidade. A exigência de que se atinjam metas de atendimentos e procedimentos, gerando uma sobrecarga de trabalho para as equipes, vai na contramão da proposta de promoção à saúde e não tem permitido que o Programa se desenvolva como deveria. Em função disso, muitas vezes, a qualidade de trabalho almejada pelos profissionais não pode ser efetivada. Entendemos que esta cobrança acontece de forma verticalizada (Ministério da Saúde para Municípios). Entretanto, achamos que é *necessário e urgente* que os profissionais envolvidos com o programa iniciem com os gestores esta discussão, apontando o quanto ela compromete as possibilidades de sucesso do PSF.
- Os agentes afirmam que, para atender ao que é estabelecido como prioridade e ao número de visitas estipulado, não conseguem prestar uma atenção efetiva às famílias que não apresentam fatores de riscos à saúde. Reproduz-se, dessa forma, um trabalho centrado na doença e na prevenção, com pouco, ou quase nenhum espaço para as ações de promoção à saúde. Os agentes acabam tendo que restringir sua ação direta às “prioridades das prioridades”, pois não há como dar conta de todas as atividades a eles atribuídas.
- Alguns agentes relatam que, depois que começaram a trabalhar como agentes, passaram a ter problemas de saúde diretamente relacionados com a função que desempenham. Quase todos os agentes foram enfáticos ao relatar que o trabalho produz um alto nível de estresse e sofrimento. Além desse sofrimento psíquico, peculiaridades do trabalho do agente produzem desgaste de ordem física. O ACS é um profissional que, ao contrário dos demais

da equipe, não desenvolve seu trabalho dentro da instituição. Esse aspecto torna o trabalho cansativo, pois são horas diárias andando de casa em casa, seja debaixo de chuva ou de sol ardente. Em uma comunidade, como a de Consolação, que é constituída predominantemente por morros, esse desgaste físico é ainda mais acentuado.

CONCLUSÃO

O PSF constitui-se como uma tentativa de promoção e consolidação do SUS. Por meio de ações de prevenção e promoção da saúde, o Programa propõe a capacitação e incentivo da comunidade a assumir cada vez mais o seu papel na luta pela transformação de suas condições de vida, conquistando, com isso, formas de vida mais saudáveis. O trabalho com a comunidade demanda, por parte dos profissionais, o estabelecimento de vínculo e a criação de um compromisso de ordem **ética e política** na busca coletiva pela transformação da realidade.

A proposta de que a equipe de saúde do PSF seja composta por profissionais de universos e formações diferentes parece indicar a compreensão de que cada um, do lugar que ocupa e a partir do olhar que tem, pode ser um importante ator na proposição de formas de intervenção. Nesse sentido, o agente de saúde pode ser considerado um profissional único. Sua formação, que não foi herdada nos bancos acadêmicos, vem impregnada do que há de mais real na vida da população. Ele conhece de perto, e quase sempre na pele, as demandas, as privações, as lutas, as conquistas, enfim, o universo dessa população. Uma proposta de trabalho que seja permeada por esse saber parece ser ousada, mas, ao mesmo tempo, repleta de possibilidades.

Os agentes demonstraram ter uma posição crítica em relação a certos aspectos do PSF que têm tornado limitadas as suas possibilidades de atuação. A demanda por aumento de produção; a eleição de prioridade pautadas unicamente em dados epidemiológicos; o grande número de famílias acompanhadas por uma única equipe; a divisão do trabalho e as relações de poder estabelecidas entre os profissionais; a desvalorização do saber da comunidade e, conseqüentemente, dos agentes na elaboração das propostas de intervenção e as condições precárias de trabalho (espaço físico, ritmo acelerado na execução das atividades, etc.) são, na visão desses trabalhadores, fortes condicionantes da maneira como tem sido possível o desempenho de suas atividades. Todos esses fatores criam a impossibilidade de realizar um trabalho tal como acreditam e gostariam que fosse o do agente, gerando sofrimento e um sentimento de mal-estar em relação à própria atuação.

Esse mal-estar e sofrimento muitas vezes são passíveis de causar adoecimento. O termo adoecer aqui não é empregado no sentido unicamente biológico. Verificamos que alguns agentes queixam-se de desordens orgânicas decorrentes de seu trabalho (dores de cabeça, varizes e dores nas pernas, etc.). Entretanto, empregamos o termo adoecer a partir do conceito de saúde adotado neste trabalho, ou seja, de saúde como a potência de criar formas de vida mais saudáveis, enfrentando e modificando as condições causadoras de adoecimento. Em oposição a esse conceito, entendemos o adoecimento como a incapacidade do sujeito – ainda que momentânea – para enfrentar as dificuldades com que se depara, de buscar meios de transformá-las. Estar doente, a partir dessa perspectiva, seria estar separado daquilo que se pode ser, fazer e criar, é *estar*, por oposição a *ser*, impotente. Por várias vezes, os agentes demonstraram o quanto se sentem impotentes diante das dificuldades com que se deparam, efeito da frustração, da desvalorização e da relação

estabelecida com os demais membros da equipe. Assim, percebe-se que as condições de trabalho em que se encontram os agentes têm sido passíveis de causar adoecimento, na medida em que frustram suas possibilidades de se sentirem realizados e reconhecidos pelo trabalho que desenvolvem.

Entretanto, não pretendemos afirmar que o sofrimento produzido pelas condições de trabalho aqui discutidas seja encontrado somente entre os agentes. Ao contrário, temos a clareza de que os demais profissionais envolvidos na execução do Programa também vivenciam experiências marcadas por frustrações, angústia, sofrimento e decepção. Os agentes relatam situações que são peculiares ao lugar que ocupam (não têm formação técnica específica, o que produz uma desvalorização do seu saber; são moradores da comunidade), mas, certamente, muitas de suas dificuldades são compartilhadas pelos demais membros das equipes de saúde. O número de famílias acompanhadas pelas equipes; a exigência de produção, o aumento do ritmo de trabalho que, por sua vez, compromete a qualidade da assistência prestada gerando insatisfação na população; os pontos de tensionamento encontrados na relação com a comunidade e com os gestores; a ausência de uma formação profissional de caráter não somente técnico, mas que também privilegie a tomada de uma postura ética e política; entre tantos outros aspectos, certamente impõem a todos os profissionais envolvidos no PSF uma considerável carga de angústia por não saber onde, nem como se posicionar.

Assim, percebe-se a necessidade de que seja criado um espaço que permita a esses sujeitos sentirem-se acolhidos em seu sofrimento e em sua condição humana, que possibilite a percepção de que suas práticas inserem-se em um contexto dos serviços de saúde com determinações estruturais e históricas, o que não permite que as possibilidades de fracasso ou sucesso sejam exclusivamente resultantes de seus desempenhos. É preciso criar um espaço de escuta e acolhimento que possibilite a transmutação de sua angústia em potência de transformação, à medida que busquem coletivamente a transformação de suas condições de trabalho e da assistência prestada à população.

Entendemos que pensar o trabalho dos agentes e as possibilidades de transformação das condições em que atuam requer um olhar dirigido a toda Unidade de Saúde. Todos os profissionais da instituição, da coordenação à recepção, passando pelos profissionais com formação específica em saúde, estão implicados na forma como o PSF tem sido operacionalizado na comunidade de Consolação. Seja qual for o lugar ocupado pelo profissional na instituição, algo se produzirá a partir dele. Trata-se, portanto, de permitir que cada um dos atores envolvidos nesse processo coloque em análise sua implicação, o que tem sido possível produzir a partir dela, percebendo, assim, as dimensões ético-política que fundamenta sua inserção e atuação no Programa Saúde da Família.

Agradecimentos

Agradecemos especialmente aos Agentes Comunitários de Saúde, personagens centrais deste trabalho, pela forma carinhosa e acolhedora com que me receberam. A vocês, meu respeito e admiração. Em mim guardo o profundo desejo de que este trabalho possa a ser um disparador de transformações nas condições de trabalho de vocês.

À coordenação da Unidade de Saúde da Família de Consolação pela disponibilidade e ajuda em todos os momentos necessários.

Às enfermeiras chefes das Equipes de Saúde que contribuíram com a realização deste trabalho ao permitir que eu estivesse presente em momentos como treinamentos e reuniões de equipe.

À Secretária Municipal de Saúde, na pessoa de seus técnicos responsáveis, por autorizar a realização deste trabalho em seu estabelecimento e disponibilizar documentos necessários a melhor compreensão do PSF.

Luciana Bicalho Reis
Universidade Federal do E. Santo
Mestrado em Psicologia

ANEXOS