

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Bruno Hélio Ferreira de Rezende

DO “AJUNTADO” AO CONJUNTO:

a interlocução dos saberes pelo agente comunitário de saúde na construção das relações de cuidado em uma unidade de saúde da família

Rio de Janeiro

2017

Bruno Hélio Ferreira de Rezende

DO “AJUNTADO” AO CONJUNTO:

a interlocução dos saberes pelo agente comunitário de saúde na construção das relações de cuidado em uma unidade de saúde da família

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

R467a Rezende, Bruno Hélio Ferreira de
Do "ajuntado" ao conjunto: a interlocução dos
saberes pelo agente comunitário de saúde na
construção das relações de cuidado em uma unidade
de saúde da família / Bruno Hélio Ferreira de
Rezende. - Rio de Janeiro, 2017.
79 f.

Orientadora: Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
2017.

1. Agente Comunitário de Saúde.
2. Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde.
3. Comunidade. I. Lopes, Márcia Cavalcanti Raposo.
II. Título.

CDD 362.10425

Bruno Hélio Ferreira de Rezende

DO “AJUNTADO” AO CONJUNTO:

a interlocução dos saberes pelo agente comunitário de saúde na construção das relações de cuidado em uma unidade de saúde da família

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde

Aprovado em 27/04/2017

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora e Orientadora Márcia Cavalcanti Raposo Lopes (EPSJV/ FIOCRUZ)

Professora Doutora Mônica Vieira (EPSJV/FIOCRUZ)

Professora Doutora Mônica de Rezende (ENSP/FIOCRUZ)

Professora Grasielle Nespoli (EPSJV /FIOCRUZ)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por todo o apoio que, com muito carinho, possibilitaram-me chegar até esta etapa de minha vida.

A minha orientadora Márcia Lopes que, durante a trajetória, ocupou-se, com paciência e incentivo, em acolher minhas ideias e auxiliar na transformação delas nesta pesquisa.

Agradeço também a todos os Agentes Comunitários de Saúde, que auxiliaram durante todo o período da pesquisa, enriquecendo-a com seus relatos ou experiências, ensinando-me até hoje a importância da luta diária do trabalho em saúde.

Aos demais profissionais das unidades Clínica da Família Maestro Celestino, Clínica da família Fazenda Botafogo e Centro Municipal de Saúde Portus Quitanda Tom Jobim, que fizeram parte da minha trajetória recente. Uma relação que nem sempre foi harmônica, mas, em sua imperfeição, sempre serão fatos que levarei na memória com carinho. Obrigado pela parceria!

A todos os amigos que convivi nessa experiência de vida que tem sido trabalhar com saúde da família, desde o início com a residência; uma família que, apesar da distância com alguns profissionais, sempre serão amigos e cabe dizer que não teria como ter enfrentado os desafios sem seu apoio.

Aos amigos inesperados da turma do mestrado, com os quais sempre pude contar para uma leitura dos trabalhos ou para escutarem minhas reclamações frente a algum desafio.

E Vamos à Luta

Eu acredito
É na rapaziada
Que segue em frente
E segura o rojão
Eu ponho fé
É na fé da moçada
Que não foge da fera
E enfrenta o leão

Eu vou à luta
É com essa juventude
Que não corre da raia
À troco de nada
Eu vou no bloco
Dessa mocidade
Que não tá na saudade
E constrói
A manhã desejada...

Aquele que sabe que é negro
O coro da gente
E segura a batida da vida
O ano inteiro
Aquele que sabe o sufoco
De um jogo tão duro
E apesar dos pesares
Ainda se orgulha
De ser brasileiro

Aquele que sai da batalha
Entra no botequim
Pede uma cervinha gelada
E agita na mesa
Uma batucada
Aquele que manda o pagode
E sacode a poeira
Suada da luta
E faz a brincadeira
Pois o resto é besteira
E nós estamos por aí...

(GONZAGUINHA, 1980)

RESUMO

Esta pesquisa buscou compreender na prática o papel do Agente Comunitário de saúde (ACS) como interlocutor entre os saberes técnico-científicos em saúde e os saberes do território tendo como eixo a produção do cuidado em seu cotidiano de trabalho. Tal proposta considera que o ACS possui características singulares por sua inserção como morador da comunidade e como profissional da equipe de saúde. O estudo desenvolveu-se em três etapas. Na primeira etapa, realizou-se pesquisa bibliográfica; na segunda, análise das atas de reunião das equipes pesquisadas e, na terceira etapa, realização e análise de material de dois grupos focais. O resultado encontrado revela que o trabalho do ACS tem se desenvolvido na tensão entre duas lógicas distintas de produção das práticas em saúde, uma primeira que se apresenta sustentada nas características individuais e biológicas do adoecer, orientada apenas pela perspectiva do modelo biomédico, e uma segunda que atua na produção de um manejo que integra outros saberes e relações na produção da atenção à saúde, interagindo com os espaços e sujeitos na produção de novos projetos de atenção à saúde. No que pese a interlocução dos saberes, ainda temos uma longa jornada para a efetivação de um novo modelo de cuidado.

Palavras chave: Agente Comunitário de Saúde. Território. Saberes e Cuidado.

ABSTRACT

This research sought to understand in practice the role of the Community Health Agent (CHA) as an interlocutor between the technical-scientific knowledge in health and the knowledge of the territory having as its axis the production of care in their daily work. This proposal considers that CHA has unique characteristics due to its insertion as a resident of the community and professional of the health team. It had as data source, the documentary analysis of the reunion book of the surveyed teams, holding the focus on the home visit and the case discussion in the team meeting. The results show that the work of CHA has developed in the tension between two distinct logics of the production of health practices, a first approach that is based on the individual and biological characteristics of the patient, oriented only by the perspective of the biomedical model and a second which acts in the production of a management that integrates other knowledge and relationships in the production of health care, interacting with spaces and subjects in the production of new healthcare projects. With regard to its practice and the management of other knowledge in the production of health care, we still have a long journey transforming the care model.

Key words: Community Health Agent. Territory. Knowledge and Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Penauts 23 de outubro 1967 de Charles Schulz.....	31
---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS – Atenção Básica à Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAP- Coordenação de Área Programática

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CICV- Comitê Internacional da Cruz Vermelha

CLT- Consolidação das Leis Trabalhistas

CMS – Centro Municipal de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Esf – Equipe Saúde da Família

ESF- Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

HESFA – Hospital Escola São Francisco de Assis

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IPP – Instituto Pereira Passos

MS – Ministério da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OSS – Organização Social de Saúde

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PIASS – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNACS – Programa Nacional de Agente Comunitário de Saúde

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

SISREG – Sistema Nacional de Regulação

SMS – Secretária Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 A CONSTRUÇÃO DE NOVOS MODELOS DE ATENÇÃO: O PROCESSO DE (RE)ORIENTAÇÃO DAS AÇÕES DE CUIDADO NO BRASIL	15
2 TERRITÓRIO, PRODUÇÃO DE CUIDADO E O ATUAR EM SAÚDE	25
2.1 O ACS E O SABER RELACIONAL	34
2.2 A PRÁTICA DO ACS NA ESF	39
2.2.1 Visita Domiciliar: quando a saúde entra pela sua porta.....	39
2.2.2 Reunião de equipe e a discussão de caso como proposta construção do cuidado	41
3 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO	43
3.1 O CENÁRIO DA ATENÇÃO À SAÚDE EM DISCUSSÃO	45
3.2 UM PRIMEIRO PANORAMA SOBRE O CAMPO	48
4 A VISITA DOMICILIAR E A INTEGRAÇÃO DOS SABERES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO	51
4.1 DESAFIOS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO E NA VALORIZAÇÃO DOS SABERES DO TERRITÓRIO.....	56
5 DESAFIOS DA DISCUSSÃO DE CASO NA REUNIÃO DE EQUIPE E O PLANEJAMENTO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE	61
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICE A - ROTEIROS DOS GRUPOS FOCAIS	77
APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO	78

INTRODUÇÃO

Pretende-se aqui conduzir um processo de discussão sobre a temática do trabalho em saúde, compreendendo-o como uma discussão que atravessa os sujeitos e suas histórias, algo construído pelo/no encontro entre sujeitos-individuais ou coletividades, considerando as relações econômicas e sociais que atravessam todos estes campos. Tomamos a realidade de vida dos sujeitos como algo representado por uma complexa trama firmada entre saberes formais e informais, que habitam as relações com outros sujeitos ou coletividades.

Os saberes que habitam as práticas em saúde têm sido constituídos de forma hegemônica pelo discurso técnico-científico, um domínio que tem produzido um modelo assistencial direcionado à produção de procedimentos, imprimindo, simultaneamente, a exclusão dos outros saberes, cuja origem ou constituição se dê a partir de outras lógicas.

No que se refere à formação dessas práticas, vemos, com certa necessidade, a construção formada pela interlocução com outras referências, além daqueles pautados pelo saber biomédico, algo que possa ser constituído por meio de um processo coletivo, marcado pela integração entre sujeitos, profissionais e usuários e oportunizando uma interlocução entre suas experiências e os saberes germinados das mesmas. A ideia aqui apresentada remete, em sua essência, a um resgate de uma perspectiva de trabalho centrada nas necessidades dos sujeitos por meio da articulação entre a equipe, os usuários e seus saberes na construção do atuar em saúde.

Apresento, como cenário dessa discussão do trabalho em saúde, a proposta desenvolvida pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a sua relação de trabalho em território, imersa na realidade dos sujeitos. Dentro dessa equipe, a discussão se debruça sobre a figura do ACS (Agente Comunitário de Saúde), sujeito marcado por duplo papel, morador e profissional da mesma comunidade. Sua vinculação com o território lhe permite acesso a saberes que advêm de sua relação com espaço onde mora e de sua própria experiência de vida e, ao mesmo tempo, ele tem acesso aos saberes técnico-científicos, por sua formação em serviço – mesmo que precária e fragmentada – e sua experiência profissional.

A inquietação sobre o trabalho do ACS tem acompanhado a minha própria trajetória profissional, afetações estas que impulsionam a escolha do sujeito a que essa pesquisa pretende se aproximar. Tive meu primeiro encontro com a figura do ACS e de seu trabalho, após o término da graduação em Psicologia, durante a Residência Multiprofissional em Saúde

da Família e Comunidade no HESFA/UFRJ¹ (Hospital Escola São Francisco de Assis/Universidade Federal do Rio de Janeiro). A participação nas discussões com as equipes e, ainda, nas conversas que ocorriam dentro e fora do horário de funcionamento da unidade, possibilitaram conhecer os desafios que os ACS encontravam na jornada de seu exercício profissional.

Com meu ingresso como profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), essas inquietações se aprofundaram a partir da vivência em diversas unidades de saúde e do trabalho com uma multiplicidade de sujeitos. Atualmente, atuo como profissional no NASF Fazenda Botafogo, da área programática 3.3, no município do Rio de Janeiro². Essa nova aproximação com a ESF tem oportunizado novos encontros e o levante de antigas e novas interrogações a respeito da prática do ACS. Foi a partir desses lugares que surgiu o interesse de propor a discussão sobre a interlocução entre os saberes técnico-científicos e os saberes do território na prática cotidiana do ACS

Trata-se da dimensão dos saberes técnico-científicos como um campo relacionado aos conhecimentos estruturados, aprendidos em etapa anterior ou conjunta ao exercício profissional, quase sempre por meio de espaços de educação formal. Representado, principalmente, por referenciais científicos e por seus instrumentos e técnicas, ele formata o discurso hegemônico do processo de intervenção em saúde.

A dimensão dos saberes do território se institui a partir de determinadas práticas acumuladas, inscritas nos sujeitos por “códigos culturais”. Trata-se de saberes advindos da experiência no/pelo cotidiano de vida, marcado por ritos e signos, conexões que atravessam os indivíduos, um “traçado” construído na instância de suas histórias de vida e que se faz atravessar por uma “rede” de relações composta em múltiplos espaços. Constitui-se, assim, de um portfólio de conhecimentos inscritos por materiais próprios da história do sujeito ACS,

¹É descrita como “uma modalidade de formação pós-graduada (*lato sensu*), que se realiza pelo exercício, sob supervisão, da prática profissional que deve ser oferecida em ambientes de trabalho qualificados, dotados de corpo técnico-profissional com titulação profissional ou acadêmica reconhecida e de instalações apropriadas ao ensino em serviço, com vistas a proporcionar o aumento da capacidade de diálogo e o alcance de uma compreensão ampliada das necessidades de saúde do indivíduo/coletivo. (...) Na Residência Multiprofissional, há atividades e experiências a que todas as profissões envolvidas devem estar expostas em conjunto e outras que são específicas para cada uma delas. Ou seja, campo e núcleo devem estar articulados para o desenvolvimento de competências comuns, por um lado, e de competências específicas, por outro”. (RAMOS ET AL, 2006, p. 380)

²A Resolução n.º 431, de 14 de abril de 1993, da Secretaria Municipal de Saúde, considerando o que estabelece a Lei Orgânica do Município e o Plano Diretor Decenal da Cidade do Rio de Janeiro, cria nessa cidade Áreas de Planejamento Sanitário, na tentativa de viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde com a implantação do SUS no Município do Rio de Janeiro. Nesse sentido, pela extensão territorial e concentração populacional foram criadas dez áreas de planejamento constituídas por 32 regiões administrativas, que agregam 157 bairros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.20)

como profissional e morador, e da sua relação com o território. Esse componente habilita-o a operar redes de cuidado ampliadas, contaminadas pela singularidade de cada relação, possibilitando um entendimento da particularidade estabelecida pelos sujeitos.

Cabe destacar que essas duas dimensões não se apresentam dissociadas na produção do trabalho em saúde, tendo, as duas, igual importância na construção das práticas, tendo em vista que sua interação amplia o território e permite aos sujeitos modelarem seu trabalho a partir do arranjo entre os saberes disponíveis.

A construção do trabalho em saúde aqui descrita reverbera de forma inseparável das experiências das equipes de Saúde da Família que pude partilhar. Uma construção que envolve uma série de problemas que essa pesquisa teve como proposta a interrogar: os ACS têm ajudado a construir projetos de cuidado que componham com saberes advindo das relações com os usuários e suas histórias? Quais limites e possibilidades têm constituído as práticas dos ACS considerando a interlocução entre saberes na produção do cuidado em saúde? Como os ACS tem operado as interlocuções entre os saberes técnico-científicos e do território em sua prática visando um olhar mais integral em saúde?

Assim, o presente estudo tem como objetivo geral problematizar a atuação do ACS em uma área urbana e seus efeitos na construção das práticas de cuidado, com ênfase na possibilidade de produção de interlocução entre os saberes técnico-científicos e os saberes do território. Tomam-se como objetivos específicos: contextualizar a atuação do ACS em uma unidade de estratégia de saúde da família; compreender o papel dos saberes do território e sua interlocução com os saberes técnico-científicos na construção do cuidado pelos ACS e identificar potencialidades e dificuldades do trabalho do ACS em relação à construção desta interlocução.

Tal reflexão caminha no sentido de poder articular um campo de discussão entre teoria/prática, no entendimento que essa ação de interrogar sobre a realidade nos possibilita a produção de formas mais organizadas e efetivas de atuarmos.

Nos primeiros capítulos, busca-se contextualizar o cenário da política de saúde, desde a experiência com agentes de saúde no Ceará até a presente inserção desse profissional na equipe de saúde da família. As tensões presentes em seu trabalho acompanham a própria história dessa categoria. No terceiro capítulo, são apresentados com maior profundidade a perspectiva de produção do cuidado e da participação do ACS como ator nesta produção, tendo, como ponto de partida, sua própria história como morador do território.

No quarto capítulo, apresento o percurso metodológico da pesquisa; no quinto capítulo, apresenta-se a discussão sobre a temática da visita domiciliar a partir dos discursos

coletados nos grupos focais, tendo, como foco, o trabalho do ACS em território e a sua capacidade de propiciar a interlocução dos saberes na produção de sua prática.

No sexto capítulo, busco analisar o material produzido pelos ACS sobre a discussão de caso na reunião de equipe e o material coletados a partir das atas de reunião. Ao final, apresenta-se as considerações finais a respeito do estudo e das reflexões feitas em nosso percurso.

1 A CONSTRUÇÃO DE NOVOS MODELOS DE ATENÇÃO: O PROCESSO DE (RE)ORIENTAÇÃO DAS AÇÕES DE CUIDADO NO BRASIL

A Atenção Primária em saúde tem sido reconhecida há várias décadas como estratégia capaz de organizar e estruturar as redes de atenção à saúde. É entendida como integradora e articuladora entre os diversos níveis de atenção; organiza e racionaliza o uso dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. (MOYSÉS, 2011). No que diz respeito ao campo da saúde no Brasil, o final do século passado presenciou importantes mudanças em sua estruturação enquanto parte das políticas públicas.

A partir dos anos 1980, na conjuntura do fim da ditadura militar e da luta pela redemocratização no Brasil, temos a construção de novas propostas para a agenda da política pública, sob forte da influência de militantes da Reforma Sanitária Brasileira (RSB)³. Paim (2012, p.10) sinaliza que a mobilização, neste período, ocasionou uma produção intensa de material durante os preparativos da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Segundo ele: “os textos produzidos contemplaram conceitos como ‘determinação social da saúde-doença’ e ‘organização social das práticas de saúde’, além de noções como ‘consciência sanitária’, ‘promoção da saúde’ e ‘intersectorialidade’”.

A Atenção Primária encontra, na declaração de Alma-Ata (1978), bases fundamentais à sua estruturação como porta de entrada dos sistemas de saúde. Esse documento apresenta dois elementos importantes ao considerar que a saúde, como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença, “é um direito humano fundamental” e ao apontar a Atenção Primária como “a chave para atingir essa meta dentro do espírito da justiça social” (ALMA-ATA, 1978).

Este conceito de saúde se caracteriza como pilar central das primeiras discussões sobre o processo de reordenação da atenção a partir da Atenção Primária. É possível identificar três ideias chaves que fundamentaram a proposta de Alma-Ata, como ressalta Moysés (2011): a primeira diz respeito ao uso de tecnologia em saúde adequada às demandas de cada localidade; a segunda expressa a ênfase na formação e na prática profissional de modo a fazer uma contraposição ao excesso de especialização; a terceira ideia baseia-se na compreensão do conceito de saúde como um instrumento para o desenvolvimento social.

³Sua mobilização apresenta destaque pelo “fato de aglutinar, além de indivíduos, entidades de diferentes naturezas funcionais, organizacionais e políticas” (VAITSMAN, 1989 apud PAIM, 2007, p. 25).

Silva e Dalmaso (2002) argumentam que, no Brasil, a discussão de reorganização da assistência à saúde com bases na Atenção básica concentrou-se apenas nas três últimas décadas, defendendo que, a exemplos de outros setores sociais, a saúde ocupou uma posição secundária nas definições de política econômica-social do Estado, bem como no processo de planejamento. As autoras destacam ainda que, nos anos de 1970, notava-se uma dominância de uma medicina de custo elevado e de intenso consumo do estrato da população com maior poder aquisitivo de um lado, e, de outro, um elevado número de pessoas que tinham necessidades básicas de saúde sem atendimento.

Cabe destacar que as discussões sobre o modelo de Atenção Primária em Saúde nos anos de 1970 ocorreram de forma tímida, como no Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) (MENDES, 2002). O investimento na proposta da Atenção Básica ganhou força com a institucionalização do SUS nos anos 90. No âmbito da formação da nova política de saúde, as discussões realizadas durante a VIII CNS (Conferência Nacional de Saúde) representaram um grande passo para a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) como investimento na universalização do acesso aos serviços de saúde.

Destaca-se que as propostas fomentadas pelo movimento da reforma sanitária se apresentavam como reflexo dos ideários políticos sociais que efervesciam no momento. A proposta de Alma-Ata (1978) passa a ser incorporada ao ideário reformista, que apresentava uma crítica ao modelo médico-privatista e hospitalocêntrico. O relatório final da VIII CNS representa um marco importante para a constituição do SUS, sendo saúde entendida como:

Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde e, portanto, entendida como “resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986b, p. 4).

No mesmo período das lutas pelo processo de redemocratização e da efetivação da saúde como direito, tem-se, no ano de 1987 no estado do Ceará, “a primeira experiência em larga escala com agentes comunitários de saúde⁴, vindo a ser denominado como Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Ceará (PACS – Ceará). Ele apresentava como meta principal a constituição de

⁴São relatadas experiências com personagens anteriores, similares a figura que mais tarde se tornará o Agente Comunitário de Saúde, em menor escala como o caso das “visitadoras sanitárias”, programa desenvolvido pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (F.Sesp). (SILVA; DALMASO, 2002)

“frentes de trabalho” em uma conjuntura de seca (...) desenvolvido especialmente por mulheres, que, após treinamento de duas semanas, realizaram ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 15).

Silva e Dalmaso (2002) apontam também que outra ideia-chave deste programa era empregar, em áreas mais pobres do Estado, um número relevante de mulheres que assim, melhorariam sua condição social e, possivelmente, estimulariam um posicionamento mais ativo de outras mulheres na sociedade. Seu treinamento consistia por uma capacitação inicial de 60 dias sob responsabilidade da supervisão municipal com ênfase em ações de educação e promoção da participação comunitária. As autoras ainda destacam que:

(...) os agentes de saúde deveriam trabalhar com outros integrantes da comunidade, que tradicionalmente, já executavam ações de saúde, como as parteiras leigas, os curandeiros locais e outros agentes. (SILVA e DALMASO, 2002a, p. 49)

A proposta de ingresso do Agente Comunitário de Saúde (ACS) tinha como objetivo instituir um atuar mais próximo dos sujeitos. Este profissional se caracteriza como sujeito que reside no território e (re)conhece sua dinâmica, realizando “o papel de facilitar o autocuidado, identificando demandas que necessitavam de atendimento, principalmente a atenção às crianças para debelar a mortalidade infantil” (JORGE ET AL, 2007, p.131). A perspectiva dessa nova proposta de abordagem das questões de saúde procura estabelecer outra proposta de atenção à saúde que tradicionalmente se caracterizava pela abordagem individual centrada na doença e em procedimento de alta complexidade.

Silva e Dalmaso (2002) destacam que essa mobilização, devido ao período de seca, antecipou a agenda que vinha sendo construída pela Secretária Estadual do Ceará na implantação de programas que “incorporassem” agentes de saúde. O foco de atuação seria voltado para atividades de promoção de saúde, sendo remunerados com recursos dos fundos especiais de emergência destinados pelo Governo Federal. As autoras destacam ainda que o programa mais amplo seria desativado com o fim do período de estiagem. Entretanto, foi continuado e, posteriormente, ampliado – com recursos da Secretária Estadual do Ceará – devido à mobilização das comunidades atendidas pelo programa.

Com grande mobilização para a VIII CNS, a Reforma Sanitária teve um protagonismo decisivo no processo da Constituinte ao apresentar uma proposta ampliada de saúde e

incorporá-la na Constituição de 1988. A saúde passa a se inscrever na esfera dos direitos sociais de cidadania. No documento constitucional, saúde aparece inscrita como:

(...) direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art.196, Constituição Federal, 1988).

Essa nova concepção de atenção à saúde e do direito à saúde apresenta uma nova formatação do modelo de atenção, até então no país formada pelo sistema previdenciário, vinculado ao seguro social (aos trabalhadores) e à saúde pública, representado pelo Ministério da Saúde, que até esse momento, apenas desenvolvia ações de saúde pública alcançando grande maioria da população. Entretanto, apenas em 1990, são sancionadas as Leis nº. 8.080 e nº. 8.142, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, regulamentando o SUS. A efetivação do acesso universal e a mudança do plano de atuação dos profissionais na atenção à saúde proposto pelo SUS se apresentam como um desafio. Ao considerar as dimensões continentais e amplas desigualdades regionais e sociais, esse desafio se amplia ainda mais.

Cunha (2010) apresenta como importante a vitória da inscrição do SUS no quadro político, apesar do cenário de disputas que até hoje atravessam a gestão do SUS. Entretanto, ressalta o difícil processo de transformação dos modelos existentes.

Era preciso debruçar-se sobre a gestão do SUS e confrontar-se com as práticas dominantes. Gradativamente, percebeu-se que a tão sonhada presença do Estado era insuficiente, por si mesma para alterar o padrão de funcionamento de hospitais e unidades básicas de saúde. (CUNHA,2010, p.45)

No ano de 1991, é instituído pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS)⁵, como resultado de práticas estaduais exitosas como esta, existentes não só no Ceará, mas também no Paraná, Mato Grosso do Sul (VIANA e DAL POZ, 2005). Este programa foi implantado principalmente nas regiões Norte e Nordeste, visando a redução da mortalidade materno-infantil e foco na amamentação materna exclusiva (DURÃO MOROSINI & CARVALHO, 2011; SILVA; DALMASO, 2002).

O processo de seleção dos ACS seguiu critérios similares aos ocorridos na experiência do Ceará: saber ler e escrever, ter espírito de liderança e solidariedade, idade mínima de 18

⁵ Em 1992, o PNACS foi transformado em Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

anos e disponibilidade de trabalho em tempo integral (SILVA; DALMASO, 2002). No PACS, a equipe era formada apenas por ACS, no máximo de trinta por equipe, e um profissional de enfermagem que realizava a supervisão e atendimentos sem a exigência de qualquer formação específica para o exercício do trabalho de ACS.

O papel de destaque do ACS já aparece descrito nos primeiros documentos da PNACS, atrelado à proposta de possibilitar uma integração entre usuários, unidade de saúde, território e seus dispositivos de cuidado. A integração com os territórios e a aproximação das relações cotidianas se caracterizam como uma importante inscrição do trabalho do ACS no PACS, categoria profissional que seria valorizada e incorporada nas principais políticas públicas de saúde do Brasil após 1990, como será apresentado a seguir⁶.

O PACS foi exitoso em sua proposta de ofertar um acesso à atenção à saúde, ainda que bastante restrita a procedimentos simples para a população das cidades do Nordeste e, posteriormente, das cidades do Norte do país. O trabalho dos agentes comunitários no PACS tinha como objetivo a melhoria da capacidade da população de cuidar de sua saúde,

(...) transmitindo-lhe informações e conhecimentos, e contribuir para construção e consolidação de sistemas locais de saúde, como também visava ampliar a cobertura do sistema de saúde às populações rurais e das periferias urbanas, priorizando o grupo materno-infantil (BRASIL, 1991, 1993 apud FERREIRA, 2008).

Na perspectiva de avançar no processo de reorganização do modelo assistencial, surge em 1994, pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa Saúde da Família (PSF), inscrito na dimensão da Atenção Básica. Tendo, como proposta constituir “uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população” (BRASIL, 1997 p.10). A partir do PSF, temos uma ampliação dessa equipe mínima que passa a contar com profissional médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

No caso específico do ACS, surgem novas atribuições como: construção do diagnóstico da comunidade, acompanhamento de sujeitos com doenças crônicas e pessoas que necessitassem de tratamento domiciliar; prevenção e monitoramento a grupos específicos, morbidades, planejamento e avaliação das ações de saúde.

Cunha (2010), no entanto, sinaliza que o PSF surge das dificuldades de transformação da Atenção Básica e como fruto da formulação de organismos internacionais como o Banco

⁶Essa experiência servirá de embrião ideológico para construção do Programa de Saúde da Família e da Estratégia de Saúde da Família.

Mundial, colocava-se com forte cunho preventivo e programático. Franco e Merhy (2003) destacam as características dessa iniciativa do Banco Mundial que pejorativamente, denominam de “cesta básica”:

(...) a partir de certas simplificações do campo de saberes e práticas da epidemiologia e da vigilância à saúde (...) voltados principalmente para populações de risco, como públicos focos das políticas assistenciais propostas. (FRANCO e MERHY, 2003, p. 99)

No entanto, segundo documento produzido pelo Ministério da Saúde (MS), o PSF apresenta como objetivo geral o importante papel na reconfiguração das práticas em saúde, de forma a

contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997, p. 10).

Sua proposta visa uma organização diferenciada ao modelo de saúde existentes nos postos de saúde até então, apresentando-se como cenário para a construção de novas práticas orientadas pelos eixos de promoção e prevenção em saúde.

Santos e Rigotto (2010) destacam que o processo de reorientação dos sistemas de saúde proposto no PSF e posteriormente na ESF representaria em seu formato, uma mudança em nossa concepção do processo saúde-doença e apresentaria como proposta o reconhecimento dos territórios e de seus contextos de uso pelos sujeitos que nele habitam, assumindo que a construção do trabalho em saúde deve considerar a interação entre sujeito e os espaços e como estes são percebidos pelos sujeitos.

Em 1998, ocorre a remodelação da proposta de atenção à saúde, o PSF assume a nomenclatura de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo reconfigurado como proposta de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, estabelecido em conformidade aos princípios do SUS. Esse projeto de transformação das práticas em saúde inscreve as equipes de saúde da família enquanto iniciativa para Atenção Primária em saúde⁷.

⁷Utilizaremos o termo atenção primária à saúde como sinônimo de atenção básica à saúde, pela questão histórica de formação e produção com encaminhamentos das produções com uso dessa terminologia, muitas vezes para descrever e nortear a construção da política de saúde no Brasil

A equipe de saúde bucal foi inscrita posteriormente na conformação da equipe. A composição atual, segundo a PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) de 2011 tem inscritas as seguintes categorias profissionais:

(...) médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Nesse sentido, a proposta do Saúde da Família aponta na direção da produção de um modelo de atenção menos biomédico e mais centrado na promoção da saúde e nas necessidades dos sujeitos.

Fausto e Matta (2007) apontam uma importante questão sobre a proposta de atenção do PACS e da Saúde da Família afirmando que elas

trouxeram a família e a comunidade como norteadores da organização da atenção à saúde quando tradicionalmente a abordagem individual centrada na doença dominava a ação programática da política nacional de saúde. A proposta de organização da atenção inerente ao PSF foi assumida pelo Ministério da Saúde como estratégica para a reorganização da atenção básica do SUS. (FAUSTO e MATTA 2007, p.60)

A proposta inscrita no acompanhamento das equipes de saúde da família busca a valorização dos espaços de vida dos sujeitos como componente importante na construção de seus projetos de cuidado. Temos, portanto, um desafio se considerar este como herança do sistema de saúde, o modelo biomédico do grande complexo hospitalar, que tinha, como matriz, a clínica tradicional. Questões como essas atravessam a agenda de trabalho da ESF. Cabe destacar que esse histórico tem produzido importantes afetações na esfera da produção política de Atenção Básica e da própria agenda de trabalho.

Nos últimos anos, a ESF apresentou uma rápida expansão de cobertura em todo território nacional, fortemente apoiada por iniciativas como o PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família), estratégia voltada para ampliação de cobertura da ESF em município com população acima de 100 mil habitantes (BRASIL, 2007). O presente investimento, até o momento atual, enfrenta como desafio político-prático-técnico o processo

de efetivação da saúde da família como estratégia do cuidado e como instrumento de orientação da rede.

Atualmente, a Atenção Básica é regida a partir da portaria 2.488 de 21 de Outubro de 2011 do Ministério da Saúde, que a institui como

conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011)

O trabalho da equipe multiprofissional se orienta pelos seguintes conceitos: “territorialização e responsabilidade sanitária; trabalho em equipe, integralidade, autonomia dos indivíduos e coletivos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p.11). A saúde da família mais tarde assumirá o papel de reorientadora e organizadora rede de atenção a partir da atenção básica no Brasil, referida como porta de entrada do SUS.

A inscrição do novo modelo proposto pela Saúde da Família objetiva uma intervenção na lógica de atenção ainda centrada na prática uniprofissional, hospitalocêntrica, resultado de planejamento distante da realidade dos usuários dos serviços, apontada como custosa e pouco eficiente.

Macerata, Soares e Ramos (2014) realizam uma descrição do trabalho da Atenção Básica,

entendida como o nível de atenção em saúde que está em uma relação mais direta com o cotidiano da vida das pessoas, garantindo maior amplitude de acesso por se aproximar dos territórios e das questões de saúde locais. Ao garantir acesso, ela não deve simplesmente ser uma via de encaminhamento, mas deve garantir a resolução das questões de saúde de maior prevalência do território onde se faz presente. (MACERATA, SOARES e RAMOS 2014, p.925)

A atuação do ACS assume um papel central na proposta desse novo modelo de atenção à saúde “de se constituir em elo entre a comunidade e os serviços de saúde/Estado” (LOPES, DURÃO e CARVALHO, 2011, p.169). Essa caracterização o localiza como um importante membro na estrutura da equipe de Saúde da Família.

As atribuições básicas dos ACS estão estabelecidas na Portaria Nº 2.488, De 21 De Outubro DE 2011, sendo detalhadas em oito tópicos, destacando elementos relacionados ao conhecimento da área: acompanhamento por meio da visita domiciliar considerando os critérios de risco e vulnerabilidade; atuação em ações que busquem integrar a equipe e a população adscrita; desenvolvimento de ações educativas visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde. As atividades descritas na portaria aparecem como estratégia de aproximação entre a população e a unidade de saúde, além da prevenção de agravos e o monitoramento de grupos ou problemas específicos (combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras).

Em comparativo ao documento do PACS, na ESF, as atribuições do ACS têm sido ampliadas, assumindo outros campos de trabalho e perfis de população. É importante pontuar que, ao se expandir os grupos populacionais que passam a ser assistidos pelo PSF e posteriormente na ESF, aumenta-se a importância do conhecimento do território e de suas fragilidades, além do estabelecimento da relação com os sujeitos e suas histórias de vida.

Com essa proposta diferenciada de construção das práticas em comparação ao projeto de saúde tradicional, temos o surgimento de um determinado campo de possibilidade de efetivar como direção para o trabalho em saúde a prevenção de doenças, a promoção de saúde, o cuidado dos sujeitos e a integração das necessidades locais no planejamento em saúde.

A proximidade estabelecida pelo agente de saúde com as famílias e com o território lhe permite percepções diferenciadas sobre os processos de vida e de adoecimentos. Se temos o ACS distante do cotidiano de vida dos sujeitos, ocorre uma perda de importantes componentes na constituição do campo de prática do cuidado em saúde.

Sendo assim, o processo de trabalho do ACS pode assumir outros caminhos, que se apresentam menos permeáveis à construção de novas práticas em saúde, algo marcado por um determinismo de vigilância e controle dos hábitos da população. Isso apenas promove a manutenção da lógica dominante alinhada com centralidade na aplicação de procedimentos, na subjugação dos sujeitos em práticas burocratizadas, delimitando a atuação dos profissionais à orientação para adoção de estilos de vida saudáveis pela população.

A proposta de trabalho da ESF se apresenta como proposta de integração dos saberes técnicos-científicos e dos saberes do território advindos do cotidiano de vida dos sujeitos na construção de práticas que possam estar articuladas a partir das necessidades dos sujeitos e das necessidades locais. Para tal, tem-se o conhecimento do território e de suas características

como artefato a ser integrado pela equipe na composição do trabalho de atender as necessidades de saúde dos sujeitos e coletivos.

Assume-se, portanto, como direção para o trabalho de produção do cuidado em saúde, a integração entre os diversos núcleos de saberes. Os ACS apresentam um papel muito específico nesta proposta. São sujeitos que habitam e trabalham no território, portanto, reconhecem e se identificam com a cultura, linguagem e expressões de vida daquele determinado cotidiano, ou seja, reconhecem a dinâmica social daquela comunidade

A ESF apresenta como uma de suas principais ferramentas metodológicas, a territorialização, o instrumento de reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população, reconhecendo as heterogeneidades existentes no território. No tocante ao ACS, temos, como expressão de sua vivência com os espaços e os sujeitos, um reconhecer dessas linhas relacionais que se estabelecem por determinado contexto histórico-relacional.

A construção das práticas em saúde vinculada à proposta ideológica da ESF apresenta como destaque a relação com o território e explorar as relações com os sujeitos e os espaços, reconhecendo-os em suas variadas dinâmicas. Para tanto, o ACS surge como importante articulador por sua capacidade de reconhecer sujeitos, suas relações e os contextos formativo de determinado espaço. Essa consciência dos espaços nos possibilita investir em práticas que possam estar condizentes com as necessidades dos sujeitos.

2 TERRITÓRIO, PRODUÇÃO DE CUIDADO E O ATUAR EM SAÚDE

Temos trabalhado o cenário estruturante do ESF enquanto proposta de novo modelo de atenção à saúde. Neste capítulo, pretende-se apresentar a questão do território, a proposta de produção do cuidado e da importância de integrarmos outros saberes e tecnologias aos saberes técnico-científicos. Tem-se, como destaque, que a construção do trabalho em saúde deve estar atrelada a um necessário esforço em compreender as condições e experiências de vida dos sujeitos, tendo como imperativo o compromisso de ação sobre as necessidades dos sujeitos, uma atitude que convoca os profissionais e os usuários a estabelecerem uma relação de cumplicidade e responsabilização em torno do problema a ser enfrentado. Serão utilizadas diversas expressões que habitam o discurso sobre a temática do trabalho em saúde como: atuar em saúde, prática de cuidado e práticas em saúde, entendendo que todas elas remetem a um entendimento do que seria o desafio e o objetivo fundamental que se quer atingir no campo da saúde.

Merhy, Feuerwerker e Cerqueira (2010) apontam que a “medicina do corpo de órgãos⁸”, a partir do século XIX, construiu uma forma de ver e falar do sofrimento humano, focalizando o olhar e a ação sobre o corpo biológico. Esse modelo levou à construção, pelos profissionais, de ações centradas nos procedimentos, esvaziadas de sua dimensão cuidadora. Apesar dos avanços científicos, produz-se, então, o que Merhy (2004) descreve como “modo médico de agir”, que se tornou hegemônico e impulsionou uma “lógica” padrão de ver o sofrimento humano sem ensejar qualquer interrogação sobre as expressões singulares de adoecimento.

Essa forma de compreender os problemas de saúde acaba por gerar ações individuais com abordagens restritas ao exercício clínico das categorias profissionais como expressão do paradigma dominante, constituindo um conjunto de práticas centradas em procedimentos. Destituindo, assim, a discussão da demanda das necessidades em saúde como resultado de questões produzidas por determinado contexto histórico social e/ou ligadas ao ritmo de vida dos sujeitos

Para Camargo Junior (2005), a dimensão da racionalidade médica passa a operar segundo a ideia de que as doenças são objetos com existência autônoma, traduzíveis pela ocorrência de lesões que seriam, por sua vez, decorrência de uma cadeia de eventos, sendo o exercício do diagnóstico expresso na identificação do agravo e da caracterização das lesões.

⁸Refere a determinada conformação dos saberes que tem produzido uma leitura do sofrimento humano com foco no corpo biológico que se patologiza, no plano individual e / ou coletivo (Merhy, 2007).

Promove-se, então, um processo de objetivação dos fenômenos de adoecimento ao seu elemento mais simples, a construção das generalidades do adoecimento humano e a exclusão da dimensão subjetiva.

Essa intencionalidade produzida pelo saber biomédico passa a considerar as doenças como coisas de existência concreta, fixa e imutável, hipervalorizando os aspectos objetivos e deixando de lado o âmbito subjetivo do indivíduo. A definição da condição de saúde passa a estar orientada pela ausência de doença.

De maneira geral, essa produção significa trilhar caminhos que possam trazer para dentro do planejamento das práticas em saúde o cotidiano por onde a vida opera suas relações. E, nesse sentido, apropria-se, como orientadora, a definição de Ayres (2004) sobre a categoria cuidado e sua relação com as práticas assistenciais, descrevendo-a como: “a possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre a tecnociência médica e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz, a que estamos chamando de Cuidado”. (AYRES, 2004 p.85).

Merhy, Feuerwerker e Cerqueira (2010) enfatizam que, em muitas situações, as equipes de saúde excluem de sua prática outra lógica senão aquela pautada pelo diagnóstico resultado apenas nos sinais e sintomas expressos pelo sujeito, um processo apenas direcionado para a doença ali expressa. Temos assim, que:

Em nome de uma suposta defesa da vida, retiram-se os sujeitos da cena de seu tratamento, e/ou inundam-se os encontros com os sujeitos que procuram por algum tipo de cuidado com protocolos prescritivos do bem viver. Sustentam suas ações em ideais comportamentalistas, com base em dados científicos, generalizáveis que independem dos aspectos psicossociais e culturais, e que não passam de meras abstrações numéricas ao retirar das pessoas o direito de agenciar e protagonizar o cuidado com si mesmo e as escolhas de sua vida. (MERHY, FEUERWEKER e CERQUEIRA, 2010, p.65).

Produz-se assim, um modelo unilateral de produzir o cuidado, posicionando o outro no lugar de objeto, restringindo a interação dos usuários às tecnologias já configuradas pelo campo institucional das práticas em saúde.

A tarefa colocada aqui consiste em nos acercarmos das expressões privadas do sofrimento humano, por meio de outros ângulos (históricos, sociais, culturais e no plano singular de cada situação de construção da vida). A ideia é construir caminhos que possam resgatar a dimensão cuidadora perdida pela ação disciplinadora de determinados modelos de saberes, sobre a vida e sobre outras formas de conhecimento. Ayres (2004) aponta o desafio

da construção dessas novas práticas, mobilizadas pela integração de diferentes saberes que nos possibilitaria a superação da restrita dimensão biomédica:

Embora estas ciências (médicas) ocupem lugar fundamental e insubstituível, pelo tanto que já avançaram na tradução de demandas de saúde no plano da corporeidade, ao atentarmos à presença do outro (sujeito) na formulação e execução das intervenções em saúde, precisamos de conhecimentos que nos instruem também desde outras perspectivas. (AYRES, 2004, p. 87)

Merhy (2004) destaca que o objeto do campo da saúde não se encontra representado na cura, na promoção ou proteção da saúde, mas se expressa na produção do cuidado e, por meio desse, sim, poder-se-ia se atingir a cura e a saúde dos sujeitos. A ideia aqui trabalhada remete à necessidade de tratar a construção das práticas em saúde como um projeto de produção de atos que possam satisfazer as necessidades/direitos do usuário.

A produção do cuidado refere a uma aposta no encontro entre o campo das ciências médicas, que tem o profissional de saúde como seu representante e do sujeito que demanda cuidado com seus conhecimentos e determinada condição de vida. O trabalho em saúde deve ser resultado do diálogo e do encontro entre os sujeitos e com a valorização de seus distintos saberes. Apresenta-se a necessidade de construção de relações abertas e sensíveis à interferência de saberes não-técnicos, da sabedoria prática, na construção de pontes entre os sujeitos. (AYRES, 2009)

Como temos dito, o ACS encontra em sua vivência com o território um saber específico, adquirido na experiência de vida como morador e/ou profissional, em sua visita aos domicílios e na vivência dos espaços comunitários. Esse conhecimento complexo apresenta importância na perspectiva de ampliarmos e problematizarmos a temática da produção das intervenções e das necessidades dos sujeitos. Cabe acrescentar que estes saberes do território se apresentam como material importante na discussão dos processos de produção das intervenções a serem trabalhados em complementaridade aos saberes técnico-científicos.

Neste contexto, temos como direção para o trabalho em saúde, a elaboração de projetos de cuidado que possam superar a dinâmica da relação sujeito/objeto na consulta, por meio da introdução da escuta e da discussão de elementos envolvidos na condição de vida dos sujeitos. Ou seja, o cuidado em saúde se apresenta como um projeto de intervenção resultante da integração entre os diversos saberes, projetando como compromisso, a produção de certo modo de atuar em saúde que tenha como alvo as necessidades dos sujeitos.

Merhy (2002), ao interrogar-se sobre o tema da produção do cuidado e das ferramentas/saberes envolvidos nela, descreve a existências de três situações tecnológicas implicadas no trabalho em saúde:

As leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayonismo) e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais) (MERHY, 2002, p. 49).

Merhy (1998) destaca a importância de todas as tecnologias na construção do trabalho em saúde, sinalizando que a depender de como iremos combinar tais tecnologias, podemos produzir diversos modelos de atenção, mais ou menos acolhedores. O autor ainda ressalta que o uso das tecnologias leves e sua mediação com as demais tecnologias leve-duras e duras devem estar orientados pela resolução do problema de saúde e pela conquista da autonomia dos usuários. O autor ainda destaca que a tecnologia leve se caracteriza como potente elemento na construção ou transformação de processos para subverter a lógica normalizadora e medicalizadora da produção em saúde.

O campo da saúde, por influência dos saberes técnico-científicos, tem produzido um distanciamento do exercício de construção do cuidado que tenha como destaque as relações com sujeitos, da importância de reconhecer seus modos de andar na vida, associando os diversos saberes na produção do atuar em saúde. Descrevemos, como predecessor da produção dos atos em saúde, o encontro entre sujeitos com saberes e experiências de vida distintas. Estando nesse exercício de superação da compartimentalização da vida entre as esferas dos saberes técnico-científicos, podemos e devemos evocar o uso de outras formas de se relacionar com os sujeitos para a produção de abordagens mais satisfatórias dos processos de cuidado.

Se destacamos que o diálogo deve estar presente em todo o encontro entre usuários e profissionais de saúde, colocamos ainda que as dinâmicas que existem nas vidas dos sujeitos devem adentrar essa relação como material a ser trabalhado com vista a enriquecer e extrapolar os limites dos saberes técnico-científicos.

O processo de construção do cuidado em saúde deve partir de um olhar interessado para o território, porque é dessa interação que podemos produzir uma reflexão que impulse

a construção de atos de cuidados que esteja de acordo com as necessidades dos sujeitos. Entende-se território como espaço político-social-relacional marcado por sujeitos e suas relações, “como território-processo, onde a sociedade se estrutura e reproduz a vida, organiza a cultura, vive a história” (SILVA JUNIOR & ALVES, 2007 p.32).

Ao tomarmos a produção do cuidado proposta pelos documentos da ESF, a ferramenta da territorialização se constitui como básica para a caracterização da população e de seus problemas de saúde. É ela que permite o reconhecimento e a construção de uma análise dos espaços geográficos, possibilitando a identificação e a interpretação das dinâmicas de vida dos sujeitos que habitam o território. Mendes (1999) descreve o território como um espaço em permanente movimento, produto de uma dinâmica social que se apresenta em constante reconstrução, um elemento importante de análise que permite nos retirarmos do campo do imediato e das necessidades urgentes, abrindo espaço para as complexidades dos problemas de saúde e sua relação com vida dos sujeitos, ou seja, um território vivo, do qual devemos nos aproximar para reconhecermos potencialidades e limites na construção das práticas em saúde.

A aproximação das redes de relações humanas que habitam os espaços de vida dos sujeitos nos permite o reconhecimento das prioridades em termos de necessidades de saúde da população, e, assim, a construção de ações dirigidas ao enfrentamento dos problemas relacionados. Portanto, consiste numa ferramenta que em sua essência, possibilita-nos efetivar um estabelecer do diálogo com os sujeitos e organizar os projetos de cuidado.

Precisamos ter claro que a proposta de construção das práticas em saúde deve considerar que essas necessidades de saúde são resultado de componentes sociais e historicamente determinadas, entretanto, sua condição de construção social deve ser observada e trabalhada pelo profissional nas dimensões individual, coletiva e comunitária (CECÍLIO, 2001).

O cuidado em saúde deve ser produzido a partir de determinada interação com aspectos políticos, sociais, culturais e históricos. Essa abordagem remete fundamentalmente, ao processo de explorar o território, tornando-se sensível à suas questões e na discussão dos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Assim, tratamos que a dimensão da saúde e da doença não se apresenta como um objeto fixo e invariável, ela se apresenta relacionada a condicionantes e determinantes sociais. Torna-se possível a produção de intervenções dirigidas à modificação do cenário e constituídas por outras formas de conhecimentos, não limitando a produção do atuar em saúde a racionalidade do modelo biomédico.

A construção dessa proposta de trabalho apresenta como princípio a ênfase em conhecimentos que não estão apenas estabelecidos a partir das profissões do campo da saúde. Tem-se como base o estabelecimento de um conjunto de práticas que possam estar orientadas a partir de um olhar crítico sobre os sujeitos e suas necessidades. Sem considerar tais elementos, promove-se uma desvalorização das questões sociais e subjetivas e centra-se a atuação em práticas normativas.

Merhy (1998) destaca a indiferença da atitude dos profissionais para com a dimensão subjetiva dos usuários, que promovem sua prática sem perceber a importância de estabelecer canais de diálogo na construção de novos caminhos:

(...) em geral, este [o usuário] reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados. (MERHY,1998, p.3)

Dessa forma, a proposta de inserção do ACS se articula com a compreensão do território como espaço privilegiado de intervenção e da construção de práticas que tenham como orientadoras as necessidades dos usuários. Refletir acerca dessa produção de cuidado em saúde requer pensá-las no espaço do diálogo com as necessidades, com os desejos, algo apenas possível se direcionarmos nossa atenção aos modelos de organização da vida cotidiana.

Temos explorado a necessidade de estabelecer um diálogo entre os sujeitos como elemento principal para geração de práticas inovadoras de atenção, compreendendo que as questões relacionadas à sua saúde encontram relação com seus modos de estar na vida. É na vivência de trabalho em território realizada pelo ACS que figura um importante campo de (in)surgimento de novas práticas que valorizem as relações com os sujeitos. A tirinha abaixo (Figura 1) nos serve como importante componente na discussão de nossas práticas, utilizando-se do humor para enunciar uma narrativa muito comum nas práticas em saúde, a postura daqueles que sabem muito sobre os sujeitos e sobre suas necessidades.



Figura 1 – Peanuts 23 de outubro 1967 de Charles Schulz⁹
 Fonte: http://peanuts.wikia.com/wiki/October_1967_comic_strips

Tratamos, com destaque, a fala feita no quadro 3 da tirinha, “Eu Sei sobre tudo!”, como elemento que expressa um comportamento de totalização da vida e dos comportamentos que a medicina procura operar com seu conjunto de teorias, métodos e procedimentos, que se ocupa por colocar sob seu controle todo o cenário e promover a desvalorização de outras formas de produção de saberes.

Do ponto de vista da perspectiva ideológica que o modelo biomédico procura fomentar, a possibilidade do diálogo se estabelece delimitada, sem reconhecer a intersecção com outros saberes no entendimento da dinâmica de vida dos sujeitos. Promovendo, dessa forma, sua prática por meio de discursos com validade universal que não se ocupam da dimensão singular. Não há, então, uma conexão entre a produção das intervenções e a vida cotidiana, ocorrendo apenas espaços de execução prática, em que as demais dimensões aparecem apenas como subordinadas ou secundárias.

Tomamos, no entanto, que a produção das práticas em saúde não pode se ter como referência apenas os elementos patológicos dos sujeitos, ela deve se apoiar na produção de trocas mais amplas que possam enriquecer e nos instruir na superação das perspectivas prescritivas produzidas pela dimensão dos saberes técnico-científicos. Essa forma de atuar evoca um processo de interação entre os conhecimentos técnicos e os encontros produzidos com os sujeitos, uma busca por uma intervenção ampliada, não apenas atribuída ao mero adicionar de núcleos de formação técnica, mas sim uma atitude que considere os diversos saberes e práticas, estando aqui incluídos os saberes que os usuários adquirem de diferentes

⁹Tradução da Figura 1: Quadro 1- Antes de nós começarmos, eu gostaria de perguntar algo.../ Quadro 2- Quais são as suas credenciais? / Quadro 3- Eu Sei sobre tudo! / Quadro 4- Estas são boas credenciais!

formas: “produzidos a partir da vivência e também de distintas fontes, ainda mais num mundo em que a circulação de informações é ampla e quebra muitíssimas barreiras” (FEUERWERKER, 2014, p. 49).

A proposta de construção do atuar em saúde que descrevemos representa um processo que busca impulsionar novas tecnologias de operar o cuidado, tendo como matriz a interação entre tecnologias leves e leve-duras. Nesse sentido, a construção das práticas em saúde se revela como marcada por dimensões que ampliem o processo de troca entre profissionais e usuários na construção dos projetos de intervenção em saúde. Diante disso, temos a emergência da escuta e do diálogo com saberes potencializadores do cuidado.

Ayres (2004) destaca a legitimidade desse construir integrado de novas práticas e saberes:

Quando o cientista e/ou profissional da saúde não pode prescindir da ausculta do que o outro (o paciente ou os grupos populacionais assistidos) deseja como modo de vida e como, para atingir esse fim, pode lançar mão do que está disponível (saberes técnicos inclusive, mas não só, pois há também os saberes populares, as convicções e valores pessoais, a religião etc.), então de fato já não há mais objetos apenas, mas sujeitos e seus objetos. Aí a ação assistencial reveste-se efetivamente do caráter de Cuidado. (AYRES, 2004, p.86)

Mattos (2008) destaca a importância de estabelecermos, em nossas práticas, relações horizontalizadas com os sujeitos na construção de saberes partilhados. Trata-se do estabelecer de outras relações, um desarme do olhar científico armado com seus instrumentos, uma relação que deixa de ser mediada pela desigualdade, do profissional de saúde que sabe sobre as doenças, seus modos de prevenir e tratar o outro como alguém que não sabe, transformando-se num encontro entre profissionais que sabem algo sobre as doenças e pessoas que sabem algo sobre suas vidas e sobre seu sofrimento (muitas vezes, sabem também algo sobre sua doença e até maneiras de tratar...).

É no território das ações de cuidado que essa negociação pode acontecer. Deve ficar claro que essa proposta de organização da construção do cuidado aqui descrita não diz respeito à criação de um novo instrumento ou técnica, ela sinaliza uma necessária retomada das mobilizações afetivas tão presentes nas relações entre sujeitos e que foram deixadas de lado pelos saberes científicos mais formais.

Palombini (2010) fala dessa multiplicidade que, geralmente, compõe os territórios, descrevendo-o como espaço das relações

e não apenas uma área geográfica delimitada, mas as pessoas, instituições, redes e cenários em que se dá a vida comunitária. Território é lugar de vida, de caráter processual, produtor de relações que podem ser tanto identitárias como de diferença, onde têm lugar o conflito e sua negociação. (PALOMBINI, 2010, p. 1)

A proposta de trabalho de integração com o território na construção de práticas em saúde a que nos referimos de integração com o território na construção de práticas em saúde, se apresenta marcada pelo envolvimento com outros saberes e discursos. O desafio encontrado no operar dessa lógica de produção do cuidado em saúde está em propor um trabalho pautado na “arte do reinventar” e no imperativo de constituirmos novas ferramentas na atuação em saúde, algo (com)partilhado, que prima por utilizar de novos recursos e “estratégias também dinâmicas e extremamente sensíveis, capazes de passar dos arranjos rotineiros aos arranjos de risco, para escutar, retraduzir e trabalhar necessidades de saúde” (SILVA JUNIOR, 2007, p. 40).

Franco e Merhy (2007) destacam que os trabalhadores da saúde, ao efetuarem seu trabalho, produzem o mundo no qual estão inseridos e também a si mesmos; no caso do ACS, sua potência se expressa pelo intenso uso das tecnologias leves, nos saberes e práticas advindos de suas experiências e vivências com a comunidade:

Os sujeitos que trabalham na saúde o fazem a partir de uma intervenção que tem por base registros da sua singularidade, que diz respeito ao modo específico de estar no mundo, que o movimenta para produzir o cuidado de certa forma e não de outra. (FRANCO E MERHY, 2007, p.6).

Essa proposta de pensar o trabalho em saúde tem por objetivo superar a fragmentação dos conhecimentos e promover um trabalho que possa produzir efeitos significativos na saúde da população, tendo como diretriz uma discussão sobre os determinantes sociais implicados em seu adoecimento e nas questões relacionadas ao compromisso de construção de um projeto de cuidado coletivo.

Nesse contexto, entra em cena o agente de saúde como sujeito que apresenta como eixo organizador de seu trabalho, saberes e práticas advindos de suas experiências e vivências com a comunidade, além dos saberes técnico-científicos apreendidos em seu cotidiano de trabalho como profissional de saúde.

2.1 O ACS E O SABERES DO TERRITÓRIO

Na trama do trabalho da ESF, o ACS aparece como potente ativador de redes de cuidado por transitarem entre o saberes técnico-científicos e a dimensão do cotidiano de trabalho e vida dos sujeitos. O ACS, em sua relação com o território, não apenas representa “um outro” dentre as categorias de profissionais que existem no interior da unidade de saúde. Isto é, sua inserção como morador e trabalhador da saúde lhe habilita um outro campo de visibilidade das relações e dinâmicas do território, um terreno propício para a construção dos projetos de cuidado que possam reconhecer o sujeito como portadores de ideias e pensamentos sobre seu adoecimento e sobre sua saúde.

Silva e Dalmaso (2002) identificam dois componentes ou dimensões principais na proposta de atuação do ACS:

(...) um mais estritamente técnico, relacionado ao atendimento aos indivíduos e famílias, a intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos, e outro mais político, porém não apenas de solidariedade à população, da inserção da saúde no contexto geral de vida, mas, também, no sentido de organização da comunidade, de transformação dessas condições (SILVA E DALMASO, 2002, p. 77).

Bornstein (2007, p.13) destaca que o ACS se diferencia dos demais trabalhadores da equipe por ter “o maior conhecimento empírico da área onde atua: a dinâmica social, os valores, as formas de organização e o conhecimento que circula entre os moradores”. Nunes et al (2002, p. 1640) definem que o ACS apresenta um caráter híbrido e polifônico por sua dupla relação com o território, morador e profissional de saúde marcado por uma complexa trama de relações que atravessam o profissional:

(...) pode-se dizer que o fato de ser o ACS uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, e ser formado a partir de referenciais biomédicos, faz deste um ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas.

Nogueira et al. (2000, p. 10), apresentam com grande clareza o papel de mediação a ser desempenhado pelo ACS, sendo considerado

um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado.

Ainda sobre a interlocução entre saberes, Campos e Matta (2007, p.147) destacam a missão de articulador a ser realizada pelo ACS entre a comunidade e a unidade básica de saúde, processo que evoca dos sujeitos, a aproximação com os fluxos existentes no território,

um conhecimento cotidiano na busca de valorizar, incorporar e respeitar saberes e culturas populares locais, interagindo com a comunidade de forma solidária, evocando aspectos da interação social, das relações humanas, estimulando a participação social e a cidadania, ao mesmo tempo em que assume o compromisso de buscar integrar os conhecimentos técnicos oriundos do saber científico.

O ACS desponta como sujeito que, por sua relação com o território, pode “corromper” os protocolos clínicos com novos saberes que advém de seu trabalho de acompanhamento das famílias, algo que permite produzir a conexão necessária para a produção do cuidado em saúde. Lancetti (2006, p.94) destaca a representação do ACS e sua intensa relação com o território:

(...) vivem na alma da periferia e são por definição paradoxais. Eles são membros ao mesmo tempo da comunidade e da organização sanitária (...). Elas e eles são o dedo do Estado na comunidade, entram nos territórios onde somente a Rede Globo consegue entrar. Educam, promovem a tolerância e infinitos empreendimentos coletivos (LANCETTI, 2006, p.94)

Kebian e Acioli (2014) destacam que o saber que o ACS possui por vivenciar a comunidade possibilita com que suas orientações sejam coerentes com a realidade da população, elemento este que tende a favorecer, assim, seu entendimento e sua valorização pelos sujeitos que habitam o território.

Além disso, essa interação com o território permite ao ACS caracterizar e produzir como efeito de seu trabalho, um mapeamento de sua área e produzir um perfil da população e de suas necessidades. Esse reconhecimento dos espaços e dos sujeitos permite aos serviços atuar com melhor ajuste para produção do cuidado. Temos ainda outro campo de

conhecimento que se torna acessível, principalmente ao ACS: o reconhecimento dos movimentos que os sujeitos realizam para a busca de soluções de suas necessidades. Esse trabalho deve ter como intencionalidade a desconstrução de modelos pré-concebidos de saúde, projetando novas perspectivas à construção da atuação centrada nas demandas de saúde advindas dos usuários inseridos em um território vivo.

O agente de saúde por sua vivência nos espaços, reconhece as dificuldades e os limites a que está submetida a população, o que lhe permite instrumentalizar as discussões e potencializar o trabalho considerando os determinantes sociais da saúde. Sendo assim, sua proximidade com as famílias lhe permite entender os seus modos de vida e estabelecer uma conexão entre o contexto social, político, econômico e cultural na produção do cuidado. Falamos de uma relação marcada por uma intencionalidade da realização de um encontro com os sujeitos, do partilhar de experiências e saberes na busca por soluções criativas para as necessidades ali presentes.

O ACS desenvolve em seu trabalho, uma ação de compromisso com o mundo à sua volta, promovendo, assim, o agenciar de novos fluxos que estejam implicados com a dimensão cuidadora. Temos, portanto, a definição de uma prática assistencial que visa explorar a capacidade de construirmos atos em saúde a partir de cada realidade específica e das necessidades dos sujeitos.

Trata-se de uma sabedoria que não cria produtos, não gera procedimentos sistemáticos e transmissíveis, não cria universais, posto que só cabe no momento mesmo em que os seus juízos se fazem necessários. (AYRES, 2004, p.86)

Temos aqui um necessário apontamento para uma mudança na forma de olhar o sofrimento humano. Falamos da organização de um enriquecido artefato tecnológico que esteja implicado com projetos de cuidado dos sujeitos e dos coletivos. Nesse caso, vemos que o compromisso de construção desse núcleo cuidador necessita que se estabeleça um espaço que possa explorar a cooperação entre os diversos saberes e o partilhar dos processos decisórios.

Destacamos que a riqueza existente no campo de trabalho do ACS cria, por sua experiência em território, a possibilidade de “contaminar” as discussões e, com isso, imprimir novos ritmos nos projetos de cuidado, uma leitura capaz de redirecionar as práticas desenvolvidas, restituindo como foco da discussão o sujeito e suas necessidades.

Contudo, destacamos que não devemos colocar na figura do ACS o lugar de salvador da população, alguém que irá eliminar todas as mazelas com seu trabalho. Para Tomaz (2002), existe um risco de indiretamente instituímos no ACS a missão de solucionar todas as necessidades das famílias de sua micro área.

Na prática, a consolidação do SUS depende de um conjunto de fatores técnicos, políticos, sociais e o envolvimento de diferentes atores, incluindo os próprios ACS, que, sem dúvida, têm um papel fundamental. Na realidade, o ACS precisa incorporar-se de fato ao sistema de saúde, fazer parte efetivamente das equipes de saúde da família, deve participar das diferentes ações, na dimensão técnico assistencial ou político-social” (TOMAZ, 2002, p. 85-86)

Entretanto, essa aproximação deve ser trabalhada com grande atenção sob o risco de atuarmos sobre bandeiras de “reformadores” ou “libertadores dos maus hábitos”, incorrendo em práticas de vigilância que nada se aproximam da proposta de trabalho teoricamente desenhada para a ESF.

A proposta de integrar novos saberes nas relações de cuidado se apresenta articulada à perspectiva de sermos produtores de novas redes de cuidado e não apenas reprodutores de modelos de cuidado dominadores e doutrinadores dos comportamentos dos sujeitos e dos territórios. Como desafio, desponta a proposta de estabelecermos formas de cuidado mais negociadas e horizontalizadas, o que depende diretamente de um processo de intenso diálogo e na aposta de construirmos bons encontros com os usuários. Ferreira et al (2009), em sua pesquisa sobre o processo de trabalho do ACS, considera que a sua inserção no território tende a aumentar sua “potência de agir” nesta direção, algo produzido a partir das relações, experiências e vivências construídas no cotidiano de vida e trabalho estabelecendo laços afetivos de solidariedade, de compromisso, de responsabilidade, de confiança, de cumplicidade entre as famílias e o agente de saúde.

Temos tratado, como noção principal para o trabalho em saúde, a ideia da constituição de um projeto de vida que considere o conceito amplo de saúde, como resultante das condições de vida dos sujeitos, um modo de produção do trabalho que opera sob outra estrutura de relações entre os sujeitos.

Conforme descreve Gomes (2010), a produção do cuidado na organização dos serviços de saúde ainda se apresenta como um desafio pelo limite da lógica biomédica que assume como matriz de trabalho o estudo de cada parte do corpo; sendo que o centro das atenções está na doença e não na vida em si. O autor ainda destaca que, para a construção de outra lógica de

atuação, seria necessário que o profissional produzisse mediações com elementos da realidade dos sujeitos e, a partir desse contato com as situações complexas, projetar sua atuação.

Ao considerarmos a aplicação dessa perspectiva como domínio de trabalho da ESF, somos levados a assumir como direção relações de cuidado que não estejam apenas expressas pelo uso de evidências científicas. A mudança nesta perspectiva de trabalho depende do incorporar de alternativas que incluem o estabelecimento de vínculos, a responsabilização pelo usuário, o acolhimento e a escuta. Vislumbra-se que a atuação do ACS, a partir de sua aproximação com o território, permite estabelecer um campo de investimento relacional que os instrumentaliza com elementos que estão presentes nas vidas dos sujeitos, na construção de uma leitura crítica sobre os espaços na busca por projetos de cuidado que visem problematizar a realidade, operando, assim, um espaço de discussão que não tenha como eixo principal uma clínica individualista, que atua apenas restrita em diagnósticos, que culpabiliza e responsabiliza os sujeitos por seu adoecimento.

Dessa forma, o ACS passa a agregar um componente histórico e relacional – os saberes do território –, que atua conectando o trabalho em saúde com as diferentes condições objetivas de vida dos grupos sociais. Seu trabalho assume um importante lugar no desenvolvimento da autonomia individual, na formação do vínculo e no fortalecimento das propostas de cuidado dos sujeitos. Tal proposição visa também colocar em discussão a relação entre problemas de saúde e seus determinantes sociais como parte de uma agenda de lutas por melhores condições de vida para os sujeitos. Essa proposta se ocupa em discutir os saberes do território como ponto fundamental para o enriquecimento das ferramentas do trabalho em saúde.

Percebemos que a proposta de trabalho do ACS no território se estabelece sob duas importantes dimensões, uma técnica e outra política. Essas duas dimensões estão ligadas ao desafio da reconstrução em curso das práticas de saúde, tendo, como centro, o debate sobre a importância de se conhecer o território, suas fragilidades e proporcionar uma reflexão sobre o cuidado que temos ofertado.

Representado como um personagem de caráter híbrido (trabalhador e usuário), o ACS desponta como sujeito capaz de propor, por seu vínculo com o território, novas ações e realizar novas dinâmicas nas propostas do cuidado em saúde. A aproximação com o território e suas dimensões e afetos possibilita o realizar de novas leituras, um ressignificar de processos aprisionados em protocolos clínicos, demandando de todos os profissionais uma leitura crítica, uma inquietude pelo caso, um olhar mais interessado, uma escuta mais cuidadosa (FEUERWERKER, 2014).

2.2 A PRÁTICA DO ACS NA ESF

Na construção do cotidiano de prática do ACS, consideramos dois cenários como especialmente importantes para a formulação de propostas de cuidado que possam valorizar a rede de conhecimentos advindos da vivência deste como trabalhador e como sujeito, que temos denominado de saberes do território – a reunião de equipe e a visita domiciliar. O primeiro por ser um espaço crucial para a organização e o planejamento de ações que visem a construção de um cuidado pautado nas necessidades dos territórios; um espaço onde o ACS tem (ou deveria ter) garantida a sua possibilidade de trazer para a cena um olhar cuja lógica destoa do tradicionalmente construído pelas diferentes áreas profissionais da saúde. O segundo por ser um espaço de intervenção direta no cuidado das famílias em domicílio e por seu caráter fundamental para produção de informações sobre os principais problemas de saúde do território.

2.2.1 Visita Domiciliar: quando a saúde entra pela sua porta

A VD aparece descrita em documentos produzidos pelo Ministério da Saúde como elemento fundamental para construção das práticas em território, no trabalho da ESF, representando uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, de fundamental importância no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade (CUNHA E GAMA, 2012). Sua dimensão de trabalho visa conhecer os domicílios, os sujeitos que ali habitam, identificando suas características e se aproximando de suas dinâmicas de vida.

A VD é descrita como função primordial do ACS e reconhecida como espaço de construção de relações com os sujeitos que se inicia com o cadastramento e se perpetua na realização do acompanhamento das famílias. A relação estabelecida na visita domiciliar permite o constituir de novos projetos de cuidado diretamente articuladas à dinâmica do espaço e da interação com determinados códigos, crenças e com a própria história dos sujeitos que ali habitam.

Conforme afirma Kebian e Acioli (2014), a visita domiciliar permite ao ACS acessar o contexto social e identificar as necessidades de saúde das famílias, aproximando-o dos elementos para a construção de um diagnóstico familiar e coletivo e possibilitando maior conhecimento dos determinantes sociais da saúde.

É importante ressaltar aqui que entendemos que os processos descritos acima não se produzem apenas a partir de interações restritas ao espaço do domicílio. Eles incluem também diálogos no trajeto das visitas e encontros com os sujeitos durante o caminhar pelo território ou nos espaços comunitários por onde o ACS circula.

No reconhecimento destes outros espaços como parte das visitas domiciliares, buscamos definir a VD como atividade que busca uma compreensão dos movimentos de vida dos sujeitos, apreendidos por meio das diferentes interações com este no cotidiano da vida.

É neste sentido que a visita se torna importante instrumento para o trabalho da ESF. Ela permite uma percepção *in loco* da realidade das famílias, possibilitando ao ACS identificar fatores ligados aos processos de adoecimento dos sujeitos e ainda propicia espaços variados de encontro e cuidado no território. Este cenário permite ao ACS trabalhar a partir de sua vivência com os usuários e mediante à perspectiva da educação em saúde. (AZEREDO ET AL. 2007)

Bornstein (2009) destaca que o fato de o agente de saúde visitar os moradores da comunidade em suas casas e ouvir relatos ou atuar sobre fatos que, muitas vezes, não são específicos à área da saúde estende seu papel de mediação a distintas esferas de organização da vida social. Entretanto, a autora destaca que a entrada dos ACS no domicílio dos sujeitos também pode assumir um comportamento com particularidades dominadoras, dificultando a troca entre os sujeitos e impedindo uma aproximação real e a discussão conjunta de suas necessidades.

Lacerda (2010) destaca que a visita domiciliar constitui um espaço de encontro diferenciado, sendo possível nele conhecer mais profundamente a realidade das famílias e suas condições de vida, permitindo estabelecer seu trabalho a partir dessa leitura. A autora ainda destaca a visita como ferramenta para o fortalecimento dos vínculos entre os ACS e os sujeitos, tendo em vista que a maior parte de suas atividades está diretamente ligada à circulação pelos espaços do território.

O que se quer ressaltar é a perspectiva existente na VD em compor diálogos com os sujeitos e aproximar as discussões do campo da saúde do cotidiano, oportunizando assim, um reconhecimento por parte das equipes de saúde das necessidades existentes no território e, a partir daí, efetivar a produção de suas práticas.

Nesse trabalho, ainda se encontra inscrito o monitoramento das doenças mais prevalentes e acompanhamento das famílias. A aproximação com os sujeitos possibilitada pela VD habilita o conhecer os sujeitos e suas rotinas de vida, apresentando como privilégio, uma série de informações por vezes inacessíveis de outra maneira.

2.2.2 Reunião de equipe e a discussão de caso como proposta construção do cuidado

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2012, a participação na reunião de equipe aparece descrita como atribuição comum a todos os profissionais. Tal espaço é explicitado como momento para discussão em conjunto do planejamento e avaliação das ações da equipe a partir da utilização dos dados disponíveis.

Para Furlan (2008), a reunião de equipe se apresenta como espaço grupal com características singulares, capaz de potencializar e/ou limitar a capacidade de análise e atuação dos profissionais. Ela se constitui num dispositivo importante que pode apenas reproduzir o modelo hegemônico, mas pode também favorecer o questionamento dos papéis instituídos, dos poderes, das dinâmicas de funcionamento e propiciar a potência de agir e as iniciativas dos sujeitos. O espaço em equipe pode, assim, apresentar importante papel na transformação do modelo de atenção por meio do planejamento de ações que estejam implicadas com um projeto que legitime a produção do cuidado integral.

Em consonância com o descrito acima, compreendemos que o trabalho em saúde não apenas corresponde à uma resposta técnica a determinado evento de adoecimento dos sujeitos; o trabalho em saúde deve estar estruturado num conhecimento dos cenários de vida dos sujeitos e atuar em conjunto, tendo como foco o sujeito, seja por meio de ações individuais ou coletivas. Essa aposta incide sobre a construção de um modelo de cuidado que visa investir em práticas que integrem as dimensões do cotidiano, da família e do seu meio social, tratando-os como elementos cruciais para as ações em saúde.

A participação do ACS nas reuniões de equipe e nas discussões de caso insere um componente diferente nos debates clínicos. Sua inserção como morador e profissional de maior interação com o território, como discutido acima, habilita-o a olhar as questões a partir de diferentes elementos do cotidiano dos usuários, o que se torna de grande importância no debate das ações e no planejamento do trabalho em saúde. A reunião de equipe se destaca como espaço de discussão e organização das demandas da comunidade. De modo geral, é o ACS que traz a demanda de sua micro área para a equipe, uma vez que ele permanece maior período em diálogo com os sujeitos por meio da visita domiciliar. (KEBIAN, 2011)

Como temos descrito, a dinâmica de inserção do ACS no serviço se constitui de outra forma, se comparada aos demais profissionais da equipe, por sua vivência direta como morador/profissional. Essa vivência, que favorece a construção de conhecimentos que temos denominado como saberes do território, se incorporada às discussões dos projetos de trabalho,

possibilita um enriquecimento da dimensão da produção do cuidado para além da lógica biomédica.

Macerata (2015) apresenta a reunião de equipe como um espaço de aprimoramento das práticas por meio da discussão de casos entre os profissionais, dirigido a tornar “o serviço sensível às diversidades e complexidades dos usuários desde a porta de entrada até o atendimento. Seu objetivo é criar possibilidades de acompanhamento das avaliações que permitam o serviço repensar suas práticas” (MACERATA, 2015, p.224). A discussão de casos em equipe oportuniza a problematização e a construção de estratégias de intervenção a partir do lugar de cada profissional e da necessidade do caso.

A reunião de equipe passa a se qualificar como um dispositivo de estruturação, organização, troca de saberes entre os profissionais, estabelecimento de diretrizes e espaço de reflexão para organização dos projetos de cuidado. Ou seja, as discussões de casos ocorridas dentro da reunião de equipe visam ampliar o debate e desenvolver estratégias capazes lidar com o desafio de termos atitudes e práticas que efetivamente levem em consideração as necessidades dos sujeitos. Para tanto, os saberes do território trazidos pelo ACS ganham relevância na possibilidade de articular-se os saberes técnico-científicos em discussões que resultem em atitudes que visem a produção de formas de cuidado menos verticalizadas e normativas.

O que se pretendia, com este movimento, é possibilitar a incorporação, nos projetos de planejamento da equipe e nas ações de saúde, de outros sentidos e elementos que estão disponíveis pela vivência e interação cotidianas do ACS com os sujeitos.

Assim sendo, a discussão dos casos na reunião de equipe pode se constituir como uma ferramenta capaz de promover a valorização dos saberes do território e a superação de um certo determinismo do processo saúde-doença instituído pelo modelo de atenção biomédica.

3 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Visando nos aproximar mais em relação à temática do trabalho do ACS e da interlocução entre os saberes técnico-científicos e do território, este estudo foi desenvolvido em três momentos: revisão bibliográfica, levantamento e análise documental e realização de grupos focais com ACS de três equipes de Saúde da Família da unidade pesquisada.

O critério para escolha da unidade de saúde como campo de pesquisa foi determinado pela vivência anterior do pesquisador enquanto membro da equipe NASF Fazenda Botafogo¹⁰ ligado a esta unidade, elemento considerado facilitador na compreensão das experiências e da dinâmica de trabalho dos participantes.

A escolha pelo modelo de pesquisa qualitativo justifica-se por sua capacidade de produzir “investigações sobre objetos que não podem ser conhecidos e aprofundados somente pela experimentação e quantificação” (OLIVEIRA, 2002, p. 11).

A revisão bibliográfica envolveu a busca por produções científicas e documentos que versassem sobre temas relacionados ao desenvolvimento do cuidado em território pelo ACS tendo como descritores: território, saberes e racionalidade técnico-científica. O material encontrado foi utilizado na construção sobre referencial teórico e de análise sobre o trabalho do ACS.

Como etapa seguinte, foi realizada uma análise documental compreendendo: atas de reuniões das três equipes do CMS Portus Quitanda Tom Jobim entre janeiro a julho de 2016 e os registros de trabalho de interlocuções entre o pesquisador e os ACS das três equipes neste mesmo período. A escolha desse período teve como motivador dois critérios: maior número de reuniões¹¹ nos limites de prazo trazidos pelo mestrado e o período com presença de todos os profissionais.

A análise do material das reuniões de equipe seguiu um processo de imersão do pesquisador procurando interrogar a inserção do ACS e que tipo de intervenção ele tem produzido neste espaço, buscando entender como se dá a interlocução entre os saberes técnico-científicos e os saberes do território trazidos por ele. A escolha desse material tem sua relevância por possibilitar uma aproximação com as discussões produzidas pela equipe e a partir dela, compreender como tem sido estruturado o trabalho cotidiano do ACS. Além disso,

¹⁰Que atualmente atua nas unidades Centro Municipal de Saúde(CMS) Portus Quitanda, CMS Fazenda Botafogo e Clínica da Família Maestro Celestino

¹¹Equipe Portus= 18 reuniões; Equipe Quitanda = 15 reuniões; Equipe Tom Jobim 14 reuniões.

esta análise possibilitou contextualizar o cenário da pesquisa, descrevendo com maior clareza os atravessamentos subjetivos e organizativos existentes no trabalho do ACS.

A etapa dos grupos focais foi realizada com três equipes de saúde na unidade CMS Portus Quitanda Tom Jobim, localizada na área programática 3.3 no Município do Rio de Janeiro, caracterizando-se como uma pesquisa de cunho qualitativo.

A escolha pela abordagem do grupo focal se assenta por constituir uma ferramenta capaz de captar a expressão dos diversos sujeitos. Compreendemos grupo focal como:

Uma técnica de pesquisa na qual o Pesquisador reúne, num mesmo local e durante certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate entre eles, informações acerca de um tema específico (NETO ET AL., 2001 apud FONSECA, 2006 p. 54)

Damico (2006), destaca a importância do grupo focal enquanto uma estratégia para

a obtenção de dados sobre questões específicas de interesse do pesquisador, a partir de discussões onde os/as participantes podem expressar, nos seus próprios termos, experiências, pontos de vista, crenças, valores, atitudes e representações. (DAMICO, 2006, p. 41)

A escolha por essa técnica encontra base na sua possibilidade de mobilizar dados que possam expressar o ponto de vista de determinados participantes, assim como suas percepções e reflexões sobre determinado conteúdo proposto.

Como foco de análise do trabalho do ACS, elencamos dois momentos: a visita domiciliar e a discussão de caso na reunião de equipe. A escolha desses temas foi no intuito de ilustrar de forma mais próxima momentos do processo de trabalho do ACS que consideramos como potentes para a produção do cuidado ampliado em saúde. A escolha dos participantes seguiu os seguintes critérios: a) tempo de atuação superior há dois anos na ESF; b) participação do mínimo de duas ACS de cada uma das equipes em cada grupo realizado; c) profissional sensibilizado que tenha aceito participar da pesquisa.

Foram realizados dois grupos focais com a participação de seis a nove ACS pertencentes às três equipes de saúde da família do CMS Portus Quitanda Tom Jobim. Os dois grupos contaram com a participação dos mesmos sujeitos com vistas a permitir uma exploração mais fluída de diferentes momentos do trabalho do ACS.

O roteiro de discussão dos grupos (APENDICE 1) apresenta dois temas a Visita Domiciliar e a Discussão de caso na reunião de equipe, tendo como eixo, o processo de interlocução entre os saberes técnico-científicos e os saberes do território pelo ACS na produção de seu trabalho.

Com relação ao perfil dos participantes dos grupos focais, todos residem na localidade há mais de dez anos, sendo que três ACS residem desde seu nascimento no território de cobertura da unidade e nenhum deles possui qualquer formação técnica específica para exercício do seu trabalho, tendo como elemento formativo apenas a participação em capacitações periódicas definidas pela SMS (Secretária Municipal de Saúde) e pela CAP (Coordenação da Área Programática) 3.3.

O local da entrevista foi escolhido de acordo com a disponibilidade de espaço do serviço, sendo utilizado a sala de reunião da unidade. Uma vez realizado o Grupo Focal, os registros foram gravados em meio digital e foram transcritos pelo pesquisador. Os ACS participantes foram nomeados com números arábicos, a escolha do autor, em uma contagem crescente, buscando respeitar o critério de anonimato da pesquisa.

O trabalho proposto não tem por intenção propor uma extensa análise do tema do trabalho do ACS, temos como objetivo levantar questões que consideramos pertinentes sobre a prática desse trabalhador como interlocutor entre os saberes técnico-científicos e os saberes do território. Como já descrito anteriormente, a proposta deste trabalho visa favorecer a ampliação do debate sobre o tema a partir da realidade pesquisada, considerando seu cenário e as experiências de trabalho vividas em conjunto com a equipe no cotidiano de trabalho.

Todos os ACS aceitaram participar livremente da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disposto em APÊNDICE B, conforme consta na Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b).

3.1 O CENÁRIO DA ATENÇÃO À SAÚDE EM DISCUSSÃO

A trajetória da ESF no Município do Rio de Janeiro apresenta importância, tendo em vista o investimento realizado nos últimos anos. No ano de 2008, a cobertura populacional do Saúde da Família no Rio de Janeiro era de 3,5 %, sendo uma das menores coberturas de ESF do país. Em 2009, uma nova gestão municipal estabelece como uma de suas prioridades, no Plano Municipal de Saúde (PMS) 2010-2013, “ampliar a cobertura assistencial dos programas de atenção básica a partir de uma nova estratégia de Saúde da Família e da garantia de acesso à atenção primária” (PMS, 2009, p. 108).

O foco do PMS era proporcionar o aumento da cobertura da ESF para 55% da população. Nesse sentido, foi realizada uma escolha pelo modelo de Parceria Público-Privada, sob a justificativa de que era necessário dar agilidade e flexibilidade à uma gestão considerada morosa e pouco eficiente dos serviços públicos.

Para tal, foi regulamentada a Lei Municipal/RJ nº 5.026, de 19 de maio de 2009, que instituiu o modelo de gestão por meio das Organizações Sociais de Saúde¹² (OSS), habilitando-as a realizar a administração e a execução financeira, incluindo compra de materiais e contratação de profissionais sob o Regime Jurídico CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas). O processo de gerenciamento dos serviços passa a ser mediado por um documento denominado “Contrato de Gestão” que regulamenta o cumprimento de indicadores de desempenho e tem duração de dois anos com possibilidade de renovação por período igual.

A unidade CMS Portus Quitanda foi inaugurada em 26/02/2007, como unidade de Saúde da Família com quantitativo de três equipes que permanece até o momento, e é localizada no subúrbio carioca no bairro de Costa Barros, na área programática de saúde 3.3¹³. Segundo o Instituto Pereira Passos (IPP), o bairro de Costa Barros apresenta o segundo menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade do Rio de Janeiro.

O território de cobertura da unidade apresenta grande heterogeneidade, coexistindo dentro da mesma localidade terrenos e domicílios com infraestrutura precarizada (próximos a ribanceiras ou ainda com estrutura de materiais como tapumes), com saneamento inadequado e sem pavimentação; e casas de melhor padrão socioeconômico feitas de alvenaria e em ruas asfaltadas. Essa descrição serve para representar o território híbrido e desafiador e suas diferentes “realidades” que impõem a tarefa de compor distintas estratégias de cuidado.

Atualmente com uma população de 12.313 cadastrados¹⁴, o CMS Portus Quitanda Tom Jobim possui três equipes: “Portus”, “Quitanda” e “Tom Jobim”. Os profissionais que compõem cada equipe são: 1 ou 2 médico(s) (1 profissional de 40 horas ou 2 profissionais de 20 horas), 1 profissional de enfermagem, 1 técnico de enfermagem e 7 agentes comunitários

¹²As OSs foram regulamentadas na forma da Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998 atuando através de um “contrato de gestão com o Estado” na condução da “coisa pública”. São consideradas instrumento de viabilização e implementação de políticas públicas - entidades de —direito privado “sem fins lucrativos”, assumindo a gestão do patrimônio (instalações/equipamentos), pessoal e recursos orçamentários. O processo de implantação destas equipes regidas por uma Organizações Sociais de Saúde sustenta-se nas seguintes argumentações: a redução da administração direta do Estado, uma melhoria dos serviços prestados, aumento das responsabilidades para os dirigentes dos serviços, aumento da eficiência e da qualidade dos serviços, melhor atendimento e redução dos custos (REZENDE, 2007)

¹³Essa área programática também abrange os bairros de Acari, Anchieta, Barros Filho, Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcanti, Coelho Neto, Colégio, Engenheiro Leal, Guadalupe, Honório Gurgel, Irajá, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Pavuna, Quintino Bocaiúva, Ricardo de Albuquerque, Rocha Miranda, Turiaçu, Vaz Lobo, Vicente de Carvalho, Vila Cosmos, Vila da Penha, Vista Alegre e Parque Anchieta.

¹⁴Plataforma da SUBPAV em Abril de 2016

de saúde, além de uma equipe de saúde bucal que assiste as três equipes da unidade¹⁵ e um Agente de Vigilância em Saúde para cada equipe de Saúde da Família. A AP 3.3 encontra-se hoje com contrato firmado com a OSS VivaRio.

A unidade de saúde apresenta uma estrutura de três consultórios, uma sala de procedimentos, uma farmácia, uma sala da administração, uma sala de agentes comunitários e uma sala onde são realizadas as atividades do projeto de Jiu-Jítsu denominado “saúde veste Kimono”. Além disso, tem dois banheiros mistos, usados por usuários e profissionais. A unidade possui uma estrutura fora dos padrões descritos como mínimos segundo a carteira de serviços do município do Rio de Janeiro¹⁶, não existindo em sua estrutura os itens obrigatórios: consultório odontológico, sala de curativo¹⁷, sala de esterilização e sala de observação. Essa estrutura reduzida compromete alguns planejamentos e ações de saúde.

Entretanto, a unidade apresenta um diferencial: o projeto “saúde veste Kimono”, mencionado anteriormente. Ele oferece aulas de Jiu-Jítsu para crianças e jovens moradores da área em um espaço próprio dentro da unidade de saúde. Esse diferencial em relação ao “padrão” das demais unidades possibilita um campo novo de integração com o território e com os sujeitos. A sala onde ocorrem as aulas por vezes é usada como espaço para reuniões, devido à falta de grandes espaços na unidade que possibilite o aglomerar de grande parte da equipe de profissionais.

Destacamos como elemento importante na descrição do cenário durante o trajeto da pesquisa, as mudanças frequentes ocorridas na composição dos profissionais de nível superior, desenhando importantes interrupções nos projetos de cuidado. Foi possível observar este fato durante a pesquisa, testemunhando o rompimento de vínculos existentes entre profissionais e usuários e a interrupção do planejamento de estratégias de cuidado.

Enfim, ao fazermos uma apresentação do território e da unidade, vemos como é necessário discutir também um atravessador de grande importância nos últimos anos: a violência. Considerando a interferência da violência no processo de trabalho das equipes de saúde, a unidade funciona com a estratégia Acesso Mais Seguro¹⁸ desenvolvida pelo Comitê

¹⁵Por falta de espaço para instalação do consultório de saúde bucal, os atendimentos são realizados no CMS Silvio Braunner, por equipe vinculada ao CMS Portus Quitanda.

¹⁶Segundo a descrição feita no próprio documento produzido pela SMSDC a carteira de serviço tem por objetivo nortear as ações de saúde na atenção primária oferecidas à população no Município do Rio de Janeiro. (SMSDC,2011)

¹⁷A realização de curativo dos cadastrados das equipes do CMS Portus Quitanda Tom Jobim é feita nas unidades CMS Nascimento Gurgel e CMS Silvio Braunner.

¹⁸Constitui um conjunto de ações e medidas que identifica os riscos a que população e profissionais estão expostos e estabelece procedimentos que previnam os incidentes de segurança. É realizada uma classificação de risco em cada turno ou de acordo com as informações que chegam até a unidade, a partir desse conjunto de

Internacional da Cruz Vermelha (CICV) em parceria com a Secretária de Saúde do Município do Rio de Janeiro. Essa estratégia funciona a partir da adoção de um protocolo de segurança de acordo com avaliação da “situação do território”, feita por uma comissão constituída por profissionais de diversas categorias pertencentes ao quadro da unidade de saúde.

Entretanto, essa estratégia não diminui os efeitos promovidos pela violência nas famílias e no próprio processo de trabalho da unidade. Inúmeras são as situações que se apresentam na unidade em que a violência se afigura como elemento importante no seu agravamento, temos como exemplos: os diversos episódios de demandas de cuidado devido a crises hipertensivas ou ainda relatos de crises de insônia por conta da vivência constante de situações de conflito ocorridas no território, elemento que pretendemos abordar mais à frente em nossas análises.

3.2 UM PRIMEIRO PANORAMA SOBRE O CAMPO

Sobre as atas de reunião:

O levantamento das atas de reunião não foi difícil, os serviços garantiram o acesso a elas sem problemas. Elas estavam organizadas e datadas e não havia nenhuma faltando. Entretanto, como o registro das discussões feito nas atas é pobre, não pudemos ampliar muito nossas análises a partir delas. Nossa análise se concentrou nos enunciados inscritos nelas, sendo sua utilização limitada pelos elementos anteriormente citados.

Vale dizer, entretanto, que, ao realizarmos uma observação das atas das reuniões, foi possível notar que uma temática comum orbita entre todas as equipes: a organização do processo de trabalho. Os itens mais frequentes nas discussões em equipe se encontram restritos aos grupos prioritários de saúde a serem trabalhados pela ESF como cuidado do hipertenso, diabético, a prevenção do câncer de colo de útero e mama, o calendário vacinal de crianças de 0 a 2 anos e gestantes.

O perfil encontrado nas atas de reuniões é similar ao descrito por Gomes (2010), marcado por um processo de organização trabalho, muitas vezes centrado apenas na consolidação de planilhas para alimentar os bancos de dados dos sistemas oficiais de

informação em saúde ou na discussão de aspectos burocráticos desarticulados da gestão do cuidado.

Centrando-se nos objetivos desta pesquisa, iremos mais à frente aprofundar os resultados encontrados nas atas de reuniões, relacionando-as às discussões produzidas nos grupos focais, considerando explorar a questão das discussões em equipe e das práticas desenvolvidas a partir destas. A partir dessas questões, pretendemos explorar a questão da integração dos saberes do território e dos saberes técnico-científicos na produção do cuidado.

Sobre os grupos focais:

No que concerne à realização dos grupos, houve diversos atravessamentos importantes no seu percurso, alguns deles descritos pelos próprios sujeitos da pesquisa como elementos que também produzem forte influência em seu cotidiano de trabalho, como a questão da estrutura da unidade e a violência no território. Foi realizada uma reunião com os ACS para apresentação da pesquisa e acordado a participação de 15 deles. Neste momento, foram agendadas as datas dos encontros para os grupos em outubro de 2016. Entretanto, por conta de ocorrências de violência no território, nas datas anteriormente descritas, foi necessário o cancelamento e reagendamento para datas em novembro de 2016, período de férias de três dos ACS convidados.

Como era de se esperar, quase todos os ACS que participaram da pesquisa eram mulheres, tendo apenas um homem no grupo. A média de idade do grupo é superior a 30 anos, e nenhum dos participantes tinha experiência na área da saúde antes de trabalhar como ACS.

Foi relatado como principal motivador para o ingresso na ESF a facilidade de trabalhar próximo à suas residências e poder acompanhar a rotina de seus filhos.

(...) pra mim, foi muito bom trabalhar no meu território. Além disso, poder ficar perto dos meus filhos também (...) essa foi a prioridade quando vim trabalhar aqui, mas depois acaba conhecendo nosso território (A3)

Para poder acompanhar o crescimento dos meus filhos e estar próximo de casa (A4)

Na produção de uma primeira descrição sobre os discursos produzidos na etapa dos grupos focais, destacamos que algumas questões promoveram discordância e outras promoveram uma afirmação coletiva sobre as práticas entre os participantes. No que se refere aos grupos focais a respeito da VD, os ACS apresentaram uma descrição sobre o trabalho,

com ênfase na importância do acompanhamento dos sujeitos em seu cotidiano de vida e descrição das dificuldades para realização do trabalho. O grupo sobre a discussão de caso se desenvolveu com maior dificuldade, sem oportunizar discussões sobre a produção do cuidado e o planejamento em equipe a partir da discussão de caso.

A apresentação e a análise dos dados da pesquisa serão feitas no capítulo que segue, com pontos de vista, análise e reflexões dos discursos apreendidos nos grupos, além de considerações do pesquisador.

4 A VISITA DOMICILIAR E A INTEGRAÇÃO DOS SABERES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

Na trajetória da construção teórica sobre o trabalho do ACS, apontamos a ampliação da noção do que estamos denominando como VD, algo que se expressaria por um contato com os usuários que não obrigatoriamente é realizado apenas no domicílio, mas que tem neste um ponto importante, produzindo uma dinâmica de atuar no território e pela interação nos diversos espaços deste. Assim, a partir da interlocução dos saberes técnico-científicos e do território, pode-se estabelecer práticas mais potentes e direcionadas para as demandas de necessidades dos sujeitos.

A visita domiciliar é descrita pelos ACS como uma ferramenta de aproximação dos sujeitos e enquanto espaço de construção de projetos de cuidado. Observa-se em seus relatos que o contato com as famílias é apontado como importante na percepção das demandas dos sujeitos, que se veem atuando como interlocutores de informações que servirão para a construção das práticas em saúde pelos demais profissionais. A VD aparece como espaço de escuta dos relatos dos moradores sobre suas necessidades, ou seja, uma aproximação com as dinâmicas de vida dos sujeitos, que possibilita uma construção de um cuidado singular.

Ela [A visita domiciliar] é tipo uma introdução, onde você conhece a “verdade” do paciente (...), se não fosse pela visita, a gente ia saber o histórico dela, ia ficar sabendo o que ela fala no consultório e a realidade não é apenas isso. (...) com a visita, você ajuda o trabalho do pessoal aqui dentro, a gente acaba trazendo os casos, pra gente tentar resolver aqui dentro. (A3)

Se não fosse a visita, a gente não ia saber dos casos difíceis (...) não íamos saber os detalhes sobre o que acontece [...] é na visita que podemos aproximar de como as pessoas vivem, quando o outro profissional vem falar do caso e quando você tem conhecimento da vida da pessoa, você consegue lidar melhor com a situação. (A4)

São feitas referências à importância da VD como dimensão inicial ou continuidade do trabalho realizado em consultório pelos outros profissionais. Observa-se ainda que, no exercício de sua prática, o ACS além de se utilizar dos saberes do território na aproximação dos sujeitos e produção de diálogos, também o produz como ferramenta para a intervenção de outros profissionais. O recurso da visita possibilita contato com um nível de conhecimento que permite uma melhor atuação da equipe, ela se destaca como espaço fundamental na construção de novos saberes sobre/com os sujeitos, suas necessidades e suas histórias de vida.

Serve para identificação da história do usuário, porque a gente consegue construir um histórico dele, algo que o médico na hora da consulta não consegue. (A6)

A visita não é importante só para a gente, é importante para o acompanhamento dessas famílias pela unidade, poder estar sabendo como eles vão indo. (A3)

Percebe-se, nos grupos focais, como esta aproximação permite ao ACS problematizar as questões e produzir formas singulares de acompanhamento das famílias e dos sujeitos de acordo com suas necessidades percebidas a partir do acompanhamento em domicílio e das conversas em território. Temos, então, uma utilização de um combinado entre os saberes técnico-científicos e do território, ainda que, muitas vezes, o centro da intervenção ainda esteja marcado pela lógica biomédica.

Tem paciente aqui que não [sabe] nem ler. O médico fica falando pra ele, ele não entende, (...) os meus idosos, eu consigo organizar os remédios dele: os de manhã e os de tarde. Tem paciente que recebe a medicação, chega em casa e toma a medicação toda errada. (A3)

Às vezes, ele (o usuário) está com a pressão descompensada, é aí (na visita) que a gente consegue ver se o medicamento está tomando corretamente ou se ele está passando por problemas pessoais, saber como ele está, até mesmo pra depois poder passar para equipe. (A6)

Podemos observar que, nas falas dos grupos focais, a VD se destaca como recorte capaz de trazer para dentro dos serviços, a percepção dos ACS sobre as famílias. Tem-se não só a possibilidade de produção de um arsenal de informações sobre/com os sujeitos, suas histórias e a dimensão de suas necessidades, mas também a possibilidade de construção de relações mais próximas e menos assépticas, um acercamento que visa o desenvolvimento de estratégias de reconhecimento da singularidade de cada domicílio e a construção de vínculos com os usuários:

Tem uma cadastrada minha que ela tem um bebê de dois anos, que ele veio a consulta com a enfermeira e tinha algumas “feridinhas” na perna, aí ela veio conversar comigo pra saber como era a casa da pessoa, eu disse pra ela que casa dele era muito arrumada, bem limpinha, sempre cuidou muito bem, mas sempre que ele vai para casa do pai, ele sempre volta com essas feridas, ou seja, a questão é na casa do pai. Foi acompanhando a família na VD que a gente descobre essas histórias (A5)

O Caso da G., por exemplo, se a gente não conhecesse ela, se eu não trouxesse ela pra gente, se eu (ACS) não fosse na casa dela várias vezes, tivesse conversado com ela, falado com a família dela, trabalhado a importância de fazer o acompanhamento, ela não teria feito o pré natal, até mesmo da enfermeira teve que ir na casa dela e começar ali o acompanhamento, a partir disso que foi possível criar o vínculo. (A2)

Outro aspecto a ser considerado diz respeito à importância da vivência das dinâmicas da realidade do território pelo ACS, algo que institui a relação com os sujeitos por outras formas, por estarem mediados pelas mesmas experiências de vida. No espaço de vida/trabalho que o ACS está inserido, temos habilitadas redes de relações que mesclam a inserção como profissional e como sujeito morador do território, o que lhe permite acesso diferenciado a informações de vida dos sujeitos.

Você saber ouvir. Só isso. Igual a cadastrada veio e falou, o tempo inteiro. Eu ouvi ela o tempo todo. No final, ela saiu daqui aliviada, só em dar ouvido a ela. (...) e isso já fez um efeito imenso, e, às vezes, você ouvir, você consegue até aconselhar a pessoa, às vezes é uma coisa tão simples, mas que a pessoa tá botando uma coisa assim imensa, porque, às vezes, assim, uma situação que a gente também já viveu, ou que a gente tá vivendo e aí a gente consegue mostrar pra ela como resolver. (A3)

Tem um casal de idosos, que agora são meus vizinhos. Quando eu não era vizinha deles, não ganhava nem “bom dia”, agora eu ganho bom dia, to progredindo com aquela família. Eu sei que tem dois idosos diabéticos e hipertensos, eu sei que eles não procuram tratamento (...) eu não to desistindo deles, daqui a pouco vou ter alguma melhora, já tem um ano e eu to investindo. Vou aos poucos ganhando a confiança deles.

Você tem uma outra relação com as pessoas, que já fica sabendo por outros meios que a gestante foi pro hospital pra ter o neném, já fica sabendo quem faleceu(...) nisso você já chega na segunda e avisa ao colega que a gestante dele foi pro hospital. (A5)

De maneira geral, os agentes de saúde ressaltaram como a visita domiciliar pode produzir um diferencial para o trabalho de atenção às necessidades de saúde dos sujeitos e das famílias. Temos com isso o habilitar de outras formas de acompanhamento das famílias e a abertura como campo de possibilidade de construção de novas relações com os sujeitos a partir do compartilhamento do cotidiano de vida.

É importante dizer, entretanto, que todos os ACS relatam casos em que são procurados fora do horário de trabalho por meio de redes sociais ou em suas próprias casas. Essa abordagem fora do horário de trabalho é expressa por sentimentos de desgaste pela falta de definição de seu período de trabalho. Dentre os motivos mais importantes, destacam-se: informações sobre o funcionamento da Unidade de Saúde, solicitação de marcação de consulta ou orientações sobre como proceder sobre determinado agravo de saúde.

Se a pessoa passa mal no final de semana e vai parar na UPA, e ela sabe onde você mora, ela vai bater na sua casa e perguntar se tinha um determinado remédio lá no posto(...) ou passa pedindo orientação sobre o que fazer. (A5)

Às vezes, quando vamos no mercado, encontrarmos sempre tem alguém que pergunta se tem determinado remédio no posto ou se a consulta já saiu. Eu tento ajudar, mas tem vezes que irrita ser incomodado até no fim de semana. (A2)

É possível observar também, a partir das falas dos agentes, que o trabalho em território, que acaba por incluir também a observação dos espaços do cotidiano dos usuários, assume um caráter de vigilância, assumindo o lugar de controle e prescrição de comportamentos para os sujeitos e focando, muitas vezes, a dimensão do campo da saúde a atuações direcionadas à culpabilização dos sujeitos por suas demandas de saúde.

A gente não precisa nem ir na casa dos sujeitos, mesmo a gente indo no mercado acaba vendo certas coisas, no final de semana, (...) eu fico pensando assim: segunda-feira eu preciso falar com fulano que eu vi isso ou aquilo. (A2)

Às vezes, a pessoa vem no posto e fala “eu não bebo”, “tô me cuidando”, aí chega no final de semana, “ela ta agarrada” (bebendo). A gente passa a saber por que aquele remédio não está fazendo tanto efeito, por que a aquela feridinha não cicatriza. Ele é orientado a não caminhar e ele está meio dia na rua pra lá e pra cá. Então, assim, trabalhar no território (...). Você fica vendo as coisas que acontecem na vida dos sujeitos. (A3)

Temos presentes, também, vários relatos que descrevem uma impressão do trabalho do ACS, marcada por uma ação aprisionada pelo saber biomédico demarcando a supremacia do modelo biologicista de intervenção. Nesse caso, observa-se que o processo de trabalho do agente em domicílio/território se apresenta comandado pelas necessidades mais imediatas e orientado muito mais pelo recorte programático do serviço de saúde do que pela

problematização das necessidades dos sujeitos na abordagem dos casos. Dessa forma, o acompanhamento fica ancorado nas cobranças do monitoramento dos grupos específicos (diabetes, hipertensos, idosos, mulheres em idade fértil, gestantes e crianças menores de dois anos), reduzindo o processo de intervenção ao modelo dos programas em saúde.

Se temos o conhecimento de uma receita, podemos orientar ao cadastrado que ele precisa ir à consulta, sobre ele tomar corretamente um remédio, sobre de quanto em quanto tempo ele precisa vir aqui (na unidade), sobre exames, sobre os cuidados que precisa ter em casa, e ainda conhecer sobre como tem sido a vida dele. (A2)

Quando você consegue fazer a visita, você consegue orientar o cadastrado sobre o funcionamento do posto, você consegue orientar ele sobre a necessidade dele, qual serviço ele precisa procurar. (A1)

Destaca-se que, nos relatos dos grupos focais, os ACS têm apresentado seu trabalho marcado por duas direções. A primeira é marcada pela atuação criativa integrando diferentes saberes e produzindo ações de saúde a partir da proximidade com os sujeitos (nesta direção, estão descritos relatos de: administração de medicamentos a pessoas analfabetas ou com alguma dificuldade visual, escuta e diálogo quando conhecem dificuldade na interação do núcleo familiar ou ainda a escuta de alguma dificuldade conhecida por relatos de terceiros). E uma segunda forma de atuação, que aparece delimitada pelo referencial biomédico e marcada pelo modelo de vigilância dos sujeitos.

É importante ressaltar que encontramos exemplos da construção de espaços de cuidado projetados pelo ACS no reconhecimento da singularidade e na abordagem de cada caso. Nos discursos presentes, a VD atua localizada como espaço de reconhecimento e escuta, mas também de intervenções que forjam outras formas de perceber e produzir seu trabalho.

Eu tenho uma paciente, Dona D., ela toma 50 “milhões” de remédios para várias coisas. Se você não for na casa dela ver o que ela vive, você não vai acreditar nela. (...) Outra coisa que fui apreendendo com o trabalho é a que, se você chega na casa dela e fala “oi, Dona D, meu amor. Tudo bom?”, ela já fica bem, eu preciso passar uma vez por semana na casa dela pra ficar calma, na realidade o que ela precisa é de um pouco de atenção. (A3)

As falas referidas têm nos possibilitado localizar que a interlocução que o ACS faz entre os saberes técnico-científicos e os do território tem encontrado na visita domiciliar um

espaço importante para sua expressão, mesmo que parcial, na prática cotidiana de cuidado em saúde. Cabe destacar que os saberes e práticas que orientam o trabalho do ACS, por vezes, têm se encontrado delimitado pelo reforço ao modelo hegemônico biomédico, comprometendo a utilização dos saberes do território na gestão de novas relações de cuidado. No que se refere à VD, temos o reconhecimento pelo ACS de seu valor na construção dos projetos de cuidado, além do reconhecimento dos saberes advindo de sua relação com o território na produção de sua prática de acompanhamento dos sujeitos.

4.1 DESAFIOS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO E NA VALORIZAÇÃO DOS SABERES DO TERRITÓRIO

Um dos principais desafios percebidos para a construção das práticas de cuidado é a violência. Nos grupos focais e nas atas de reunião, a violência aparece sendo descrita em dois tópicos de impacto: o primeiro no quadro de adoecimento da população; o segundo na rotatividade de profissionais na unidade. Em diversos momentos, das atas de reuniões ou em anotações feitas pelos profissionais, constam elementos em que a violência aparece como importante atravessador dos processos de trabalho. Assim, a violência passa a ser entendida como um fator diretamente conectado a condições de vida dos sujeitos e dos trabalhadores do território.

Como foi descrito anteriormente, a unidade conta com estratégia Acesso Mais Seguro, implantada pela parceria entre CICV (Comitê Internacional da Cruz Vermelha) e a Secretária de Saúde do Município do Rio de Janeiro, que atua a partir condutas padronizadas para os eventos de violência no território. Ao produzirmos um olhar mais atento sobre as atas de reunião das equipes e sobre os grupos focais, a violência no território aparece como elemento importante no planejamento das ações na realização de visitas ou ainda de outras atividades externas ao serviço de saúde.

A violência é destacada como importante impeditivo na construção de projetos de cuidado em saúde, ocasionando inquietações no acompanhamento das famílias pela equipe de saúde.

Eu acho, assim, o que eu já citei semana passada na reunião de equipe, essa entrada da polícia toda hora está atrapalhando até o trabalho dentro do próprio consultório, tem coisas que podemos resolver lá fora, tipo uma medicação, só que, por conta da polícia, toda hora na área a gente não consegue fazer um bom trabalho lá fora, e isso reflete nos atendimentos em consultório. (A1)

Às vezes, é um cadastro que você precisa fazer, de uma pessoa que está nova no território, e não adianta você só cadastrar na unidade. Você tem que ir na casa pra saber como a pessoa vive, quais são as condições da pessoa, né? Mas você, por conta da violência, acaba não conseguindo ir fazer uma visita domiciliar na casa do sujeito, o que acaba se fazendo é cadastro na unidade e acaba não conseguindo ir lá. Eu tenho quatro famílias que preciso fazer a visita, mas não consigo ir na casa deles por conta das condições do território. (A5)

Outro elemento trazido durante os grupos focais tem relação à importância dada pelo ACS ao fato de residir no território que atua enquanto profissional e sua implicação para a produção de seu trabalho. Foi expresso que essa aproximação com os espaços cotidianos permitiu o reconhecimento de outros elementos e sinais ali existentes, produzindo uma percepção diferenciada sobre os sujeitos e suas dinâmicas de vida.

Se você mora no território, você passa a conhecer a área, você sabe como está a rua, você reconhece se o clima está estranho, se pode ir pra rua, você conhece as particularidades, se fulano está ali, você sabe que tem algo acontecendo. (A4)

Se tem menos pessoas em tal rua, ou se não ficam aquelas pessoas que sempre estão na frente de casa (...) a gente já sabe que talvez precise mudar o caminho ou fazer um trabalho com mais cuidado. (A6)

Facilita o trabalho porque nós conhecemos a área, nós temos o conhecimento, o domínio sobre a área e o local. (A5)

Nos discursos apresentados acima, podemos destacar duas questões relacionadas aos saberes do território e à questão da violência. Por um lado, vê-se o atravessamento que a violência impõe na construção das relações de cuidado, interpondo-se no aprofundamento do conhecimento dos ACS sobre as famílias. Por outro, esse cenário torna ainda mais necessário o conhecimento dos espaços, considerando, não apenas o estabelecer de estratégias para manutenção da atenção, mas também o possibilitar da discussão entre os processos de adoecimento e a questão da violência.

Foram descritas situações em que a violência tem dificultado a circulação do ACS pelo próprio território, mitigando seu trabalho de acompanhamento das famílias e interferindo na sua capacidade de se aproximar mais efetivamente do cotidiano dos sujeitos. Essa problemática afeta diretamente o trabalho no que se refere à produção de novas intervenções e uma construção a partir desse saber específico sobre o usuário que a VD possibilita ao ACS,

tornando a organização do trabalho ainda mais delimitada aos grupos prioritários (hipertensos, diabéticos, HIV, gestantes e crianças menores de dois anos) e orientada pelo modelo biomédico.

(...) por exemplo, dia de visitas as crianças, aquela manhã é sagrada, e, por conta dos problemas, acaba fazendo uma visita rápida, sem qualidade, mas é o que a gente está podendo fazer. (A3)

Quando conseguimos ir, tem tanta coisa pra entregar de marcação de SISREG, de alguma consulta (..) e a VD foca muito no hipertenso e no diabético, no acamado, nas emergências, nas crianças (...) apenas no protocolo e não consegue fazer o restante das visitas que também são importantes. Visitar aquela família que não tem nada, mas pode, de repente, aparecer algo e você acaba perdendo o foco e, quando você acaba descobrindo, a pessoa já está debilitada com um câncer, com um estado já complicado (...) que você não conseguiu acompanhar desde o início porque você não consegue ir lá. (A5)

O foco da visita fica no hipertenso, nas gestantes, nas crianças, no HIV, na tuberculose. Têm outros que não conseguimos pegar, são pessoas “que não tem tanta urgência” da nossa presença, mas precisa também de um olhar, porque a doença está aí pra qualquer pessoa. (A1)

É importante destacar que a prática desenvolvida pelos ACS na VD tem se apresentado, por vezes, delimitada pelo modelo dos programas de saúde, promovendo um recorte de trabalho com referenciais predominantemente baseados no modelo biomédico. Apesar do reconhecimento da importância das discussões sobre a promoção da saúde e as análises sociopolíticas sobre a realidade sanitária dessa população, estes se apresentam como secundários, sendo a prática dos agentes, muitas vezes, reduzida ao papel de “comunicador”, por meio do repasse ou da repetição das informações feitas pelos profissionais técnicos sobre a importância de determinado procedimento ou atitude.

Na visita, você pode avaliar se ele tá tomando o medicamento corretamente, se faz uso de bebida ou não, se ele está passando por algum problema. (A7)

Tem o sujeito que você sabe que não tomou o remédio e você vai na casa dele e tem que ficar lembrando que ele precisa tomar o remédio dele ou que você precisa lembrar de renovar a receita dele, porque o remédio da pressão ou da diabetes está acabando e aí tem orientar o que fazer. (A7)

Observamos que há um conflito entre o que os ACS entendem como seu trabalho e as ações que eles têm produzido. Além da violência, são relatados outros elementos que têm restringindo seu campo de atuação como a entrega de exame, entrega de consultas agendadas pelo SISREG (Sistema Nacional de Regulação) e atividades internas ligadas ao seu trabalho. Outra questão trazida durante os grupos como elementos que tem prejudicado sua atividade é a questão da meta mínima de visitas preconizados para o ACS, atualmente em 144 visitas domiciliares/mensais. Se compreendermos a vulnerabilidade do território, a questão da violência e as demais atividades prescritas para o ACS, percebemos que passamos a ter uma visita com pouca qualidade ou, por vezes, aligeirada devido às demais atividades ou visitas a serem realizadas para composição da meta ou execução de outra atividade de trabalho.

A parte das visitas domiciliares, tem ficado muito prejudicada realmente por conta das intercorrências policiais, além da minha área ser longe (da unidade), eu não tenho conseguido visitar todo mundo e, quando a gente vai, tenta fazer um trabalho que tem que ter produtividade, então você precisa visitar muita gente e, com isso, você não consegue dar atenção que o cadastrado merece e, com isso, acaba deixando de pegar a informação essencial, porque você precisa fazer um determinado número de visitas e durante aquele período não dá (...) uma visita não pode durar 10 minutos, tem que ser uns 30 minutos ou 40 minutos, até mesmo pra ele (o morador) ir se soltando e contando pra você o que está acontecendo no dia a dia dele e da família. (A6)

Diante das questões colocadas acima, a capacidade do ACS de promover a construção de estratégias de cuidado diferenciadas, segundo eles próprios, “tem ficado para trás”. Essa organização do trabalho tem despotencializado os espaços extraconsultório para produção de diálogos com os sujeitos. Temos, portanto, a ferramenta de acompanhamento das famílias pelo ACS e sua potência relacional desfiguradas, ou seja, sua capacidade de oxigenar as relações e projeto de cuidado vem sendo ocupada pelo componente da produtividade ou inviabilizada pelos episódios de violência constantemente presentes no território, o que muitas vezes, reforça delimitação das rotinas de trabalho apenas por parâmetros do modelo biomédico.

As discussões do grupo focal possibilitaram reconhecer que o ACS percebe a visita domiciliar como dispositivo potente no reconhecimento das necessidades de saúde, na produção de diálogos e de negociações com os sujeitos. Percebemos que é neste momento que o ACS parece estar mais sensível à utilização de outros saberes e de outras ferramentas para o trabalho para além do conhecimento técnico-científico. Entretanto, analisando o processo de

trabalho do ACS na produção do cuidado, temos destacado sua organização bem demarcada para realização de ações programáticas, de vigilância e monitoramento de agravos e condições específicas.

A análise dos discursos dos ACS a respeito da temática da VD nos permite compreender a existência de duas referências para a construção de seu trabalho. A primeira encontra-se marcada pelo domínio do modelo biomédico, seu atuar se apresenta limitado na produção de procedimentos de saúde e no processo de vigilância, prevenção e controle aos grupos específicos. A segunda linha coloca como pauta o envolvimento com os sujeitos e seu cotidiano de vida, preocupando-se em elaborar projetos de trabalho que reconhecem as necessidades do sujeito como elemento matriz para a produção de seu atuar. Essas duas linhas se misturam em diferentes graus nas diferentes ações dos agentes. Quase sempre, entretanto, o tom principal é dado pela primeira, favorecida seja pelo reconhecimento social já consolidado pelo modelo biomédico, seja pela organização dos serviços de saúde, seja pela formação precária e fragmentada dos agentes que dificulta sua saída das regras normativas propostas pelos protocolos das práticas sanitárias.

5 DESAFIOS DA DISCUSSÃO DE CASO NA REUNIÃO DE EQUIPE E O PLANEJAMENTO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE

O modelo de organização do CMS Portus Quitanda Tom Jobim tem transcorrido da seguinte forma: reuniões semanais das equipes e uma reunião mensal que agrega todos os profissionais das três equipes. Utilizamos como material de análise as atas das reuniões das três equipes do CMS Portus Quitanda e os discursos dos grupos focais realizados com os ACS. Nesta categoria, iremos analisar os elementos da organização do planejamento e da discussão de caso na reunião de equipe, tendo como foco a discussão que os saberes técnico-científicos e os saberes do território têm assumido na composição dos projetos de cuidado.

Destacamos, no capítulo teórico, o papel da reunião de equipe enquanto espaço de organização coletiva e a importante contribuição esperada do ACS, considerando que, por meio dele, as necessidades e as dimensões de vida dos sujeitos podem se tornar mais presentes nas discussões em equipe. Entendemos o espaço da reunião como um momento de integração e articulação das ações de cuidado e enfrentamento da complexidade dos problemas e necessidades de saúde dos indivíduos, famílias e comunidade.

Como vimos anteriormente, os ACS que participaram do grupo focal reconhecem seu lugar como “ponte” entre o serviço e o território, destacando a importância do seu conhecimento dos espaços e das famílias para a construção de projetos de cuidado. O ACS, por seu vínculo com o cotidiano de vida dos sujeitos, possui um olhar diferenciado sobre determinados elementos da dinâmica social, algo que, se utilizado, permite à equipe ampliar sua capacidade produção dos atos em saúde.

Além de participar, a gente que introduz o caso na reunião de equipe. Domina esse caso. Às vezes a enfermeira pode conversar “Ah, aquela criança e tal” [...], mas na maioria das vezes quem traz o caso são os agentes comunitários. (A3)

Eles (os outros profissionais) sabem que somos primordiais, que somos essenciais, sabem disso porque eles entendem que nosso olhar que traz tudo sobre os casos (A1)

Os discursos dos ACS descrevem que sua prática se relaciona principalmente na produção de vínculos com os sujeitos, compreendendo que essa aproximação passa a possibilitar um olhar que pode atuar na ampliação e relativização da lógica biomédica, por meio da consideração de outros elementos no plano de vida dos sujeitos e, a partir daí, pensar a proposta do cuidado.

O trabalho [na ESF] tem a ver com tudo, ne, não é só o lado físico, a gente olha para o lado social também, a gente tenta cuidar da pessoa em todas as áreas, o trabalho acaba entrando em outros campos. Como a pessoa vai ficar bem se ela não tem emprego, se a criança não está na escola se ela não está se sentindo bem com a vida dela. (A8)

E, quando você tem esse conhecimento da vida da pessoa, você consegue lidar melhor com a situação, você consegue tentar acalmar naquele momento, você consegue ouvir aquela pessoa, que às vezes precisa só ser ouvida, né? (A5)

Muitos desafios são relatados pelos participantes da pesquisa no que se refere à produção dos atos em saúde. No que se refere à discussão de caso na reunião de equipe, esta é descrita como potente articulador na construção das propostas de cuidado, devido à participação de outros sujeitos que, a partir de suas vivências e saberes, podem enriquecer a discussão e propor novos caminhos.

Se todo mundo tiver conhecimento daquele caso, olhar de uma forma diferente, que às vezes você chega numa equipe a gente consegue captar muitas coisas em relação a isso e pensar junto (A7).

Quando a gente passa a discutir sobre aquela pessoa, a situação que a pessoa vive, a gente consegue captar e ver de uma forma diferente, entendeu? (...) a gente consegue olhar ela de forma diferente e a gente sabe que aquela pessoa que tá vivendo (A5).

A temática da discussão de casos aparece associada à uma prática coletiva e como parte de um planejamento dos projetos terapêuticos. Ela deve ser pensada como parte de um processo de reflexão que deve estar atravessando todos os sujeitos da equipe, criando um domínio comum e ampliado de discussão, que visa nesse compartilhamento das informações, a criação de estratégias de acompanhamento para determinada situação. A discussão de caso na reunião de equipe nos relatos dos profissionais é descrita como um espaço de reflexão sobre a realidade a partir da experiência de vida e de trabalho dos sujeitos.

“[...] até mesmo quando o caso não é seu, é de outro colega, você tem uma experiência nem que seja com outro cadastrado, alguma coisa para acrescentar e acaba auxiliando na construção do caso. (A1)

Discussão de caso é a gente trazer o problema [...]. Porque assim, como tem mais pessoas, cada uma tem a sua opinião podemos tentar resolver o problema da pessoa,

[...] que a gente precisa escutar a opinião de todo mundo, porque na realidade aquele caso não é meu, aquele caso é da equipe. (A2)

Ter a discussão do caso, dentro da equipe é bom por isso. Porque assim, a gente consegue ter uma visão melhor da vida daquele cadastrado, [...]. Daquilo que ele está vivendo, do que ele está passando, ajuda no trabalho (A5)

Dentre as dificuldades relacionadas no grupo focal e percebido pela organização das atas de reunião, podemos identificar que pouco se tem efetivado a integração dos saberes como orientador das discussões em equipe. Temos uma forte presença da demanda organizacional com cobranças de números de visitas, cobranças sobre a distribuição de Kits odontológicos, produção de planilhas de números de visitas realizadas na semana em cada micro área, discussão dos agendamentos de atendimento pelos turnos em do profissional médico e de enfermagem, organização de cronograma do acolhimento e da escala de utilização dos computadores.

As atas de reuniões apresentam discussões sobre a organização do horário no acolhimento da unidade, fluxo de renovação de receita de medicamentos para hipertensos e diabéticos, definição das férias e discussões sobre a organização das agendas de consultório dos profissionais de nível superior. Nessas condições, a reunião de equipe perde seu papel de potencializar a discussão dos processos de trabalho e da sua dimensão de promover um projeto de cuidado resultante da integração dos saberes e das percepções dos diversos profissionais. Além disso, a maior parte das atas aponta para a utilização da reunião para organizar atividades a serem realizadas, como campanhas de vacinação e preventivos ou breves discussões de organização para coleta de sangue em domicílio. Temos presente um modelo que pouco tem debatido a produção do cuidado, estando centrado apenas na produção de procedimentos.

Destacamos, ainda, que os relatos dos profissionais e os documentos das atas de reunião revelam uma dificuldade de efetivar o papel da reunião de equipe como ferramenta de reflexão e planejamento do processo de trabalho. Por vezes, é possível perceber a existência de certa intencionalidade em propostas que respeitem e considerem as singularidades dos sujeitos e de seus espaços, no entanto, esse espaço tem sido ocupado, principalmente, pelas discussões de protocolos clínicos. Observa-se a dificuldade em compreender o espaço da reunião como um espaço de troca entre os profissionais e seus saberes na elaboração de projetos de cuidado.

Esse cenário de trabalho das equipes é similar ao encontrado por Matumoto (2011) que, ao pesquisar sobre a discussão de caso na reunião de equipe, descreve:

“Há sempre alguém que apresenta o caso, há poucas complementações por outros trabalhadores e as perguntas são em geral para esclarecimento de questões pontuais, de caráter mais individual [...] intervenções mais predominantes são as voltadas para a produção de procedimentos, empurradas pela força do modelo médico-assistencial hegemônico”. (MATUMOTO, 2011, p. 606).

Sob esse aspecto, o material colhido nas atas de reunião aponta na direção de um processo de trabalho aprisionado na normatização dos processos de gestão do cuidado, uma organização ancorada na racionalidade biomédica e formatada em protocolos clínicos. A apreensão das necessidades dos sujeitos ainda apresenta pouca influência no planejamento das agendas dos profissionais e estes ainda apresentam um modelo de pouca integração com o cotidiano dos sujeitos e suas necessidades.

Ressalta-se que essa fragilidade em oportunizar discussões ampliadas dos casos na reunião de equipe apresenta outro componente importante, trazido na seção anterior: a dificuldade de realização das visitas menos pautadas pelas demandas do serviço e orientada pelo modelo biomédico. Esse modo de atuação tem dificultado que os saberes do território possam se fortalecer como material que possam compor os projetos de cuidado.

No material coletado nas atas de reunião e no relato dos participantes do grupo focal, foi possível perceber a existência de tensões, ruídos nos acordos realizados pelas equipes e da existência de conflitos entre diversos modos de compreensão do trabalho da ESF e da possibilidade de participação do ACS na construção dos projetos de cuidado. Os grupos focais revelaram que, por vezes, os ACS não se sentem ouvidos, que a construção conjunta, por vezes, passa a depender da mobilização dos profissionais em prol da situação, trazendo ainda, que se sentem pouco escutados na determinação dos processos relacionados à gestão do cuidado. Temos presente uma desvalorização dos saberes e dos conhecimentos trazidos pelos ACS, constituindo uma lógica verticalizada e em prol de outros saberes, em destaque o técnico-científico.

Observa-se, também, que são descritas pelos ACS situações em que “nem sempre prestam atenção no que estamos falando”, referindo-se a outros profissionais (e, por vezes, outros ACS), ou ainda quando relatam que sua opinião é apenas ouvida e descartada sem considerar seu conteúdo na elaboração dos planos de cuidado formulados na reunião, algo que promove um certo desgaste segundo eles. Essa falta de reconhecimento coloca em questão a

construção junto aos demais profissionais de práticas em saúde, dificultando a produção de leituras conjuntas sobre a realidade.

Acho que, na maioria das vezes, não é nem porque queiram escutar (o que o ACS tem para falar) eles (os profissionais de nível superior) fazem para se resguardar [...]. Então, a partir daí, tomar uma atitude correta para que na hora que forem cobrar, mas nem sempre parece que levaram em consideração o que falamos antes. (A1)

Hoje o quadro de profissionais de nível superior vem mudando, mas, no passado, o agente de saúde nunca teve voz. Eles entendem, eles sabem que somos primordiais, que somos essenciais, sabem disso porque eles entendem que é nosso olhar que traz tudo. Mas, algumas vezes, parece que não escutam o que trazemos sobre algumas questões (A3)

Observa-se que, ao serem levantadas questões sobre qual o papel do ACS na construção dos planos de cuidado, são utilizados termos como “essencial”, “nós somos a base”, “a base dele”. Entretanto, ao tratarmos os detalhes trazidos pelos ACS sob sua inserção, podemos observar a contradição entre seu discurso de importância na composição dos projetos e o modelo de práticas vigentes. Isso aponta para uma escuta “filtrada” ou pontual das informações que os ACS trazem das necessidades dos sujeitos e sua leitura do território. No cotidiano do interior dos planejamentos, essa restrição tem promovido um esvaziamento das discussões e empobrecendo a composição das práticas entre os diversos sujeitos a luz de seus saberes e inserções específicas.

Podemos perceber ainda, nos relatos produzidos pelos ACS, a dificuldade existente no interior das equipes em efetivar discussões que visem a produção do cuidado por meio da integração entre os saberes técnico-científicos e do território. São relatadas uma diversidade de opiniões sobre o modelo de participação que tem ocorrido nas reuniões, sendo possível perceber uma postura diferente que passa a depender do caso e dos profissionais envolvidos. Nos discursos presentes, no grupo focal e nas atas de reunião, foi observado a pouca participação do ACS nos processos relacionados à gestão do cuidado; esse espaço de diálogo tem sido encurtado na equipe, sendo sua opinião e conhecimento colocado como secundário na elaboração das estratégias de cuidado.

Ah, eu acho que não ocorre aqui dentro da minha equipe [discutir os casos] porque eu acho que nem todo mundo tá a fim de trabalhar junto... O pessoal tá muito focado em resolver apenas os problemas que tem na sua área e quer resolver logo. (A3)

Mas acho que quando se tem um caso, você discute, mesmo que aquele que não tá muito a fim de ajudar, ele acaba ajudando mesmo não querendo. [...]. Acho legal que, quando você discute, você interage, e mesmo aquele que não tá muito a fim, querendo ou não, ele participa. E é bom que todos saibam, né? Porque geralmente são os problemas mais graves. (A8)

Outro ponto que cabe destacar, ao tratarmos sobre a produção do cuidado integrado entre o ACS e os demais profissionais, percebemos, como apontado anteriormente, que a constante troca de profissionais tem impactado nas abordagens em equipe. Essa dimensão aparece nos discursos dos ACS como um desafio para a construção de projetos longitudinais de acompanhamento bem como no estabelecer de linhas de trabalho enquanto equipe.

Aí quando chega aqui com os casos, apresenta dentro da equipe, quem vai acompanhar? Se a gente não tem uma base. A gente tem profissionais saindo todo dia, entrando e saindo. Médicos que não ficam na equipe, entendeu? (A4)

Toda hora tem a troca de enfermeiro e médico, assim fica complicado construir algo assim (A8)

As constantes trocas de profissionais constituem um percalço importante no estabelecer de compromissos e práticas em saúde que estejam de acordo com projetos de cuidado que comunguem saberes técnicos-científicos e do território. Essa mudança no quadro da unidade tem, por vezes, sinalizado um novo recomeço dos projetos de cuidado, considerando a necessidade de nova organização com a chegada desses novos profissionais e a necessidade de aproximação com os sujeitos e suas histórias.

Cabe acrescentar, ainda, que ao nos debruçarmos sobre o material das atas de reunião, podemos observar que a maioria dos eventos discutidos que se orientavam pela descrição das necessidades dos sujeitos com principais marcadores definidos pela descrição dos casos clínicos e os encaminhamentos que se seguiam tinham como principal orientação o agendamento de consulta ou visita domiciliar com algum profissional de nível técnico. Verifica-se que as interações em equipe operam principalmente com saberes técnico-científicos, observando, ao mesmo tempo, que os saberes advindos dos ACS por seu trabalho no território e da interação com os sujeitos, transita em momentos pontuais e assume uma menor valorização na produção das práticas em saúde.

Quando tratado no grupo focal sobre quais elementos auxiliavam na maior participação dos demais profissionais nas discussões de caso, temos o aparecimento de uma

matriz “solidária”. Temos o aparecimento de uma preocupação maior, a partir dos casos que produzem comoção nos profissionais de acordo com a gravidade e a urgência dos casos dos sujeitos e/ou por alguma outra “questão social” importante que esteja acometendo os sujeitos. Nesses casos, o modelo de organização assume uma dimensão coletiva e motiva uma potência de agir para auxiliar naquela determinada questão.

Nesse sentido, é possível perceber o distanciamento entre a proposta da discussão de casos na equipe de saúde e a realidade que temos verificado no cotidiano do serviço. As relações nos serviços têm imprimido uma manutenção da valorização da lógica biomédica como importante elemento na construção dos projetos de cuidado, cabendo ressaltar a existência, ainda que quase sempre incipiente, de propostas de outros modelos de cuidado que tem como base a integração a outras formas de saberes.

Analisando as questões que atravessam a produção do trabalho em equipe, tendo como orientador a discussão de caso como elemento qualificador de novas práticas por meio do envolvimento de outros profissionais e seus saberes, trouxemos o ACS com seu saber advindo de sua vivência do cotidiano como importante material para construção dos projetos de cuidado. No entanto, as discussões em equipe têm apresentado pouco contato com as questões advindas do território, apresentado como produto principal padrão de intervenção centrado no modelo biomédico.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como intento se aproximar da discussão sobre o atuar do ACS na construção do cuidado nas visitas domiciliares e na discussão de caso nas reuniões de equipe considerando a interlocução dos saberes do território e dos saberes técnico-científicos.

A escolha por trabalhar esse tema apresenta como motivação minha experiência atuando junto às equipes de saúde da família, fato que promoveu diversas inquietações sobre o desenvolvimento do trabalho do ACS. Compreendo que o lugar de sua vivência como morador do território e profissional da unidade de saúde lhe situa de maneira diferenciada no olhar sobre o território e na constituição da relação com os sujeitos. Nesse sentido, vimos como é importante interrogarmos sobre quais processos tem sido operado pelo ACS na materialização do cuidado.

A organização do processo de trabalho do ACS tem encontrado como desafio as constantes capturas por parte dos protocolos e da racionalidade biomédica, que tem ocupado grandes espaços dos discursos e das práticas no campo da saúde. Em se tratando dos dados encontrados, pudemos observar a pouca utilização pela equipe dos saberes do território trazidos pelos ACS na construção de projetos de cuidado, ainda centrados na perspectiva dos saberes técnico-científicos.

A visita domiciliar foi descrita pelos ACS como ferramenta potente na construção das relações de cuidado, tendo destaque por sua capacidade de operar a produção de seu trabalho a partir do reconhecimento da realidade do território. Temos presente maior reconhecimento e utilização dos saberes do território pelo ACS, ampliando sua capacidade de escuta e intervenção a partir das necessidades dos sujeitos. Em muitos momentos, a visita é destacada por permitir a produção de estratégias diferenciadas de cuidado, possibilitando a construção de respostas mais efetivas.

Cabe destacar que, apesar dos discursos apresentarem elementos centrados na lógica do modelo biomédico, temos presente em seus relatos composições que evidenciam um manejo de seu trabalho a partir do material oriundo da vivência e do acompanhamento das famílias em seus domicílios ou do fato de partilharem o mesmo cotidiano de vida. Nesse sentido, seu trabalho tem estabelecido “caminhos” que, por vezes, integram os dois campos de saberes: os técnico-científicos e o do território.

Em se tratando da produção do cuidado na VD, a questão da violência e da(s) produtividade/metabolismo foram alguns elementos apontados como importantes atravessadores, por dificultarem a atuação em território pelos ACS. A análise dos discursos demonstrou que o

tempo disponível tem sido ocupado pelo acompanhamento dos grupos prioritários, sustentando uma racionalidade de trabalho apenas delimitada pelos agravos em saúde definidos previamente pela política de saúde. Em face disso, temos um empobrecimento da elaboração de projetos que possam surgir a partir da aproximação com os sujeitos possibilitada pela visita. Essa perda de espaços de diálogo com os sujeitos implica na produção de um atuar que tende a reproduzir o modelo hegemônico, destituindo a possibilidade de projetos singulares de cuidado.

O material encontrado nos grupos focais sugere que o trabalho do ACS apresenta elementos que favorecem a entrada de saberes advindos do território na construção do cuidado em saúde. Entretanto, esses saberes têm encontrado grande dificuldade em participar de forma efetiva na agenda cotidiana das discussões das equipes de saúde.

No que se refere à discussão de caso na reunião de equipe, foi encontrado no material das atas, descrições com um forte componente burocrático, atrelado principalmente, às organizações das agendas dos profissionais de nível superior sob a lógica dos grupos prioritários desarticulados da gestão do cuidado, desarticulados das discussões para gestão do cuidado. Outro elemento que cabe destacar é a contradição existente entre algumas falas que descrevem o ACS como importantes nas discussões dos casos, colocando a seguir que raramente se sentem ouvidos pelos demais profissionais. Foi observado que a possibilidade de construção de projetos de cuidado no interior das equipes a partir da interlocução entre saberes se apresenta reduzida.

Os ACS descrevem seu papel na equipe como sujeitos fundamentais ou essenciais, como portadores de um conhecimento diferencial que poderia promover um olhar diferenciado na produção das discussões de caso. No entanto, esse papel de destaque parece não alcançar o eixo do planejamento em equipe, ficando limitado ao protagonismo dos saberes técnico-científicos. As atas de reunião apresentam pouco material sobre uma efetiva contribuição dos saberes advindos da experiência dos ACS, apenas descrevendo elementos da organização das equipes, um território normativo que atua somente sob o comando do modelo hegemônico biomédico com cunho prescritivo e pautado no exercício de uma clínica restritiva dentro dos programas de saúde.

Vale ressaltar que, em alguns momentos, essa lógica parece ser rompida pelas equipes a depender das condições e dos sujeitos envolvidos, sendo que essa composição ampliada das práticas tem se limitado a situações definidas sem alcançar uma rotina de trabalho da equipe. Foi possível perceber uma dificuldade em se efetivar um modelo de trabalho que possa, por meio da integração dos saberes e do planejamento em equipe, construir uma leitura do

território como espaço político e sanitário com todas as suas necessidades.

Por tudo o que foi relatado, podemos compreender que o trabalho do ACS se apresenta sob a tensão entre dois polos: o primeiro se caracteriza pela valorização dos saberes do território que favorecem a produção de ações orientadas por um modelo de cuidado ampliado e mediado pelo diálogo; o segundo se caracteriza por um modelo de trabalho focalizado na realização de procedimentos, representado por uma estrutura de trabalho em equipe ancorada na racionalidade biomédica e orientada por protocolos clínicos.

Todos os aspectos e as dimensões presentes durante os grupos focais realizados apontam em direção a uma dificuldade de concretizar uma maior integração entre os saberes técnico-científicos e os saberes do território, corroborando para a construção de práticas que, em sua maioria, estão apenas estruturadas e realizadas principalmente em respostas às demandas dos serviços sob a lógica do modelo biomédico.

Esse modo de organização do trabalho tem reduzido a produção de um olhar ampliado sobre os sujeitos na busca por estabelecer meios mais efetivos e diretamente endereçados para promover o cuidado em saúde. A subordinação da prática, que se apresenta capturada pelo modelo biomédico, torna mais difícil que os saberes do território ganhem espaço na produção do cuidado na VD ou de aparecerem como material de discussão nas reuniões em equipe.

Todos os aspectos aqui descritos na análise da VD e da discussão de caso na reunião de equipe sugerem que o trabalho do ACS se caracteriza ainda por adotar um modelo ainda fortemente influenciado pela racionalidade biomédica, existindo eixos que conseguem, por vezes, por meio da mobilização dos sujeitos, subverter em parte essa dominação e permitir a integração entre os saberes para a produção do cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>. Acessado em 29 fev. 2016

AZEREDO, C. M. et al. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 743-753, maio/jun. 2007.

BAREMBLITT G. Sociedades e Instituições. In: Barembritt, Gregório. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos; 1992. pp. 27-40

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. de F. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 27-53, jun. 2010. disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-7746201000010003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 26 jan. 2017.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE VIII **Conferência Nacional de Saúde. Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8. Pdf- Acesso em: 10 out 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Participativa. **Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro**. Secretaria de Gestão Participativa. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. – (Série D. Reuniões e Conferências) (Série Cadernos Metropolitanos)

BRASIL. **Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011**, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 01 dez. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 112 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BORNSTEIN, V. J. **O agente comunitário de saúde na mediação de saberes**. 2007. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2007.

CAMARGO JUNIOR. R.K.R de. A biomedicina. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. p. 177-201, 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0103-73312005000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 19 dez. 2016.

CAMPOS, M. R. D. M.; MATTA, G. C. A construção social da família: elementos para o trabalho na atenção básica. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; FIOCRUZ, 2007.

CECÍLIO L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ ABRASCO;2001. Disponível em: http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saude_-_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf

CHEAVEGATTI, D. Trabalho e adoecimento na perspectiva de agentes comunitários de saúde da Coordenadoria de Saúde Centro-oeste do Município de São Paulo. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.2008

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3ª edição. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CUNHA, C. L. F.; GAMA, M. E. A. A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde. In: MALAGUETTI, W. **Assistência Domiciliar: atualidades da assistência de enfermagem**, Rio de Janeiro: Rubio, 2012

DAMICO, J. **Corpo a corpo com as jovens: Grupos focais e análise de discurso na pesquisa em educação física**. Redalyc, Movimento Online, Maio/ago. 2006. Disponível em: www.seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/2905 Acesso em: 13 out 2015

DURÃO, A. V.; MOROSINI, M. V.; CARVALHO, V. **Os agentes comunitários de saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação**. 1º. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2011.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas.** In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (org.) Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. p.43-67.

FERREIRA, V. S. **Micropolítica do processo de trabalho do agente comunitário de saúde (ACS): território de produção de cuidado e subjetividade,** Tese (doutorado) Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2008.

FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, Apr. 2009. disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400021&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 out. 2016.

FEUERWERKER, L.C.M. (ORG.) **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação-** (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde), Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? In: Mattos RA, Baptista TWF (org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde.** Porto Alegre: Rede UNIDA; 2015. (Série Interlocuções. Práticas, experiências e pesquisas em saúde) disponível em: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-interlocucoes-praticas-experiencias-e-pesquisas-em-saude/caminhos-para-analise-das-politicas-de-saude-pdf>. Acesso em: 10 set 2016.

FONSECA, K. F. B. S. **Saúde Mental: a percepção do grupo de agentes comunitários de saúde** Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: [s.n.], 2006.

FRANCO T.B, MERHY E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo teco assistencial. In: Merhy E.E, MAGALHÃES JÚNIOR H.M, RIMOLI J, FRANCO T.B, BUENO W.S (orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec; 2003.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho.** Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/ mapas _analiticos.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2016

FURLAN, P G. **Veredas no território: análise da prática de agentes comunitários de saúde.** (Dissertação de mestrado) – Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP). Campinas, 2008.

GIOVANELLA L., MENDONÇA M. H. Atenção Primária À Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GOMES, L. B. A gestão do cuidado na educação popular em saúde: um estudo a partir da obra de Eymard Mourão Vasconcelos, Rio de Janeiro: **Dissertação (mestrado)**– UFRJ / Faculdade de Medicina, 2010.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. Índice de Desenvolvimento Humano – IDH. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: www.ipeadata.gov.br. Acesso em: 21 nov. 2016.

JORGE, M.S.B. et al., **Concepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre sua prática no Programa de Saúde da Família**. Revista APS, v.10, n.2, p. 128-136, jul. /Dez, 2007. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/05concepcao.pdf>. Acessado em 27/02/2016

KEBIAN, Luciana Valadão Alves; ACIOLI, Sonia. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 16, n. 1, p. 161-9, 2014.

LACERDA A. Redes de apoio social no sistema de saúde: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. 2010. 204p. **Tese Doutorado em Saúde Pública** – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006

LOPES, M.R., DURÃO, A.V. & CARVALHO, V. A disputa sobre os sentidos do trabalho e da formação dos agentes comunitários de saúde. In: VIEIRA, M.; DURÃO, A.V.; LOPES, M.R. (Orgs.). **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

MACERATA, I; SOARES, J.G; RAMOS, J.F. **Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua**. Rev. Supl, v.18, suppl.1, p. 919-930, 2014

MATUMOTO, S. et al. Discussão de famílias na estratégia saúde da família: processo de trabalho em construção. **Rev. esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 603-610, junho 2011

MATTOS, R.A. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, G.C.; LIMA, J.C.F. (Org.). **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 313-354.

MENDES, E. V. **Um novo paradigma sanitário: a produção social em saúde**. In: Uma agenda para saúde. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES-GONCALVES R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994

Merhy, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo (SP): Hucitec; 2002

MERHY, E E. et al. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**, 1998. [Online]. Disponível em: [http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/m Merhy/capitulos-10.pdf](http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/m%20Merhy/capitulos-10.pdf)

Merhy E.E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 108-37. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/versus_brasil_vivencias_estagios.pdf

MERHY, E. E.; FEUERWECKER, L.; GOMES, M. P. C. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco, T.B. (Org.). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 2014.

MOYSES, S. J. A saúde da família no Brasil e seus agentes. In: Fábio Luiz Mialhe. (Org.) **O Agente comunitário de saúde: práticas educativas**. 1 ed. Campinas, SP: UNICAMP, 2011

MOROSINI, M. V. G. C. **Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde**. / Márcia Valéria Morosini. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2010

NOGUEIRA RP, SILVA F, RAMOS Z. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde**. Textos para discussão 2000; IPEA nº 735. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4208. Acessado em 10 Jan 2016

NUNES, M. O. (ORG) 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, p. 1.639-1.646, 2002

OLIVEIRA, A. P. B. I de; BATISTA, M. C. RODRIGUES, J. **A pesquisa qualitativa em questão**. Serviço Social & Realidade (Franca), v.11, n.2, p. 9-18, 2002

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso: 10 out 2016

PALOMBINI, A. **Práticas no Território**. 2010 em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/praticasclnicasanalicepalombini.pdf>

PAIM, J. S. **A Reforma Sanitária e o CEBES**. 2012. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/11/E-Book-1-A-Reforma-Sanit%C3%A1ria-Brasileira-e-o-CEBES.pdf>. Acesso em: 10 out 2015

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Quando a Dádiva se Transforma em Saúde: algumas reflexões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec/UERJ-IMS: ABRASCO, 2004. p. 37-56.

RAMOS, A. et al. Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: BRASIL. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 375-390

SANTOS, A L; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010. disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.Php? Script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.Php?Script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300003&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em 28 fev. 2016

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro PMS 2010 – 2013**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4130215/PLANOMUNICIPALDESAUDE20102013.pdf>

SILVA, J.A. O **agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS**: agente institucional ou agente de comunidade? São Paulo, 2001. Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

SILVA JUNIOR, A G., ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: M. V. G. C. MOROSINI E A. M. D. A. CORBO (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SILVA, J.A; DALMASO, ASW. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002a.

SILVA J.A, DALMASO ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação** 2002b; 6(10):75-83.

TOMAZ, J. B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super herói”. **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**, v 6, n 10, p. 75-94, fev. 2002. Série Debates.

TEIXEIRA, C. F; PAIM, J. S. & VILLAS BOAS, A. L. **SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Informe Epidemiológico do SUS, Ano VII, 2, abr.-jun., 1998

VALLA, V. V. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**, Brasília, 2014.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. Physis: Revista de Saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 15 sup., p.225-264, 2005

APÊNDICE A – ROTEIROS DOS GRUPOS FOCAIS

GRUPO FOCAL N° _____

DATA ----/----/---- -

Dados de Identificação dos participantes dos grupos a serem preenchidos

1. Sexo: _____
2. Formação: _____
3. Idade: _____
4. Tempo de serviço: _____
- 5- Qual atividade exercia antes de atuar como ACS? _____

Roteiro de Debate 1 - Visita domiciliar:

1- O que vocês acreditam ser o cuidado possibilitado pelo trabalho do ACS? (Pergunta disparadora)

- 1- Como vocês percebem o trabalho da Estratégia de Saúde da Família?
- 2- O que a visita domiciliar possibilita para o seu trabalho? Exemplifique uma situação.
- 3- Como seria uma visita domiciliar importante para vocês? Conte sobre uma visita.
- 4- De que forma vocês veem que a visita domiciliar contribui na construção do cuidado da população? Exemplifique
- 5- Como morar no território facilita ou dificulta seu trabalho? Exemplifique.

Roteiro de Debate 2: Discussão de caso na reunião de equipe

1- O que a discussão de caso na reunião de equipe possibilita na construção cuidado da população?

- 1- Vocês consideram que a participação de vocês contribui na discussão de caso? Como? Comente uma reunião que tenha funcionado para você e o que teve de importante nela.
- 2- Quais desafios vocês têm enfrentado na construção das ações em equipe? Exemplifique.
- 3- O que vocês consideram importante no seu trabalho como ACS?
- 4- Quais elementos você apontaria como os mais importantes no trabalho do ACS? Conte situações em que eles aparecem.
- 5- Quais elementos você apontaria como os mais importantes no trabalho do ACS? Conte situações em que eles aparecem.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa DO “AJUNTADO” AO CONJUNTO: A interlocução dos saberes do agente comunitário de saúde (ACS) na construção das relações de cuidado em uma unidade de saúde da família. Você foi selecionado pela sua experiência na Estratégia de Saúde da Família como agente comunitário de saúde, destacamos que sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, esta decisão não acarretará penalidades por parte do pesquisador.

O objetivo geral deste estudo é estudar o papel do ACS como interlocutor entre o saberes técnico-científicos e os saberes do território na construção de sua prática. Caso aceite participar, você será convidado a participar de uma entrevista em grupo, junto com outros ACS vinculados à sua unidade. As entrevistas ocorrerão em dois momentos distintos, com previsão de duração de uma hora para cada um, em data e horário a serem agendados de modo a não prejudicarem o trabalho da unidade ou dos profissionais envolvidos. As entrevistas em grupo serão gravadas e, posteriormente, transcritas pelo pesquisador.

Após o termino do estudo, as gravações e as transcrições serão arquivadas pelo responsável pelo estudo durante cinco anos e, após, destruídas (Resolução 466/12). Os benefícios da pesquisa dizem respeito à melhor compreensão do trabalho realizado pelo ACS o que, por sua vez, poderá contribuir para a formulação dos programas de formação e capacitação. Embora não haja nenhuma garantia de que o (a) Sr(a) terá benefícios com este estudo, as informações que o (a) Sr(a) fornecer serão úteis para auxiliar na melhoria do trabalho do ACS.

Fui informado que a participação nas entrevistas não implicará em custos adicionais e também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. As informações pessoais oferecidas serão tratadas com estrito respeito ao anonimato e sigilo. Para a

Rubrica do pesquisador _____ Rubrica do Participante _____

publicação dos dados obtidos na pesquisa, serão utilizados codinomes, os quais não permitirão a identificação dos participantes. Fui informado do risco potencial: constrangimento em decorrência da atividade de entrevistas em grupo e pelas questões levantadas pelos demais participantes, e considerando também o gasto de tempo para realização das entrevistas em grupo durante a jornada de trabalho.

Caso surja alguma dúvida quanto ao estudo, o Sr.(a) poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, cujos contatos estão listados no final desse documento, ou com os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), subordinado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde. Os endereços dos comitês de ética vinculados a essa pesquisa são: CEP EPSJV/FIOCRUZ, endereço: Av. Brasil, 4365- sala 316 CEP. 21045-900, telefone 3865-9710 email:cep@epsjv.fiocruz.br, e o endereço do CEP da Secretária Municipal de Saúde (SMS) no endereço Rua Evaristo da Veiga, 16 – Sobreloja – Centro, e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br telefone: 2215-1485. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos. Este termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador

Pesquisador responsável: Bruno Hélio Ferreira de Rezende-
E-mail: brhelio86@hotmail.com
CMS Portus Quitanda Tom Jobim
Endereço: Rua Jorge Nogueira S/N- Costa Barros
Tel.: (21) 99933-7333

Orientadora: Márcia Cavalcanti Raposo Lopes
E-mail: mlopes@fiocruz.br
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Laboratório de Atenção e Educação Profissional em Saúde
Endereço: Av. Brasil, 4365, – Manguinhos
Tel.: (21) 98895-9993

Eu, _____, declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e estou de acordo em participar deste estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Assinatura: _____

Pesquisador: Nome: _____

Assinatura: _____

Rio de Janeiro, _____ de _____ 2016.