

**Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública**

Tese de doutorado

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE  
NA MEDIAÇÃO DE SABERES**

Autora: Vera Joana Bornstein  
Orientador: Eduardo Navarro Stotz

Rio de Janeiro – RJ  
Abril 2007

Catálogo na fonte  
Centro de Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

B736a Bornstein, Vera Joana

O agente comunitário de saúde na mediação de saberes./ Vera Joana Bornstein. Rio de Janeiro: s.n., 2007.

231p., mapa., tab.

Orientador: Stotz, Eduardo Navarro

Tese de Doutorado apresentada ao Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

1. Agente Comunitário de Saúde. 2. Saúde da Família. 3. Educação em Saúde. 4. Atenção primária à saúde. 5. Sistemas locais de saúde.

Dedico este trabalho às agentes comunitárias de saúde com quem tive o prazer de interagir durante minha experiência na Maré, no intuito de fortalecer práticas transformadoras que viabilizem uma sociedade mais justa.

## **Agradecimentos**

Aos meus pais, Ruth Bornstein e Julius Bornstein (*in memoriam*), pela sua contribuição valiosa na minha formação e pela sólida estrutura que me proporcionaram, que tem permitido ousar na vida.

A meus filhos, Victor e Camilo, que com suas práticas alimentam meus sonhos e minha esperança no futuro e que me dão a alegria de poder falar com orgulho de suas conquistas.

Ao Professor Eduardo Navarro Stotz, que com tranquilidade, sabedoria e precisão me orientou nesta caminhada de descobertas, reflexão, análise e sistematização. Tenho a certeza de que suas características foram essenciais para que eu conseguisse chegar ao término deste trabalho.

À Professora Regina Helena Simões Barbosa, pelo incentivo a seguir um caminho que abre novas perspectivas na minha vida profissional.

A meus companheiros de trabalho, com quem fui desvendando a cada dia novas facetas deste contexto urbano cheio de vida, sofrimentos e lutas. Em especial a Ilma Porciúncula de Moraes, minha companheira desde o primeiro dia desta experiência, pelos sonhos e construções conjuntas.

*“No se puede dar por perdido algo sólo porque no sucederá en el tiempo de la propia existencia.” (Belli<sup>1</sup> p.284)*

*“El futuro es una construcción que se realiza en el presente, y por eso concibo la responsabilidad con el presente como la única responsabilidad seria con el futuro. Lo importante, me doy cuenta ahora, no es que uno mismo vea todos sus sueños cumplidos; sino seguir, empeñados, soñándolos. Tendremos nietos y ellos hijos a su vez. El mundo continuará y su rumbo no nos será ajeno. Lo estamos decidiendo nosotros cada día, nos demos cuenta o no.” (Belli<sup>1</sup> p. 413)*

## RESUMO

O objetivo deste trabalho é estudar o papel do agente de saúde como mediador na apropriação do conhecimento tecnocientífico em saúde pela população e na permeação dos serviços pelo saber popular. Devido à sua origem e experiência de vida, o agente se encontra imerso no conhecimento popular e, por outro lado, pela sua formação e experiência profissional, incorpora o conhecimento científico. Parte-se da identificação de uma potencialidade nos agentes de saúde para assumirem a posição de educadores populares e ao mesmo tempo pretende-se caracterizar o conflito entre as lógicas institucional e comunitária que fundamentam as diferentes formas de mediação assumidas: convencedora; reprodutora e/ou transformadora.

A pesquisa foi realizada no Complexo da Maré, Rio de Janeiro, RJ onde o material empírico foi coletado por meio de análise documental, entrevistas e observação participante. Como forma de abordagem no tratamento dos dados da pesquisa, o caminho escolhido foi o que Minayo<sup>56</sup> denomina a hermenêutica-dialética. Ao classificar os dados utilizei as figuras metodológicas “expressão chave” e “idéia central” desenvolvidas por Lefèvre & Lefèvre<sup>66</sup>, mantendo, entretanto, na apresentação e discussão dos resultados, o discurso individual.

O PACS e o PSF são apresentados pelo Ministério de Saúde como estratégias que visam a reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, tendo no ACS um dos elementos centrais cujo papel mediador é consensual. Mas os resultados apresentados mostram que as formas de mediação praticadas pelos ACS são muitas vezes contraditórias. Dependem em parte de opções individuais e em parte das cobranças institucionais que privilegiam as formas de mediação convencedora e reprodutora. No entanto, é na mediação transformadora que a mudança do modelo assistencial poderia encontrar um suporte fundamental. Aponto ainda algumas sugestões que poderiam fortalecer a mediação transformadora e a permeação dos serviços pelas necessidades e demandas da população.

**Palavras-chaves:** Agente Comunitário de Saúde; Saúde da Família; Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Sistemas locais de Saúde.

## ABSTRACT

This work aims to study the role that health agents play as mediators in population's seizing of technoscientific knowledge in health and in permeating popular knowledge into the services. Due to their origin and life experience, the agents are full of popular knowledge and, on the other hand, because of their background and professional experience, they incorporate scientific knowledge. The starting point was identifying health agents' potential to become popular educators, and, at the same time, it was intended to characterize a conflict between institutional logic and the communitary one, in which are based the different forms of mediation adopted: persuasive, reproductive and/or transformative.

Such research was accomplished at Complexo da Maré, Rio de Janeiro, RJ, where empirical stuff was collected by means of documental analysis, interviews and participative observation. The approach, when dealing with research data, was based on the one Minayo<sup>56</sup> calls dialectical hermeneutics. When classifying data, I used the methodological figures "key phrase" and "central idea", developed by Lefèvre & Lefèvre<sup>66</sup>, even though results presentation and discussion keep individual speech.

PACS (Community Health Agents Program) and PSF (Family Health Program) are showed by Health Department as strategies which view to re-orientate the health care model starting from Basic Attention, in which the ACS (Community Health Agent) is a central element, whose mediating role is consensual. But results show that the ways of mediation practised by community health agents are frequently inconsistent. Part of it depends on individual options, and part on institutional pressure reinforcing persuasive and reproductive ways of mediation. Nevertheless, it is the transformative mediation which could fundamentally support a health care model change. A few suggestions are further pointed out, in order to reinforce transformative mediation as well as population's necessities and demands permeation into services.

**Key words:** Community Health Agent; Family Health; Health Education; Primary Attention to Health; Local Health Systems.

## LISTA DE ABREVIATURAS

SIGLAS	SIGNIFICADO
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
ANEPS	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde
AP	Área Programática
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BAAR	Bacilo Álcool Acido Resistente
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CA	Câncer
CAP	Coordenação de Área Programática
CCDC	Centro Comunitário de Defesa da Cidadania
CEASM	Centro de Estudos e Ações Solidárias da Maré
CEPIA	Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação
CIEP	Centro Integrado de Educação Pública
CMS	Centro Municipal de Saúde
CMS AV	Centro Municipal de Saúde Américo Veloso
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DM	Diabetes Mellitus
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DPT	Difteria, Pertussis (Coqueluche) e Tétano
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
Dt	Difteria e Tétano
ECH	Expressão Chave
ELOS	Núcleo de Estudos Locais em Saúde
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
ENEMEC	Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESF	Equipe de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FVD	Formulário de Visita Domiciliar
FUNLAR	Fundação Municipal Lar Escola São Francisco de Paula
GAVJ	Grupo de Amigos da Vila do João
HGB	Hospital Geral de Bonsucesso
IC	Idéia Central
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IPPMG	Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
LAMSA	Linha Amarela SA

MOPS	Movimento Popular de Saúde
NESC	Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agentes comunitários de Saúde
PAM	Pronto Atendimento Médico
PN	Pré-Natal
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PSF	Programa Saúde da Família
PSVJ	Posto de Saúde da Vila do João
RA	Região Administrativa
SESI	Serviço Social da Indústria
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SOS	Socorro
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCP	Terceiro Comando Puro
THD	Técnico de Higiene Dental
TIG	Teste Imunológico para Gravidez
TPM	Tensão Pré-Menstrual
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCB	Unidade de Cuidados Básicos
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UI	Unidades Internacionais
UNIMAR	União das Associações do Bairro Maré
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VD	Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	1
<b>I. REFERENCIAIS TEÓRICOS</b>	7
1. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos ACS	7
2. O processo de construção do conhecimento	21
3. Educação popular como metodologia na mediação de saberes	24
4. Considerações finais dos Referenciais Teóricos	30
<b>II. METODOLOGIA</b>	34
1. Universo da Pesquisa	35
2. Procedimentos de coleta dos dados	39
3. Identificação dos Entrevistados	43
4. Categorias para a interpretação de dados	45
5. Método de análise	49
<b>III. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS</b>	53
1. Memória documental da organização da Unidade Básica de Saúde	53
1.1. Análise de projetos, relatórios, trabalhos científicos.	54
1.2. Análise das fichas de acompanhamento	75
2. A fala das ACS e dos demais profissionais entrevistados	90
3. Acompanhamento de Visitas Domiciliares e outras observações	161
<b>IV. DISCUSSÃO</b>	171
1. Contexto	174
2. Sistema Local de Saúde – O que é mediado e formação para a mediação	182
3. A forma de mediação presente no processo de trabalho dos ACS	195
<b>V. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	200
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	208

## **LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS**

Figura 1 – Mapa: Localização do Complexo da Maré com relação ao estado e ao município do Rio de Janeiro	36
Tabela 1 - População nas Principais Favelas do Município do Rio de Janeiro	37
Quadro 1 - Critérios apontados pelos entrevistados para realizar a classificação de bairro e de favela	92
Quadro 2 - Categorias, eixos temáticos, idéias centrais por tipo de procedimento de coleta.	173

## **LISTA DE ANEXOS**

1. Roteiro de entrevistas com agentes comunitários de saúde	216
2. Roteiro de entrevistas com médicos e enfermeiras do Posto de Saúde da Vila do João	218
3. Artigo do Jornal <i>O Globo</i>	219
4. Opinião dos funcionários do PS Vila do João sobre pontos fortes e pontos fracos no funcionamento da Unidade.	220
5. Tabela de Riscos levantados pelas agentes de saúde.	221
6. Roteiro para o registro de visita domiciliares pelos agentes comunitários de saúde na Vila do João	222
7. Ficha de Acompanhamento de Dona Fernanda.	224
8. Exemplo de preenchimento do Quadro 2 - Categorias, eixos temáticos, idéias centrais por tipo de procedimento de coleta.	228
9. Termo de consentimento livre e esclarecido	232

## O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA MEDIAÇÃO DE SABERES

*“... o agente comunitário de saúde (ACS) tem-se revelado o ator mais intrigante no que se refere à relação de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médicos-científicos”.* (Nunes et al.<sup>2</sup> p.1646)

### INTRODUÇÃO

Segundo informações do Ministério da Saúde – Departamento de Atenção Básica<sup>3</sup> – os resultados alcançados na implantação das equipes de Saúde da Família, em todo o Brasil, em 2005, apontam a existência de 24.600 equipes em 4.986 municípios, com a cobertura populacional de 44,4% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 78,6 milhões de pessoas. No que se refere ao total de agentes comunitários de saúde (ACS), incluindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em 2005 informa-se que são 208 mil num total de 5.200 municípios com a cobertura populacional de 58,4%, o que corresponde a cerca de 103,5 milhões de pessoas.

A origem das experiências com agentes de saúde no Brasil é bem anterior à criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF). Neste sentido, David<sup>4</sup> (p.62) se refere às iniciativas de organizações religiosas, sobretudo católicas na “formação e utilização de agentes comunitários de saúde como força de trabalho em saúde, numa perspectiva transformadora das relações entre profissionais e classes populares”. O contexto inicial destes trabalhos era a ditadura militar instalada no país e o envolvimento de setores do clero e de algumas ordens religiosas no apoio às lutas e demandas populares contra este regime político. Menciona ainda que algumas experiências estiveram vinculadas a organizações não governamentais e instituições acadêmicas cujos profissionais atuavam em saúde pública e comunitária.

Segundo Souza<sup>5</sup> (p.222) a criação do PACS recuperou diversas e diferentes experiências no país, sendo que a experiência de Agentes Comunitários do Ceará foi a que “com pioneirismo e abrangência estadual”, mais contribuiu para o desenho do programa a nível nacional. Em publicação do Ministério da Saúde,<sup>6</sup> esta experiência também é destacada, sendo mencionado seu desenvolvimento a partir de 1987, quando

foi criada uma “frente de trabalho” na qual, em uma conjuntura de seca, um grupo formado principalmente por mulheres passou a realizar ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense.

Na equipe de saúde o agente comunitário é o trabalhador que se caracteriza 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. Esse conhecimento pode facilitar o trânsito da equipe, as parcerias e articulações locais. O reconhecimento destas características, quer pelos profissionais, quer pelos moradores, traduz-se em diferentes expectativas. De um lado, pela inserção nos serviços de saúde, espera-se dele o exercício de um papel de controle da situação de saúde da população; de outro, os moradores esperam que o agente facilite seu acesso ao serviço de saúde.

O ACS como mediador, ou elo entre a comunidade e os serviços de saúde ou entre saberes diferentes tem sido abordado por vários autores e documentos oficiais, entre os quais: Brasil<sup>7</sup>; Fernandes<sup>8</sup>; Giffin & Shiraiwa<sup>9</sup>; Mendonça<sup>10</sup>; Nogueira *et al.*<sup>11</sup>; Nunes *et al.*<sup>2</sup>; Pedrosa & Teles<sup>12</sup>; Solla *et al.*<sup>13</sup>; Trad *et al.*<sup>14</sup>.

A mediação é entendida de diversas formas e ângulos: pode ser vista como facilitação do acesso da população ao serviço; como possibilidade de cumprimento de metas de produtividade e controle sanitário, na medida em que a população é acompanhada pelos ACS; e ainda como mediação entre o conhecimento popular e o conhecimento tecnocientífico. Nogueira *et al.*<sup>11</sup> (p.7) ampliam o conceito de ‘mediação’, quando apontam que a função de “ponte” pode ser entendida também com relação à facilitação do acesso aos direitos de cidadania de modo geral. 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.

No que se refere à posição do ACS como mediador entre diferentes saberes e práticas da comunidade e do pessoal de saúde, Nunes *et al.*<sup>2</sup> consideram que este pode funcionar ora como facilitador, ora como empecilho nessa mediação. Tal ambigüidade resulta por um lado, de sua convivência com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha e, por outro lado, de sua formação - que acontece em geral a partir de referenciais biomédicos. Os autores apontam a importância de explorar melhor esta intermediação entre saberes realizada pelos ACS, alertando que esta pode ser entendida como uma tradução que vai do universo científico ao popular. (Nunes *et al.*<sup>2</sup> p.1642).

Questionam se tal mediação é feita no sentido de encontrar uma melhor estratégia para que as normas, objetivos e metas dos serviços sejam entendidos e assimilados pelas “classes populares” ou se é uma mediação que busca nos serviços uma abertura para o entendimento da lógica e da dinâmica locais.

Ainda que o papel de mediação exercido pelo ACS seja uma unanimidade nos documentos e artigos consultados, na revisão bibliográfica realizada esta mediação parece implicar contradições que necessitam ser melhor aprofundadas: a posição do ACS, o qual pode atuar como facilitador ou como empecilho na mediação e no diálogo entre os dois tipos de saberes e práticas; o risco de a prática educativa do ACS ser dominadora; o fato de a educação buscar o convencimento da população com relação ao que deve ser feito; a assimilação por parte do ACS das regras instituídas e sua reprodução de forma mecânica.

#### JUSTIFICATIVA

A escolha do tema a ser analisado se deve, em primeiro plano, ao entendimento de que a realização desta pesquisa seria uma oportunidade de refletir sobre um aspecto da prática na qual estive inserida durante sete anos, à luz de novos conhecimentos adquiridos durante o curso de doutorado.

Ao longo destes anos, além da convivência quase diária com os agentes de saúde, da orientação de seu trabalho e das trocas de conhecimentos e sentimentos, várias atividades educativas realizadas, tais como oficinas com as ACS, avaliações de atividades e outras, foram por mim amplamente registradas, trabalho facilitado pela oportunidade de ter coordenado a Unidade Básica de Saúde (UBS) da Vila do João.

Por outro lado, a relevância do tema se deve ao seu destaque na discussão atual sobre políticas de saúde. A partir de 1997, o PACS e o PSF passaram a ser prioridades do Plano de Metas do Ministério da Saúde. Apesar de o PACS ser compreendido hoje em dia oficialmente como uma estratégia transitória para o PSF, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro<sup>15</sup> mantém a referência a “sua meta de contribuir para a reorganização dos serviços de saúde, integração das ações entre os diversos profissionais e para ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de Saúde”. Com relação ao PSF, os documentos oficiais consideram ser esta a principal estratégia que visa a reorientação do modelo de atenção a partir da Atenção Básica e, ao mesmo tempo, uma estratégia que pode imprimir nova dinâmica de organização dos serviços e

ações de saúde. Sustenta-se que o modelo procura agir sobre as necessidades em saúde, atuando preventivamente ao invés de esperar a demanda espontânea.

Ambos os programas têm em comum e como elemento inovador no quadro funcional, a figura do ACS sobre o qual recaem expectativas de mediação, aproximação, facilitação do trabalho de atenção básica em saúde. Daí a importância de aprofundar estudos sobre seu papel. A relevância científica deste projeto se situa no estudo específico sobre a forma como se dá a mediação realizada pelo agente de saúde no âmbito do processo de conhecimento envolvido em sua atuação.

Por último, o estudo pretende apresentar pistas e contribuições para o debate sobre a qualificação dos agentes de saúde, tanto no que se refere à definição de conteúdos e categorias básicas no processo de trabalho destes profissionais como no aprimoramento do processo de educação popular em saúde como metodologia para sua formação transversal e ferramenta de trabalho dos agentes.

#### DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

De maneira geral, o papel do agente comunitário como mediador entre a comunidade e os serviços de saúde ou entre diferentes saberes é um consenso na literatura consultada (Bornstein & Stotz<sup>16</sup>). No entanto, falta deter-se nesta mediação para examinar as diferentes formas em que ela se realiza. Na ambigüidade entre o conhecimento que vem de sua experiência de vida e aquele oriundo de sua preparação técnica pode residir a riqueza da mediação do agente, na medida que tais itens se referem a um conceito ampliado de saúde e à dinâmica social das/nas comunidades.

A proposta deste projeto é estudar o papel do agente comunitário de saúde como mediador na apropriação de conhecimento tecnocientífico em saúde pela população e na apropriação do conhecimento popular pelo serviço, num contexto comunitário específico, a saber, o da sua atuação no Complexo da Maré, no Rio de Janeiro.

O estudo pretende caracterizar o conflito entre as lógicas institucional e comunitária e as possibilidades de assunção pelos agentes de saúde das diferentes formas de mediação entre saberes. A partir da contribuição de Luckesi<sup>17</sup> que será abordada no capítulo I elaborei a seguinte tipologia:

- Mediação convencedora, por meio da qual se pretende transmitir ou repassar informação sobre atitudes e comportamentos considerados corretos, retificando os desvios existentes;
- Mediação reprodutora, que pretende viabilizar a reprodução da força de trabalho nas suas dimensões biológicas e culturais. Busca multiplicar a ordem

estabelecida e, portanto, manter a sujeição à ideologia dominante. A formação faria parte da padronização, de acordo com um modelo de sociedade;

- Mediação transformadora, que entende a mediação de saberes como a construção de novos conhecimentos e novas práticas em saúde, contribuindo para a transformação da sociedade numa perspectiva democrática.

A mediação entre a organização do serviço e as necessidades da população, ou entre os objetivos institucionais e os objetivos da comunidade será considerada na medida que propicie a contextualização da mediação entre saberes.

**A questão a ser respondida pela pesquisa é: Como se dá a mediação entre o conhecimento tecnocientífico e o conhecimento popular vivenciados pelos agentes de saúde em seu processo de trabalho?**

## OBJETIVO GERAL

Estudar o papel do ACS como mediador na apropriação do conhecimento tecnocientífico em saúde e na permeação dos serviços ao saber popular.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Contextualizar historicamente a atuação dos ACS em uma área urbana.
2. Identificar a concepção de educação presente na prática dos ACS;
3. Identificar situações de conflito e de diálogo na mediação entre saberes;
4. Descrever as práticas educativas dos ACS;
5. Analisar as formas de mediação entre saberes presentes nas práticas.

No primeiro capítulo, abordo os referenciais teóricos da pesquisa, subdivididos em três partes: na primeira são revistos alguns dos estudos que abordam conhecimentos significativos para o entendimento do papel de mediação do agente de saúde. Na segunda e terceira partes são abordados o processo de construção do conhecimento e a metodologia de educação popular, na intenção de tomá-los como parâmetro para a análise do material empírico deste estudo, considerando a importância destes no estudo da mediação de saberes.

No segundo capítulo, exponho a metodologia utilizada, detalhando o universo de pesquisa; os procedimentos de coleta de dados; a identificação dos entrevistados; as categorias para a interpretação dos dados e o método de análise.

No terceiro capítulo, apresento o material empírico oriundo dos diferentes procedimentos de coleta. Inicialmente, retomo a memória documental da qual fazem parte os projetos, relatórios, trabalhos científicos e as fichas de acompanhamento de moradores atendidos pela Unidade de Saúde pesquisada. Ambos recuperam parte da memória da organização desta Unidade, no período entre 1998 e 2002. Em seguida, apresento o resultado das entrevistas feitas com as agentes de saúde e demais profissionais da Unidade pesquisada e, por último, apresento os resultados da observação participante.

No quarto capítulo, busco a resposta à pergunta central desta pesquisa e neste sentido faço a discussão dos resultados encontrados relacionando:

- Os referenciais teóricos;
- A tipologia de mediação mencionada na delimitação do objeto de estudo;
- As categorias prévias e emergentes;
- Novas referências teóricas.

Completam o estudo as conclusões a que cheguei.

## I. REFERENCIAIS TEÓRICOS

O referencial teórico deste projeto está organizado em três eixos temáticos: no primeiro são apresentados alguns dos estudos que abordam conhecimentos significativos para o entendimento do papel de mediação do agente de saúde. Nos seguintes eixos temáticos são abordados o processo de construção do conhecimento e a metodologia de educação popular, na intenção de tomá-los como parâmetro para a análise do material empírico deste estudo, considerando a importância destes eixos no estudo da mediação de saberes.

### 1. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho do ACS

Muitos trabalhos têm sido escritos sobre os Agentes Comunitários de Saúde, sendo que apenas no VII Congresso de Saúde Coletiva, realizado em Brasília no ano de 2003, foram apresentados cerca de 500 trabalhos na forma de estudos e relatos de experiência (Brasil<sup>18</sup>).

Visando sistematizar as referências da literatura relacionadas às concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde, no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), foi realizada uma revisão bibliográfica apresentada a seguir, que resultou na publicação de um artigo (Bornstein & Stotz<sup>16</sup>).

A pesquisa bibliográfica foi orientada para a compreensão e delimitação de categorias de análise dos dados que poderiam facilitar a discussão do trabalho de campo realizado posteriormente. Tais categorias são desdobramentos específicos das dimensões ou eixos temáticos por meio dos quais se procura entender o papel mediador do ACS. Portanto, a revisão dos artigos, documentos e manuais foi organizada e sistematizada em eixos temáticos significativos para este entendimento, a saber:

- **Mudança do Modelo de Atenção**, na medida em que este tema possibilita dimensionar a importância que o ACS tem na busca de uma nova estratégia de reorientação do modelo de Atenção Básica em Saúde e na reorganização dos serviços e ações de saúde. Foram abordados também neste eixo os questionamentos feitos sobre a efetividade da estratégia de saúde da família na mudança do modelo de atenção.

- **Mediação/Elo**, visando-se conhecer a expectativa existente nos documentos oficiais e o que já havia sido escrito por outros autores com relação a este papel dos agentes de saúde.
- **Perfil profissional e atribuições dos ACS**, estabelecidos pela Instituição e pelos quais os agentes de saúde são avaliados e cobrados. Ambos influem na seleção e na formação destes profissionais, norteiam suas ações e, portanto, influenciam o seu papel de mediador.
- **Formação**, em que se estuda o conhecimento em saúde institucionalmente considerado relevante para seu papel de mediador.

Em todos os eixos, foram abordadas as áreas de consenso e as de dissenso entre os autores consultados.

Foram utilizados os seguintes conjuntos de palavras (AND): Agentes Comunitários de Saúde; Agente Comunitário de Saúde; Agentes de Saúde; Agente Saúde; Agente Comunitário; Formação Agentes; Saúde da Família. O maior número de referências foi encontrado no *site* da Biblioteca Virtual em Saúde: <http://saudepublica.bvs.br> no conjunto de palavras Saúde da Família: 358 referências em Literatura Científica> portal de bases bibliográficas> Brasil.

A pesquisa bibliográfica concentrou-se em artigos de periódicos científicos, manuais e documentos oficiais publicados até maio de 2006. Foram eliminados os artigos que, apesar de incluírem a palavra ACS, tinham seu principal foco em indicadores de saúde, aspectos financeiros, administrativos, e temas de interesse específico regional, como por exemplo, cólera na Amazônia. Foram selecionados 50 títulos, consultados integralmente.

O presente trabalho é o resultado da análise dos artigos encontrados nas seguintes bases de dados: acervo da biblioteca da Ensp (Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz – [www.bvssp.cict.fiocruz.br](http://www.bvssp.cict.fiocruz.br)); Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde ([www.saudepublica.bvs.br](http://www.saudepublica.bvs.br)) em literatura científica> portal de bases bibliográficas>Brasil; Editora do Ministério da Saúde (<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos>); Portal da Capes ([www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)), (Periódicos/Textos Completos/Ciências da Saúde/Saúde Coletiva); Portal da Scielo Brasil ([www.scielo.br](http://www.scielo.br)), em pesquisa de artigos; Revista Interface: comunicação, saúde, educação ([www.interface.org.br](http://www.interface.org.br)).

## 1.1. Mudança de Modelo de Atenção

A partir de 1997, o PACS e o PSF passam a ser prioridades do Plano de Metas do Ministério da Saúde, sendo que em documento de sua Secretaria Executiva<sup>19</sup>, o PACS é considerado uma estratégia transitória para o PSF. Por outro lado, nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, o PSF é apresentado como uma estratégia que visa a reorientação do modelo assistencial, substituindo o modelo tradicional de assistência, voltado para a cura de doenças e “hospitalocêntrico”, por outro, cujas principais características são: o enfoque sobre a família a partir de seu ambiente físico e social, como unidade de ação; a adscrição de clientela através da definição de território de abrangência da equipe; estruturação de equipe multiprofissional; a ação preventiva em saúde; a detecção de necessidades da população ao invés da ênfase na demanda espontânea; a atuação intersetorial com vistas à promoção da saúde.

Viana & Dal Poz<sup>20</sup> identificam dois tipos de reforma dos sistemas de saúde, nomeados como *big bang* e *incremental*. O primeiro se caracteriza pela introdução de modificações expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde, de forma rápida e pontual. O segundo, a reforma incremental, baseia-se em pequenos ajustamentos sucessivos com um conjunto de modificações no desenho e operação da política. Mencionam o PSF como uma estratégia de reforma incremental, considerando que este aponta para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde e nas formas de organização dos serviços.

Entre as publicações revisadas, poucas são aquelas que apontam questões críticas na implantação do PACS e do PSF. Franco & Merhy têm questionado o que chamam de “discurso mudancista”, que atribui ao PSF o papel estratégico para a reorganização da prática assistencial em novas bases e afirmam que os debates sobre o PSF têm se caracterizado por despolitização e superficialidade cada vez maiores. Consideram que a observação das experiências indica uma defasagem entre o discurso mudancista e as práticas assistenciais desenvolvidas, mostrando que não se tem conseguido realizar a “missão prometida” (Merhy & Franco<sup>21</sup>, p.119). Para fundamentar esta afirmação, sustentam que:

a) O PSF baseia suas propostas nos conhecimentos relacionados à epidemiologia e à vigilância à saúde, o que não seria suficiente em muitas situações em que o conjunto da prática clínica seria essencial para atender às necessidades de assistência.

- b) Falta um esquema para atender à demanda espontânea que, do ponto de vista do usuário, é uma prioridade.
- c) A proposta do PACS/PSF é elaborada pelo Ministério da Saúde e apresentada aos municípios com um alto grau de normatividade.
- d) A mitificação do médico generalista, como se este profissional por si só pudesse desenvolver novas práticas de saúde junto à população.
- e) As “visitas domiciliares compulsórias” são criticadas, principalmente no que se refere à atuação dos médicos e enfermeiras. Elas deveriam acontecer a partir de uma indicação explícita não como rotina, pois podem inclusive configurar uma excessiva intromissão na privacidade das pessoas.

Os autores concluem que apenas a implantação do PSF não resulta necessariamente na mudança do modelo assistencial. Pode haver Unidades de Saúde da Família medicocentradas assim como outras usuáricentradas, o que vai depender dos diversos modos de agir dos profissionais na relação entre si e com os usuários.

A dificuldade de atender à demanda espontânea é de fundamental importância no trabalho do ACS, o qual é cobrado pela população com relação a seu acesso ao serviço. Outra questão que considero importante ressaltar é a normatividade com relação à proposta de Estratégia de Saúde da Família, segundo a qual o PACS é visto como estratégia transitória, independente da realidade local. Por ser transitória, não existe uma diretriz de reorientação do funcionamento da Unidade de Saúde à qual os ACS estão vinculados, o que deixa este vínculo por conta da orientação local. Não foram encontrados artigos que analisem as possibilidades da relação entre PACS e Unidade Básica de Saúde.

A normatividade se reflete ainda na organização local, ao estabelecer periodicidade de visitas domiciliares e formas de acompanhamento da população priorizada, enrijecendo a busca de soluções para as necessidades locais.

Referindo-se às dificuldades para a consolidação do PSF como estratégia de reorganização do modelo assistencial, Favoreto & Camargo Jr<sup>22</sup> (p.62) afirmam que na maioria dos municípios examinados em seu estudo, tem predominado a estratégia de extensão de cobertura assistencial, marcada pela introdução de uma prática de medicina simplificada, dirigida às populações menos favorecidas. Os autores apontam ainda vários problemas em relação à resolubilidade dos serviços de saúde da família tais como: o sistema de referência e contra-referência, a rigidez na conformação profissional

da equipe de saúde da família, o despreparo e a qualificação insuficiente dos médicos de família. Entendem que a ênfase com relação à mudança do modelo assistencial recai sobre as formas de organização e controle e a normatização dos processos de trabalho; no entanto, é necessário aprofundar uma nova percepção dos profissionais, no que se refere a seus papéis e ao contexto em que atuam, a fim de que possam mudar sua prática. Este entendimento se refere também às representações sociais de saúde, doença e cura da população bem como à participação das dimensões biopsicossociais no processo de adoecimento. Outra questão levantada pelos autores é a falta de apoio material, institucional e político para as equipes de saúde da família no enfrentamento de problemas sociais e ambientais das comunidades assistidas. Desta maneira, as ações comunitárias dependem quase exclusivamente do entendimento e da organização dos profissionais da equipe.

A polêmica sobre o trabalho do ACS como “serviço para pobres” ou como complementar aos serviços já existentes é levantada por Giffin & Shiraiwa<sup>9</sup>. Elas argumentam que durante muitos anos no Brasil, a rede básica de saúde pública vem sendo usada principalmente pela população que necessita de maiores investimentos na busca de melhores soluções devido à precária situação sanitária e ao seu perfil de morbimortalidade. O serviço do ACS seria, portanto, uma busca de alternativa aos serviços tradicionais.

Ainda sobre o mesmo tema de “serviço para pobres” ou serviço complementar aos já existentes, Fernandes<sup>8</sup> (p.136) alerta sobre o risco da implantação de projetos que perpetuem um modelo assistencial desigual e discriminatório no qual exista uma forma de organização dirigida às classes ricas, com profissionais altamente especializados e utilização de tecnologia sofisticada e outra forma, dirigida às populações carentes, baseada em recursos simplificados.

Viana & Dal Poz<sup>20</sup> abordam ainda outras dificuldades com relação à expansão da Estratégia Saúde da Família, que são a lenta resposta do aparelho formador de recursos humanos e as resistências corporativas, tanto das associações de enfermagem como das associações médicas.

## **1.2. Mediação/ Elo**

De acordo com Gilberto Velho<sup>23</sup> (p.20) a existência da mediação fica mais nítida em uma sociedade não apenas altamente diferenciada como desigual, o que ocorre no

meio metropolitano, em que os indivíduos “estão potencialmente expostos a experiências muito diferenciadas, na medida em que deslocam e têm contato com universos sociológicos, estilos de vida e modos de percepção da realidade distintos e mesmo contrastantes”. Alguns indivíduos desempenhariam o papel de mediadores ao lidar com vários códigos e viver diferentes papéis sociais, fazendo o trânsito entre diferentes mundos, estilos de vida e experiências.

No manual “O trabalho do agente comunitário de saúde” (Brasil<sup>7</sup> p. 43), uma personagem que representa uma enfermeira do PACS expressa que o ACS é um agente de mudanças na medida que aprende “com as experiências das pessoas, com os profissionais de saúde, compartilhando o que foi aprendido com a própria comunidade”.

No citado manual, aponta-se a importância do intercâmbio de conhecimentos entre todos os membros de uma comunidade, uma vez que cada um tem seu jeito de contribuir e que toda contribuição tem valor. Esta troca faria parte de um processo de educação para a participação em saúde e o ACS precisaria estar atento a tal processo.

O papel do ACS como mediador é uma unanimidade, tanto no que se refere à mediação entre o serviço e a comunidade, como no que diz respeito à mediação entre diferentes saberes.

É importante salientar a ampliação do conceito de mediação mencionado por Nogueira *et al.*<sup>11</sup>, que entendem que nesta função de “ponte” está incluída a facilitação do acesso aos direitos de cidadania de modo geral. Ao ampliar o conceito de mediação com base em depoimentos colhidos, os autores<sup>11</sup> (p.10) propõem que o papel de mediador social exercido pelo ACS seja assim resumido:

*“é 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”.*

Algumas das questões levantadas pelos autores consultados dizem respeito à forma como é feita a mediação e às interferências que podem ocorrer. Com relação à forma, a mediação pode assumir um caráter vertical à proporção que o serviço prioriza suas orientações na comunidade e procura convencer a população com relação ao valor do saber tecnocientífico. O caráter transformador desta mediação se daria na medida

que existisse maior compartilhamento do conhecimento e maior permeabilidade dos serviços quanto às necessidades e demandas da população. Nos artigos consultados buscaram-se os argumentos que aprofundam a discussão sobre a situação do ACS no processo de mediação.

Mendonça<sup>10</sup> (p.357) destaca a característica singular do ACS no que concerne a seu pertencimento à comunidade, como forma de “garantir a vinculação e a identidade cultural de grupo com as famílias sob sua responsabilidade”.

De acordo com Fernandes<sup>8</sup> (p.18) as práticas dos agentes locais em relação aos outros profissionais parecem ter vantagens em termos da capacidade destes em interagir positivamente com os moradores, devido ao conhecimento que possuem da população e ao mesmo tempo estarem integrados ao serviço. Por outro lado, alerta sobre o risco de os agentes terem uma “participação passiva”, na medida em que assimilam o discurso dos técnicos e o reproduzam de forma mais ou menos mecânica.

A este respeito, Pedrosa & Teles<sup>12</sup> (p.309) na discussão dos resultados de uma pesquisa realizada no Piauí, comentam que os agentes de saúde - na maioria das vezes líderes participantes de movimentos sociais - mudavam sua forma de relacionamento com a comunidade ao se tornarem agentes de saúde. Sua relação passava a se realizar com base nas regras instituídas no contrato e nas metas de produtividade. Por outro lado, os autores assinalam o risco de que na intermediação entre unidade de saúde e usuários, os agentes reproduzam comportamentos calcados em velhas concepções de favores e de facilitação do acesso.

David<sup>4</sup> aborda a ambigüidade vivenciada pelo ACS na mediação de conhecimentos, uma vez que ele está imerso no conhecimento popular devido a sua experiência de vida e, por outro lado, adquire o conhecimento científico na sua formação e na sua experiência profissional. Esta ambigüidade, que pode ser entendida como negativa por ser contraditória, pode ser também vista como uma riqueza, se existir a busca de melhor adequação do serviço à comunidade, e quando esta característica peculiar aos ACS represente um potencial de entendimento da lógica popular, de seu conhecimento sobre saúde, e da dinâmica social presente na comunidade.

As interferências na mediação do ACS se dão por meio das diretrizes ou formas de organização dos serviços que não correspondem às expectativas e necessidades da população, inclusive devido à falta de integração do sistema de saúde, a exemplo da inexistência de contra-referência dos serviços aos ACS interferindo no acompanhamento da população local.

Uma referência importante sobre o eixo ACS/mediador é o artigo de Giffin & Shiraiwa<sup>9</sup> publicado em 1989. No entanto, é necessário levar em consideração que este artigo se refere a uma experiência anterior à adoção do PACS/PSF como política oficial. Algumas das questões polêmicas relacionadas com este eixo mencionadas no artigo e que considero estarem presentes nas experiências atuais são:

- Mais do que uma duplicação dos serviços da rede por meio da ação dos ACS, a visita domiciliar em geral é uma cobertura mais ampla do que a realizada normalmente.
- Sobre a prática educativa e seu caráter dominador ou transformador, as autoras apontam o risco de a educação ser dominadora na medida em que os ACS têm objetivos predefinidos com relação à melhoria da saúde da população. Neste sentido, a atuação do agente de saúde poderia ser a de convencer a população sobre o que deve ser feito (Carvalho, apud Giffin<sup>9</sup>). Como aspecto favorável a uma educação transformadora, as autoras afirmam que a própria formação do ACS já é uma “democratização do saber médico”. Abordam também o fato de os ACS serem moradores da área atendida, que vivem os problemas e falam a linguagem do local, o que lhes facilita a comunicação com os outros moradores e a promoção de ações educativas.

Ao comentar a grande influência dos agentes junto à população das áreas cobertas, Solla *et al.*<sup>13</sup> (p.10) fundamentam-se na pesquisa realizada em 12 municípios do estado da Bahia, onde o PACS estava implantado, revelando que a maioria dos entrevistados, além de conhecer o ACS, também sabia seu nome, seu endereço e maneiras de convocá-lo quando preciso. Destacam o cumprimento da função de elo exercida pelos ACS, elo este que é percebido pelos usuários por meio da facilitação do acesso à unidade básica de saúde. Grande parte dos supervisores pesquisados considerou boa a resposta dos serviços de saúde à maioria dos encaminhamentos feitos pelos agentes; no entanto, ao abordar a contra-referência a avaliação dos supervisores não foi positiva. Outro ponto crítico apontado é a dificuldade dos ACS em encontrar respostas positivas aos encaminhamentos realizados para os serviços de saúde de maior complexidade; isto dificulta seu papel de mediador e resulta potencialmente na “perda de legitimidade do ACS frente à comunidade e o desestímulo do agente para o desempenho de suas ações” (p.14).

Ainda sobre a mediação do acesso no sentido de sua facilitação, Trad *et al.*<sup>14</sup> (p.583) referindo-se à avaliação qualitativa da satisfação de usuários de PSF em cinco municípios da Bahia, confirmam que os ACS são valorizados pelos usuários devido a sua facilidade em transitar no sistema formal de atenção à saúde, o que por sua vez também pode facilitar o acesso ao cuidado dos moradores. No entanto, quando se trata do acesso a serviços de maior complexidade, a avaliação indica que, de forma geral, em todos os municípios pesquisados, o sistema de referência e contra-referência vem funcionando de modo informal, utilizando-se de contatos pessoais com profissionais ligados a setores de média e alta complexidade.

A oscilação entre dominação e transformação presente nos vários tipos de mediação realizados pelos agentes não depende apenas da vontade ou qualidade dos ACS. Interferem múltiplos fatores entre os quais: as diretrizes dos serviços; as metas exigidas; a organização dos serviços e sua permeabilidade à demanda da população; a formação dos agentes de saúde e dos demais profissionais de saúde, que repercutem tanto na facilitação do acesso da população ao serviço e aos direitos de cidadania, na facilitação do cumprimento de metas do serviço e no controle sanitário, como também na mediação de saberes.

### **1.3. Perfil profissional e atribuições dos ACS**

As atribuições básicas dos ACS estão estabelecidas na Portaria GM/MS nº. 1.886 de 18 de dezembro de 1997, detalhadas em 33 itens. São mencionadas:

- Atribuições que fazem parte do conhecimento da área (cadastramento, diagnóstico demográfico, definição do perfil socioeconômico, mapeamento e outras);
- Atribuições que integram o acompanhamento, monitoramento das famílias (visitas domiciliares, atualização de fichas de cadastramento, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças, de gestantes, monitoramento de hipertensos, diarreias, tuberculose, dermatoses e outras doenças);
- A busca ativa de casos de doenças infecto-contagiosas;
- Realização de atividades educativas (sobre planejamento familiar, climatério, educação nutricional, saúde bucal e outras);
- Ações coletivas e intersetoriais (preservação do meio ambiente, abordagem de direitos humanos, estímulo à participação comunitária)

A maioria das “atribuições” mencionadas é composta por atividades relacionadas com os programas desenvolvidos pelas unidades de saúde e têm caráter biomédico e individual. Refiro-me ao caráter biomédico no entendimento de ser seu principal enfoque no ser humano como aparelho ou sistema biológico cujo sofrimento é a razão de ser da medicina. Embora se mencione a necessidade de promover “ações coletivas”, os instrumentos de informação que devem ser preenchidos pelos ACS e fazem parte do Siab (Sistema de Informação da Atenção Básica) não detalham este tipo de trabalho. Este Sistema de Informação é considerado pelo Ministério da Saúde<sup>24</sup> como o principal instrumento de monitoramento e avaliação das ações nos Programas Saúde da Família e de Agentes Comunitários. No entanto, apesar de na ficha de cadastramento da família (ficha A) serem coletadas informações sobre as condições de vida da família, nos demais instrumentos a ênfase está nas informações que possibilitam acompanhar e avaliar as metas do serviço - fundamentalmente biomédicas. As fichas do grupo B devem ser preenchidas para gestantes, hipertensos, diabéticos, pessoas com tuberculose e pessoas com hanseníase. Seu espaço se destina a colher informações que possibilitam o acompanhamento dos procedimentos prescritos como vacinação, e comparecimento a consultas, estado nutricional, se faz dieta, se toma medicação e outros, além de informações que possibilitem a detecção de fatores de risco. A ficha C é utilizada para o acompanhamento domiciliar das crianças e a ficha D é utilizada para o registro numérico de atividades, procedimentos e notificações de todos os profissionais. Na ficha D as informações referentes ao trabalho do ACS podem ser registradas no item procedimentos: visita domiciliar; reuniões e atendimento em grupo – educação em saúde.

Ferraz e Aerts<sup>25</sup> (p.349) destacam a visita domiciliar como principal atividade do ACS mencionada pelos profissionais do PSF de Porto Alegre, seguida da educação em saúde entendida como orientações prestadas às famílias no que se refere à higiene, ao calendário vacinal; aos cuidados com recém-nascidos, puérperas, gestantes; ao uso correto das medicações. Mencionam também que para a maioria dos agentes não é possível visitar as famílias mensalmente conforme orientação do PSF devido ao alto número de famílias sob sua responsabilidade. Segundo estes autores, as atividades administrativas estão entre as menos apreciadas pelos ACS, que se sentem sobrecarregados com tais tarefas e desviados de suas funções.

Nogueira *et al.*<sup>11</sup> (p.5) trazem a discussão sobre o perfil do ACS e seu enquadramento em relação a outras profissões de saúde. Pontuam que existem duas

interpretações: uma, na qual o ACS é entendido como pertencendo ao grupo de enfermagem por realizar cuidados de saúde; outra, em que o ACS é visto como um trabalhador genérico, que não tem similar entre as profissões de saúde tradicionais. Trata-se de um trabalhador *sui generis*, com identidade comunitária, que desempenha tarefas que não se restringem ao campo da saúde, como por exemplo, a facilitação do acesso aos direitos de cidadania de forma geral.

Silva & Dalmaso<sup>26</sup> (p.77) referem-se a duas dimensões principais que podem ser identificadas na proposta de atuação do ACS: uma estritamente técnica, englobando o atendimento aos indivíduos e famílias, a prevenção de agravos e o monitoramento de grupos ou problemas específicos; outra mais política, em que a saúde é entendida no contexto mais amplo, o qual abrange a organização da comunidade e a transformação das condições de vida. Mencionam também a dimensão de assistência social, esclarecendo que esta pode ser encontrada na prática, embora não constasse dos programas oficiais em 2002. Os autores entendem que, ao assumir estas diferentes dimensões, cria-se um dilema permanente para o agente, na medida em que a convivência entre elas gera um conflito na dinâmica do cotidiano. Consideram que o saber sistematizado e os instrumentos existentes na área da saúde não são suficientes para suprir as necessidades de trabalho dos agentes, no que se refere tanto à abordagem familiar, como ao contato com situações de vida precárias. A falta de saberes sistematizados para o pólo mais político e de assistência social acaba fazendo com que os ACS trabalhem mais com o senso comum e com a religião. Ressaltam ainda a variedade de expectativas existentes sobre a função do ACS, que ora se vê como educador em saúde, ora como organizador de acesso, ora como “olheiro” da equipe na identificação e captação de necessidades.

Em debate sobre o texto mencionado anteriormente, Tomaz<sup>27</sup> (p.85) alerta sobre a “super-heroização” e a “romantização” do ACS, quando se atribui a este profissional o papel de ser a “mola propulsora da consolidação do SUS”. O autor entende que as atribuições e o papel do ACS têm sido distorcidos, sobrecarregando seu trabalho. Comenta, também, que o processo de transformação social é lento e tarefa de todos os cidadãos.

Em seus comentários sobre o texto de Silva e Dalmaso, Nogueira<sup>28</sup> (p.92) afirma que o excesso de expectativas com relação ao ACS não decorre do fato de haver descrições discrepantes sobre suas funções, mas principalmente pelas diferenças entre as concepções ético-políticas sobre como a saúde pode ser promovida nessa interface

entre auto-organização comunitária e sistemas de Estado. Identifica, por um lado, uma visão comunitarista, segundo a qual o que o ACS “faz depende dos problemas vividos e referidos pelas famílias, como prioridades que não emanam dos programas de Estado” e por outro uma visão universalista e estatista, segundo a qual o ACS precisa ter um perfil técnico bem estruturado, um preparo técnico uniforme e um cargo nas estruturas organizacionais do Estado. Concorda com Silva & Dalmaso quanto à falta de abordagens e instrumentos adequados de preparação do ACS de uma maneira geral.

Em pesquisa realizada em Bauru/SP (p.201) Levy *et al.*<sup>29</sup> chamam a atenção para o papel de apoio emocional e psicológico assumido pelo ACS e para a função de adequar as orientações sobre saúde à realidade da comunidade.

Em documento recente do Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação (Brasil<sup>30</sup> p.12), toma-se como pressuposto para o delineamento do Perfil de Competências Profissionais do ACS, a “valorização da singularidade profissional do ACS, como um trabalhador de saúde com interface na assistência social, educação e meio ambiente”. Para a construção do “Referencial curricular para o curso técnico de agente comunitário de saúde”, se define que o ACS é um trabalhador do âmbito específico do SUS, ao mesmo tempo em que se aponta sua relevância no contexto de mudança das práticas de saúde e o papel social do ACS junto à população. Retoma-se, ainda, a formulação de Nogueira *et al.*<sup>11</sup> sobre o papel de mediador social do ACS.

#### **1.4. Formação**

Segundo o Guia Prático do PSF<sup>31</sup> (p. 81), o candidato à vaga de ACS não precisa ter conhecimentos prévios na área de saúde. Após sua aprovação, ele receberá treinamento sobre as ações que deverá desenvolver e estará sob constante supervisão do seu enfermeiro/supervisor.

A conclusão do ensino fundamental passa a ser uma exigência a partir da aprovação da Lei 10.507, de julho 2002, que criou a profissão dos ACS. Nesta mesma Lei é colocada a exigência de haver concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para sua formação. Ao Ministério da Saúde cabe definir o conteúdo programático deste curso.

Em documentos oficiais (Brasil<sup>31</sup>; Brasil<sup>32</sup>) existe a recomendação de que toda a Equipe de Saúde da Família (ESF) inicie seus trabalhos por meio de um processo específico de capacitação, chamado Treinamento Introdutório, o qual visa discutir os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e do PSF, instrumentalizando

as equipes na organização inicial do seu processo de trabalho. Esta instrumentalização é proposta nos Cadernos de Atenção Básica: o Caderno 2 (Brasil<sup>33</sup>) apresenta orientações sobre o Treinamento Introdutório e o Caderno 3 aborda o processo de educação permanente (Brasil<sup>34</sup> p.7). A responsabilidade pela capacitação e pela educação permanente dos profissionais inseridos nas equipes do PSF é atribuída, a partir de 1997, aos Pólos de Capacitação, estruturados por redes de instituições de ensino e serviços.

No manual “O trabalho do agente comunitário de saúde” (Brasil<sup>7</sup>), que faz parte do conjunto de materiais de apoio ao processo de capacitação do ACS, o conceito de saúde trabalhado é amplo, incluindo questões relacionadas com alimentação, moradia, trabalho, educação, lazer, cultura, meio ambiente, terra, participação popular, solidariedade, e outros fatores. Os conceitos de prevenção de doenças e promoção da saúde estão presentes em vários trechos do manual, assim como os princípios do SUS. Outro conceito que permeia o manual é o de risco. São mencionadas situações de risco, fatores de risco, áreas de risco, famílias em situação de risco. Apesar de este conceito ser apresentado na maioria dos capítulos como uma situação dinâmica, no texto de apoio sobre diagnóstico comunitário (Brasil<sup>7</sup> p.115) fala-se de indivíduos e grupos de risco, e que estes poderão constituir-se no “alvo” prioritário das atividades e serviços de saúde. A identificação do risco é a primeira das ações sugeridas ao ACS, sendo este, portanto, um conceito chave na capacitação dos ACS.

Entre os artigos e documentos revisados, poucas foram as menções às experiências de formação dos ACS. O artigo de Nunes *et al.*<sup>2</sup> (p.1641) refere-se aos depoimentos dos ACS, que, ao compor a equipe de saúde da família, consideram estar assumindo a responsabilidade de dominar certos conteúdos e práticas referentes à biomedicina. Por meio da formação que recebem, têm maior acesso ao saber biomédico, que por ser mais valorizado do que o conhecimento popular, lhes conferiria maior prestígio social. Esta seria uma contradição, já que o conhecimento característico do ACS é o saber popular sobre saúde e o conhecimento sobre a dinâmica social da comunidade onde trabalha. Os autores questionam ainda a consciência dos ACS quanto à importância deste conhecimento que lhes é genuíno bem como o preparo das equipes de saúde da família para incorporá-lo.

Em relação aos programas de saúde de forma geral, Giffin & Shiraiwa<sup>9</sup> (p.42) ressaltam a importância de se abordar as necessidades sentidas e as soluções apresentadas pela população, sem negar a responsabilidade técnica em apontar outras

necessidades e a busca de soluções. Isso implicaria a criação de espaços onde esta troca pudesse ser legitimada e a disponibilidade de relativizar todos os saberes.

Silva & Dalmaso<sup>26</sup> (p.81) apontam a importância de haver flexibilidade nos processos e metodologias de preparação de pessoal, tendo em vista a enorme variedade de contextos em que se implanta o Programa. Como uma das estratégias para o desenvolvimento do trabalho do agente comunitário, os autores mencionam as atividades de supervisão dos trabalhos a fim de manter sua qualidade.

Ao discutir o processo de formação ou qualificação de recursos humanos, Tomaz<sup>27</sup> (p.87) ressalta três aspectos que devem ser levados em conta: o perfil do profissional a ser capacitado; suas necessidades de formação e qualificação; e as competências que devem ser desenvolvidas ou adquiridas no processo educacional. Entende que “o processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel”. Defende a necessidade de utilizar métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos e críticos, centrados no estudante, e, quando possível, incluindo novas tecnologias, como a educação à distância. Inclui ainda a necessidade de o programa abordar competências “transversais”, como a capacidade de trabalhar em equipe e a comunicação.

De acordo com Mendonça<sup>10</sup> (p.358), os conhecimentos exigidos no processo de trabalho do ACS são bastante complexos e diversificados, além de transcenderem o campo da saúde por requererem a aprendizagem de aspectos que estão presentes nas condições de vida da população e que exigem uma atuação intersetorial.

No segundo semestre de 2004, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, lança o documento: “Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde”<sup>30</sup>. Este documento pretende servir como fonte de orientação à construção autônoma pelas escolas de seus currículos destinados a organizarem Cursos Técnicos de formação do ACS.

O Referencial Curricular está direcionado para a preparação de técnicos de nível médio, que deverão atuar junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades. São mencionados também a atuação intersetorial e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde. O curso está estruturado com uma carga horária mínima de 1.200 horas e sua realização está prevista em três etapas: Etapa formativa I, para todos os ACS inseridos no SUS, independentemente de escolarização e com carga

horária de 400 horas. Etapa formativa II, para os ACS que concluíram a Etapa formativa I e completaram ou estão cursando o ensino fundamental, com a carga horária de 600 horas. Etapa formativa III, para concluintes das etapas anteriores que estão cursando ou concluíram o ensino médio, com carga horária de 200 horas. No documento está prevista ainda a prática profissional, que deve ser incluída na carga horária de cada etapa.

## **2. O processo de construção do conhecimento**

Como pensar estas dimensões do papel dos ACS do ponto de vista do processo de conhecimento aí envolvido? Inicialmente situarei as diferentes perspectivas no processo de construção do conhecimento.

Segundo o realismo, o mundo existe independente do observador, ou seja, existe como realidade objetiva e externa ao indivíduo, cujas qualidades intrínsecas se apresentam ao observador; o conhecimento é uma descoberta deste mundo real; portanto, conhecer significa descrever a realidade como ela é. Neste sentido, o conhecimento científico seria a aproximação cada vez maior da verdade. O conhecimento científico seria objetivo, e descreve uma realidade ontológica, de existência própria e independente da interferência do observador.

Em contraposição a este conceito, o construtivismo se fundamenta no entendimento de que a realidade é construída pelo sujeito cognoscente, em sua interação com o mundo, em conjunto com os outros seres humanos. Segundo Moretto<sup>35</sup> (p.49), o construtivismo é uma teoria do conhecimento que, embora não negue a existência do mundo de objetos, que conforma o meio onde vive o homem, entende que “o conhecimento desses objetos não é diretamente acessível, mas construído pelo sujeito. Essa construção segue um processo que começa sempre por uma escolha feita pelo observador”.

Ao nascer, o homem encontra conhecimentos já estabelecidos e legitimados antes, os quais constituem, como menciona Moretto, a realidade objetivada pela sociedade. Por outro lado, através de sua própria experiência, o homem vai construindo sua representação pessoal da realidade e os novos conhecimentos.

Numa perspectiva construtivista, o processo de construção do conhecimento deve dar continuidade ao conhecimento já apropriado antes. Trata-se da reestruturação de conceitos prévios através da reorganização dos esquemas cognitivos, daí a

importância de conhecer as expressões deste conhecimento por meio de diferentes ações.

Segundo García<sup>36</sup> (p. 47), um dos princípios fundamentais da epistemologia construtivista é o da continuidade funcional dos processos construtivos do conhecimento. Não existe um ponto de partida absoluto para o conhecimento nem é possível definir uma característica geral intrínseca do que é conhecimento. Este é caracterizado como um processo que adquire sentido num contexto social, o mesmo ocorrendo com seus graus e níveis. Refere-se à teoria piagetiana (p.58), segundo a qual o papel da atividade cognoscitiva é o de “dar forma”, “impor uma ordem”, nas interações do sujeito cognoscente com o que poderia ser chamado provisoriamente de “mundo externo”. Isto requer uma atividade construtiva de formas organizativas, as quais intervêm desde o início na interpretação de dados.

Com relação ao conhecimento científico, Maturana<sup>37</sup> aponta que a ciência não difere de nenhum outro domínio cognitivo, pois sua validade e universalidade não se encontram em um acesso privilegiado da realidade, mas na comunidade de observadores que o constitui, aceita e valida como ação adequada, a qual por sua vez define e dá corpo a esta mesma comunidade. A ciência não é um saber neutro, um discurso meramente racional e isento de paixões. Enquanto domínio cognitivo do humano, a ciência aparece e se faz possível, permeada pelos nossos desejos, ambições e preferências.

Carvalho *et al.*<sup>38</sup> destacam a característica compartilhada da construção do conhecimento que “implica uma interação comunicacional, em que sujeitos com saberes diferentes, porém não hierarquizados, se relacionam a partir de interesses comuns” (p.102).

Um dos aspectos fundamentais dos mecanismos de aquisição do conhecimento é a lógica que vai sendo construída pelo sujeito para interpretar e explicar o mundo. Partindo de suas experiências prévias e dos desafios enfrentados, o sujeito constrói sua reflexão crítica que é parte do processo de aprendizagem. Ao mesmo tempo, este processo se dá num contexto social que também faz parte da sua construção.

“o estudo dos processos cognitivos pode mostrar que uma informação nova só é recebida e assimilada, isto é, só se torna apropriável e memorizável se quem a adquire conseguir configurá-la *à sua maneira*, assumi-la por sua conta inserindo-a em sua conversação, em sua língua

habitual e nas coerências que estruturam seu saber anterior. Sem transpor o limiar desta etapa, a nova informação permanecerá frágil, constantemente suscetível de esquecimento, de deformação e de contradição” (Certeau *et al.*<sup>39</sup> p.338).

Ainda de acordo com Certeau *et al.*<sup>39</sup> (p.339):

“Apropriar-se das informações, colocá-las em série, montá-las de acordo com o gosto de cada um é apoderar-se de um saber e com isso mudar de direção a força de imposição do totalmente feito e totalmente organizado. É traçar o próprio caminho na resistência do sistema social com operações quase invisíveis e quase inomináveis”.

Vigotski<sup>40</sup> enfatiza a importância do meio sociocultural sobre a construção do conhecimento. Este último não é fruto simplesmente de características presentes desde o nascimento do indivíduo nem resulta apenas de fatores externos. Existe uma interação dialética do homem com seu meio, em que ambos se modificam. Portanto, o conhecimento não é fruto somente da ação do homem sobre a realidade, mas sim da interação entre os homens e de sua interação na sociedade que possui características histórico-sociais e condições específicas. O papel do educador, para Vigotski, é o de mediador do processo de aprendizagem, propondo desafios e ajudando a resolvê-los.

Pedro Demo<sup>41</sup> (p.4) afirma que “conhecer não é apenas afirmar, constatar, comprovar, mas questionar, duvidar, contestar”. Ressalta o conhecimento como fruto da habilidade desconstrutiva, da postura rebelde e questionadora. O importante é a capacidade de ler a realidade de forma alternativa, é saber pensar. O conhecimento adquirido com o processo de desconstrução e construção possibilita que o ser humano seja sujeito de sua própria história. Ao mesmo tempo, o autor aponta para o fato de o conhecimento não ser algo objetivo ou neutro, mas sim político.

Na proposta pedagógica de Paulo Freire, a problematização da realidade se constitui num ponto de partida para o processo de aprendizagem, tanto por despertar no educando o desejo do conhecimento como por possibilitar a apropriação de novas idéias e conceitos pelo sujeito. Nesta concepção pedagógica, o aprendizado não é o abandono das idéias prévias do educando para justapor novas informações ou idéias. As idéias prévias são um ponto de partida ou “âncoras” para a elaboração das relações com os novos conhecimentos. Por sua vez a reflexão crítica com base em experiências anteriores seria também uma fonte estimuladora de autonomia e decisão.

Para Freire<sup>42</sup> (p.97), na medida em que os seres humanos entendem que o futuro não é algo inexorável, que não vêem a História como um jogo de destinos certos, mas sim como possibilidade, a decisão, a consciência, a subjetividade e a intervenção crítica passam a ter importância na reconstrução do mundo.

### **3. Educação popular como metodologia na mediação de saberes**

O processo de conhecimento tem uma função educativa na sociedade, visa socializar os indivíduos ou construir subjetividades (modos de perceber, crer, conhecer). Educar é ensinar-aprender comportamentos, crenças, valores, saberes. Não existe, porém uma única concepção de educação.

De acordo com Luckesi<sup>17</sup> (p.37-52), as diferentes concepções de educação que fundamentam as pedagogias adotadas são:

- A concepção segundo a qual a educação é responsável pela direção da sociedade, procurando mantê-la, conservá-la e integrando os indivíduos no todo social;
- A concepção que interpreta o papel da educação como instância que faz parte da sociedade e está a seu serviço para reproduzi-la;
- A concepção segundo a qual a educação pode ser uma instância social, entre outras, na luta pela transformação da sociedade.

O autor comenta que estas três formas de entender o sentido da educação na sociedade podem ser expressas pelos seguintes conceitos: “educação como *redenção*; educação como *reprodução*; e educação como um meio de *transformação* da sociedade”. Para a educação redentora, a sociedade é entendida como “um conjunto de seres humanos que vivem e sobrevivem num todo orgânico e harmonioso, com desvios de grupos e indivíduos que ficam à margem desse todo”. O papel da educação seria o de integrar harmonicamente os indivíduos no todo social já existente, corrigindo seus desvios. De acordo com a segunda tendência, a educação faria parte da sociedade sendo determinada por seus condicionantes econômicos, sociais e políticos; seu papel seria reproduzir o modelo vigente, perpetuando a sociedade. Luckesi<sup>17</sup> (p.42), apoiando-se em Althusser, menciona que “Toda sociedade, para perenizar-se, necessita *reproduzir-se* em todos os seus aspectos; caso contrário, desaparece.” É necessário reproduzir os meios materiais e culturais da sociedade e a força de trabalho é um de seus elementos,

que possui uma vertente biológica e outra cultural. O papel da educação seria justamente o de viabilizar esta reprodução da força de trabalho do ponto de vista quantitativo (biológico) e qualitativo (cultural). A terceira tendência entende a educação como “uma instância dialética que serve a um projeto, a um modelo, a um ideal de sociedade”. A mediação realizada pela educação depende do tipo do projeto de sociedade, portanto, “se o projeto for conservador, media a conservação; contudo, se o projeto for transformador, media a transformação; se o projeto for autoritário, media a realização do autoritarismo; se o projeto for democrático, media a realização da democracia”.

Dentre as possibilidades da terceira tendência, estaria, portanto a da educação transformadora a serviço de um projeto de libertação das maiorias dentro da sociedade. É neste sentido que retomo, a seguir, alguns marcos da história da Educação Popular em Saúde no Brasil, para o entendimento de sua importância como um meio de transformação da sociedade.

Stotz<sup>43</sup> (p.10), apoiando-se em Vasconcelos,<sup>44</sup> entende a Educação Popular e (em) Saúde como “‘movimento social’ singular, composto de pesquisadores, profissionais e técnicos do chamado setor saúde, e de ativistas, técnicos e lideranças dos movimentos e organizações sociais comprometidos em participar e ampliar os esforços de emancipação das camadas trabalhadoras do povo brasileiro. Trata-se de um movimento que, em sua heterogeneidade, participa de visões de mundo diferentes (cristianismo, humanismo e socialismo), mas compartilha a abordagem freiriana da educação”.

Os fundamentos da educação popular no Brasil encontram-se nos trabalhos comunitários desenvolvidos a partir da década de 1950, principalmente os ligados à Igreja Católica e voltados para as camadas populares. Estas experiências buscavam a construção de uma sociedade mais justa e democrática, através de trabalhos de “educação de base” ou “educação de adultos”. A metodologia de educação popular foi sistematizada por Paulo Freire e, nos anos 1960, foram publicados seus primeiros livros: *Educação como prática da liberdade*<sup>45</sup> (1967) e *Pedagogia do oprimido*<sup>46</sup> (1970). O método propunha partir de uma situação-problema do educando (de sua realidade); analisá-la criticamente para atuar sobre ela.

Durante o regime militar iniciado em 1964, a política de saúde enfatizava a expansão de serviços médicos privados, fortalecendo também a concepção de saúde

como assistência médica; educação em saúde não teve maior espaço. A Igreja Católica representou uma alternativa de trabalho junto às classes populares, por meio de movimentos juvenis, movimentos comunitários e outros. A partir dos anos 1970, profissionais da saúde começam a participar de experiências locais de serviços comunitários de saúde, independentes do poder do Estado.

Retomando a história da Educação Popular nos Serviços de Saúde, Eymard Vasconcelos<sup>47</sup> menciona que nos inícios da década de 1970, com o crescimento das manifestações populares, o governo se vê pressionado a preocupar-se com os problemas de saúde, educação, habitação e saneamento da população. Ao mesmo tempo, devido à crise econômica e à escassez de recursos financeiros, o governo busca um modelo alternativo de assistência médica. No final dos anos 1970, sob a influência da Conferência de Alma-Ata (1978) ocorre a multiplicação de Serviços de Atenção Primária à Saúde, criando condições para a fixação de profissionais de saúde nos locais de moradia das classes populares. Estes serviços, no entanto, subsistiam com escassos recursos, com freqüentes interferências políticas e baixa prioridade do governo.

Segundo Stotz<sup>43</sup> (p.15), as esquerdas - católica (comunidades eclesiais de base) e comunista (Partido Comunista Brasileiro, Ação Popular, Partido Comunista do Brasil) - apostavam na possibilidade de a medicina comunitária ser um espaço “para criar ou reorientar interesses e objetivos de uma ‘comunidade’, propiciando, assim, a constituição de sujeitos e atores, tensionando os limites da estrutura social e poderes vigentes”.

O autor faz também um relato sobre a articulação das experiências de medicina comunitária que acontece a partir de 1979 no I Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária (Enemec) na cidade de Lins (SP), patrocinado pela arquidiocese local. Em 1981, acontece o terceiro Encontro do qual surge a proposta de transformar o Enemec em Movimento Popular de Saúde (Mops), buscando articular as várias experiências de Medicina Comunitária nas quais acontece uma maior aproximação entre profissionais e classes populares, bem como se sentam as bases para o diálogo, a troca de saberes e de experiências. Por meio da educação popular em saúde, procura-se romper com a tradição autoritária e normatizadora dos serviços de saúde, passando a assessorar as demandas e iniciativas populares.

Nos dias atuais, uma das instâncias de articulação deste movimento é a Rede de Educação Popular e Saúde formada desde 1991, na qual profissionais de saúde, professores universitários e lideranças dos movimentos populares têm um espaço de

discussão virtual, estruturação de encontros e publicações conjuntas. Em 2003 foi criada a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (Aneps), por iniciativa do MOPS, da Rede de Educação Popular e Saúde, do Movimento de Reintegração dos Atingidos pela Hanseníase, do Movimento das Mulheres Camponesas, do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra, do Projeto Saúde e Alegria (Grupo de Trabalho da Amazônia) e executivas dos movimentos de estudantes da saúde. A Aneps se estrutura em grande parte dos estados brasileiros, na perspectiva de fortalecimento dos Movimentos Populares e das práticas de educação popular e de sua incorporação na política de saúde.

A prática da educação popular não é hegemônica nos trabalhos de saúde e, neste sentido, Stotz<sup>48</sup> (p. 21) aborda os enfoques sobre educação e saúde e menciona que apesar das evidências epidemiológicas de que os fatores responsáveis pelas melhorias de saúde são sociais, comportamentais e ambientais, “o modelo médico ainda constitui a base filosófica da educação e saúde, orientando o enfoque dominante nos serviços de saúde, a saber, o preventivo”.

A posição predominante entre os profissionais de saúde com relação ao trabalho educativo é a responsabilização do indivíduo pela mudança de padrões comportamentais que incidam sobre a situação de saúde. Buscam modificar o comportamento ou as condutas da população consideradas prejudiciais à saúde. Com relação à forma unilateral de transmissão de conhecimento presente nesta corrente educativa, Paulo Freire<sup>46</sup> destaca que nela está implícito o entendimento de que o educando não tem conhecimentos anteriores e, portanto, nele devem ser depositados os conhecimentos do educador. O autor refere-se a este tipo de educação como “*educação bancária*”, na qual o conhecimento é visto como “uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber” (p.67). Eymard Vasconcelos<sup>44</sup> (p.123) denomina este tipo de educação de “*toca boiada*”, reportando-se à imposição de normas e comportamentos considerados adequados pelos técnicos, que conduzem a um caminho previamente determinado. Estabelece-se uma relação vertical e autoritária entre o profissional e a população, baseada na crença de que é o educador quem detém o saber e deve transmitir suas informações e ensinamentos. Paulo Freire<sup>46</sup> (p.34) comenta que “toda prescrição é a imposição da opção de uma consciência a outra. Daí o sentido alienador das prescrições que transformam a consciência recebedora no que vimos chamando de consciência ‘hospedeira’ da consciência opressora”.

De acordo com Valla<sup>49</sup> (p.179), ao oferecer seu saber à população está implícito o entendimento do profissional de que o saber “da população é insuficiente e, por esta razão inferior, quando na realidade, é apenas diferente”. Considera que os “profissionais/mediadores” têm dificuldade em admitir que também os grupos populares sejam produtores de conhecimento e por esse motivo, assumem o papel de “tutores” na relação com estes grupos. Isto também se aplica à concepção saúde-doença-cuidado. No campo da saúde, a imposição de normas e comportamentos se respalda no medo ao sofrimento, ao adoecimento, à morte. O que pode acontecer com quem não segue as prescrições é a principal argumentação desta concepção de educação.

Valla afirma que esta dificuldade dos profissionais em compreender a fala das “classes subalternas” está mais relacionada à sua postura do que a questões técnicas como, por exemplo, as lingüísticas. Aborda também a dificuldade em entender a existência de concepções de mundo heterogêneas entre as classes subalternas, devido às suas raízes culturais, sua história e suas experiências de vida.

A educação popular parte do princípio de que o educando possui um saber prévio, adquirido em sua história de vida, sua prática social e cultural; este é o ponto de partida para a aquisição de novos conhecimentos. A relação que se estabelece entre educador e educando é necessariamente dialógica, baseada no reconhecimento da existência de diferentes saberes e na possibilidade de aprendizagem mútua.

Carlos Rodrigues Brandão<sup>50</sup> (p.105) se refere à existência de tipos de “saber comunitário” que são passados de geração em geração, por meios comunitários de transferência: crenças e valores, formas de representação do mundo, lógicas e códigos próprios, formas próprias de saber: “assim, as formas próprias de educação do povo, servem a ele como redes de resistência a uma plena invasão da educação e do saber ‘de fora da classe’”.

Outro elemento fundamental na metodologia de educação popular é o entendimento da educação como um processo de busca e de invenção ou reinvenção que parte da ação e da reflexão do homem sobre o mundo para transformá-lo. A problematização das experiências ou situações vividas se constitui em desafio para a transformação e, portanto, em fonte para a organização do conteúdo programático do processo educativo: “a incerteza como caminho de ganhar a certeza”. (Freire e Betto<sup>51</sup> p.76). Freire aponta o motivo da falha de processos educativos baseados em conteúdos programáticos impostos, em que os assuntos são elaborados *para* o educando e não *com* ele, sem levar em conta o homem em situação; isto aumenta o risco de que se abordem

temáticas que não fazem parte da experiência existencial do educando nem sejam do seu interesse.

De acordo com Carvalho *et al.*<sup>38</sup> (p.103), a construção do conhecimento por meio do compartilhamento de saberes consiste num diálogo: “todos os sujeitos são docentes de saberes diferentes”. Este entendimento incorpora a visão de Santos<sup>52</sup>, na qual a caracterização do senso comum não tem como referência sua contraposição ao conhecimento científico. O senso comum ou o saber popular expressa a experiência da população, suas estratégias de vida; por outro lado, a ciência é fruto de estudos e experimentos realizados durante anos. Para Carvalho *et al.*<sup>38</sup> a relação entre o conhecimento científico e o senso comum no que diz respeito à saúde deve considerar: os limites do conhecimento científico sobre saúde no que se refere às causas das doenças e à sua cura; a importância da experiência da enfermidade e do conhecimento comum das pessoas; a concorrência entre diferentes sistemas médicos; a medicalização de comportamentos sociais e a complexidade do adoecer humano.

Boaventura Santos entende que “caminhamos para uma nova relação entre a ciência e o senso comum, uma relação em que qualquer deles *é* feito do outro e ambos *fazem* algo novo” na intenção de construir “um senso comum esclarecido e uma ciência prudente” (Santos<sup>52</sup> p.41-42).

A saúde da família tem sido apresentada como uma estratégia que visa substituir o modelo assistencial tradicional, orientado para a cura de doenças e hospitalocêntrico por outro, cujas principais características são: o enfoque na família a partir de seu ambiente físico e social; a adscrição de clientela; a ação preventiva em saúde; a detecção de necessidades da população ao invés da regulação através da demanda espontânea.

Albuquerque & Stotz<sup>53</sup> (p.260) consideram que pelo fato de a atenção básica ser o principal *locus* para o desenvolvimento de ações de educação em saúde e sendo o PSF a principal estratégia de reorientação do modelo assistencial, este pode ser considerado um ambiente favorável ao desenvolvimento da educação popular em saúde.

Tanto no PACS como no PSF o agente comunitário de saúde é um elemento chave da equipe. Este profissional possui a característica peculiar de ser morador da comunidade onde atua; portanto, tem acesso ao saber popular por sua experiência de vida e, ao mesmo tempo, ao saber tecnocientífico, por sua formação e experiência profissional. Ao mesmo tempo, os demais profissionais das equipes de saúde destes programas têm também uma proximidade com as condições e modo de vida da

população, o que pode lhes facilitar a compreensão da sua experiência de vida. No entanto, apesar do ambiente favorável criado pelo PACS/PSF para ações baseadas na integralidade da atenção e no princípio dialógico do conhecimento entre saberes diferentes, estas potencialidades não garantem a substituição do modelo tradicional, vertical e orientado para as doenças. É necessária uma nova postura dos profissionais, maior participação da comunidade e maior permeabilidade dos serviços às necessidades e demandas da população. Na medida em que grande parte dos profissionais de saúde considere seu conhecimento como “o correto”, a tendência é que o ACS faça o mesmo e procure realizar a mediação do convencimento. Na cadeia de transmissão do conhecimento, o ACS passa a ser aquele que facilita essa transmissão da equipe para a população, numa lógica da simples multiplicação do conhecimento.

Neste estudo, a metodologia de educação popular é entendida como base para uma mediação transformadora e como alternativa de abordagem dos problemas de saúde, necessária para a reorganização dos serviços de saúde.

“Uma mesma ação pode alienar ou conscientizar, libertar ou criar dependência dependendo da maneira como é conduzida e do lugar e do momento em que é realizada”. (Vasconcelos<sup>47</sup> p.26).

#### **4. Considerações Finais**

Retomando a questão que pretendo responder no desenvolvimento desta pesquisa, que é: “Como se dá a mediação entre o conhecimento tecnocientífico e o conhecimento popular vivenciados pelos agentes de saúde em seu processo de trabalho?”, pude verificar na literatura revisada que:

- A reorientação do modelo de Atenção Básica e o estabelecimento de uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde são propostas presentes em todos os documentos oficiais e em grande parte da literatura referente à Estratégia de Saúde da Família. No entanto, foi possível encontrar na literatura vários questionamentos ao “discurso mudancista” presente nos documentos oficiais, entre os quais destaco: apesar da prioridade na prevenção de doenças e na promoção da saúde, existem necessidades imediatas da população que precisam ser satisfeitas; a imposição do modelo e o alto grau de normatividade da proposta do PSF; a mitificação do médico generalista em contraposição ao especialista; a falta de garantia na mudança do modelo

“médicocentrado”; a lenta resposta das instituições de formação de profissionais com o novo perfil. Em relação ao PACS, que é o modelo analisado nesta pesquisa, não existe uma diretriz de reorientação do funcionamento da Unidade de Saúde à qual os ACS estão vinculados. Não foram encontrados artigos que analisem as possibilidades desta relação.

- Também é reconhecida a importância do papel do ACS como mediador, tanto no que se refere à mediação entre o serviço e a comunidade como à mediação entre diferentes saberes, sendo ainda reconhecido o papel do ACS na facilitação do acesso aos direitos de cidadania de modo geral. O ACS é definido por Nogueira *et al.*<sup>11</sup> como um trabalhador *sui generis*, por ser um trabalhador genérico, de identidade comunitária, que realiza tarefas que extrapolam o campo da saúde. São levantadas questões relativas à forma como é feita a mediação:

- ❖ Esta pode assumir um caráter vertical no sentido do estabelecimento de uma hierarquia, na medida em que o serviço prioriza suas metas e orientações na comunidade e procura convencer a população da necessidade de seguir orientações tecnocientíficas.

- ❖ Ou um caráter transformador, na medida em que exista um maior compartilhamento do conhecimento e maior permeabilidade dos serviços com relação às necessidades e demandas da população.

No entanto, não existe uma diretriz clara no que se refere à forma como esta mediação realizada pelo ACS pode contribuir na mudança de modelo.

- As atribuições dos ACS fixadas na legislação referem-se, sobretudo, a atividades relacionadas aos programas desenvolvidos pelas Unidades de Saúde e têm caráter biomédico e individual. Apesar de serem mencionadas também ações coletivas e educativas, o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) não solicita o detalhamento das mesmas.

- No que se refere à formação do ACS, apesar de o Ministério da Saúde definir as principais diretrizes para sua formação, na prática este

processo ainda é muito diversificado e acontece geralmente a partir de referenciais biomédicos. A nosso ver, uma contribuição a esta formação deve considerar os conceitos de saúde e o de risco presentes no manual “O trabalho do agente comunitário de saúde” (Brasil<sup>21</sup>) uma vez que remetem, respectivamente, a dimensões mais amplas do que o corpo da biomedicina e enfatizam o conhecimento da dinâmica social local.

As diferentes perspectivas sobre o processo de produção do conhecimento, encontradas na literatura revisada, foram abordadas na segunda parte deste capítulo, tendo em vista meu objeto de estudo - a mediação de saberes. As diferentes formas de conduzir a mediação refletem diferentes concepções sobre o processo de produção do conhecimento: existe uma forma mais vertical, na medida em que o conhecimento científico seja considerado objetivo, verdadeiro, aquele que reflete a realidade e cujo principal representante na comunidade é o profissional, neste caso, da saúde; e outra forma, mais transformadora, na qual o processo de produção do conhecimento é entendido numa perspectiva construtivista, dando continuidade ao conhecimento já apropriado antes e acontecendo num contexto sociocultural específico. Ainda na perspectiva construtivista, destaca-se a característica da construção compartilhada do conhecimento entre sujeitos com diferentes saberes que, no entanto, não são hierarquizados. Esta forma de entender o processo cognitivo tem também uma implicação política, pois, como menciona Certeau *et al.*<sup>39</sup> (p.339), “Apropriar-se das informações, colocá-las em série, montá-las de acordo com o gosto de cada um é apoderar-se de um saber e com isso mudar de direção a força de imposição do totalmente feito e totalmente organizado.”

Por último, abordo nos referenciais teóricos a educação popular como uma concepção de educação que corresponde à mediação transformadora e, ao mesmo tempo, é tida como movimento social (Vasconcelos<sup>44</sup>) que busca a emancipação das camadas trabalhadoras do povo brasileiro.

A posição predominante entre os profissionais de saúde é ainda a da educação como transmissão de conhecimentos tecnocientíficos e a responsabilização do indivíduo pela sua situação, sobretudo de doença. Freire<sup>46</sup> destaca que está implícito neste tipo de educação o entendimento da falta de conhecimentos anteriores do indivíduo. No mesmo sentido, Valla<sup>49</sup> considera que, ao oferecer seu saber para a população, o profissional considera que o da população é insuficiente e inferior, o que estaria relacionado à dificuldade dos profissionais em compreender a fala das “classes subalternas”.

Na perspectiva da educação popular, além do reconhecimento da importância da diversidade como riqueza e como possibilidade na construção do conhecimento, o senso comum ou o saber popular são considerados expressão da experiência da população, a qual não se contrapõe ao conhecimento científico. Ambos se complementam e fazem parte da construção de um novo saber. Por outro lado, ao partir das experiências e situações vividas pela população, o processo educativo tem maior possibilidade de despertar seu interesse e de corresponder às suas necessidades.

A riqueza da atuação do agente comunitário de saúde na mediação de saberes se dá justamente por sua origem e inserção na comunidade onde atua e, ao mesmo tempo, por sua participação profissional no serviço de saúde; isto lhe possibilita o acesso ao saber popular e também ao tecnocientífico. A educação popular como metodologia e como movimento social aponta para uma mediação transformadora que, de acordo com a revisão bibliográfica realizada, não parece ser o enfoque principal encontrado nas experiências desenvolvidas na atualidade.

## II. METODOLOGIA

Dar sentido aos acontecimentos do mundo faz parte da prática social do ser humano em diferentes domínios de nossas atividades, tanto no terreno da religião como no da arte, no da filosofia e no da ciência; o mesmo ocorre, portanto, nos domínios de pesquisa.

A metodologia a ser utilizada neste estudo, coerente com os referenciais teóricos deste Projeto, se caracteriza por ser “construcionista”, no sentido mencionado por Spink, para quem a pesquisa científica, além de ser uma prática reflexiva e crítica, é também uma prática social, por meio da qual são produzidos os sentidos sobre os eventos do mundo. De acordo com Spink & Menegon<sup>54</sup> (p.76) “a investigação construcionista tem como foco principal a explicação dos processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam ou contabilizam o mundo no qual vivem, incluindo a si mesmas”. Por ser um processo situado social e historicamente e, portanto, inacabado e contínuo, exige uma busca permanente, tanto no campo teórico como no metodológico. Nesta perspectiva, o pesquisador está engajado na construção ativa dos sentidos e não apenas na descrição passiva de objetos do mundo natural ou de fatos preexistentes sobre o mundo.

Quanto à forma de abordagem no tratamento dos dados da pesquisa, o caminho escolhido foi o que Minayo<sup>55</sup> denomina a Hermenêutica-Dialética, a qual se fundamenta sobretudo no diálogo e no confronto entre Gadamer e Habermas, que se desenvolveu a partir dos anos 1960.

Segundo Minayo<sup>55</sup> (p.220), “para Gadamer, a hermenêutica é a busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos”. A comunicação (entrevistas, documentos, observações) e a compreensão dessa comunicação acontecem num determinado tempo e espaço. Existe a possibilidade de que o contexto dos sujeitos da comunicação seja diferente daquele do pesquisador, uma vez que na sua conformação entra o grupo social de origem, o tempo histórico, a formação e outros fatores. Daí a importância de explicitá-los. Faz ainda parte da tarefa interpretativa a busca do entendimento da comunicação a partir do mundo em que vive o autor, de seu grupo social bem como das razões que o fazem apresentar um texto de uma ou de outra maneira. “Somente na medida em que descobre as razões que fazem aparecer tal como é um depoimento de determinado locutor, o analista pode apreender o que o sujeito quis dizer, isto é, a significação da fala” (p. 223).

Com relação à abordagem dialética, Habermas (apud Minayo<sup>55</sup> p.224) ressalta que:

- A razão humana compreende, esclarece, reúne, mas ao mesmo tempo contesta e dissocia;
- A linguagem está marcada pelo caráter ideológico das relações de trabalho e poder, portanto, ao mesmo tempo em que é possibilitadora de comunicação, traduz também as suas dificuldades;
- É importante reconhecer o engajamento de todo trabalho de compreensão, portanto, um trabalho crítico busca um método no qual a interpretação seja transformação e vice-versa;
- Ressalta o condicionamento histórico do pensamento, da reflexão e a determinação material da ideologia.

A hermenêutica e a dialética são apresentadas como ferramentas necessárias na produção da racionalidade. A hermenêutica busca a compreensão do texto, a unidade de sentido, considerando as condições da vida cotidiana, o pertencimento dos sujeitos ao grupo e a própria importância do contexto; enquanto a dialética procura compreender as contradições, diferenças, contrastes, o dissenso e a ruptura de sentido neste contexto dos sujeitos/grupos.

*“Enquanto a práxis hermenêutica, assentada no presente, penetra no sentido do passado, da tradição, do outro, do diferente, buscando alcançar o sentido das mais diversas formas de texto, a dialética se dirige contra o seu tempo. Enfatiza a diferença, o contraste, a dissensão e a ruptura do sentido.”* (Minayo<sup>56</sup> p.104).

A autora destaca a importância da hermenêutica e da dialética como momentos necessários da produção de racionalidades em relação aos processos sociais.

## **1. Universo de Pesquisa**

O universo desta pesquisa de doutoramento é o Complexo da Maré. Situado numa área originalmente pantanosa e em grande parte aterrada, num espaço predominantemente plano, esta comunidade se constituiu, desde 1988, na XXX Região Administrativa (RA) da Cidade do Rio de Janeiro. Seus limites são definidos pela

Avenida Brasil e Linha Vermelha, as duas principais vias de acesso da cidade. Atravessando as comunidades encontra-se outra importante via de circulação, a Linha Amarela, que liga a zona Norte à zona Oeste.

**Figura 1**

**LOCALIZAÇÃO DO COMPLEXO DA MARÉ COM RELAÇÃO AO ESTADO E AO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**



Fonte: Berenstein P. Cartografias da Maré. In: Varela D, Bertazzo I, Jacques PB. *Maré Vida na Favela*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra; 2002. p. 14.

Sua ocupação é semelhante a um “mosaico urbano” (Najar & Marques<sup>58</sup>) formado por condições socioeconômicas diferenciadas entre seus habitantes e pelos

tipos mais diversos de construções habitacionais. As moradias variam desde edifícios, que formam conjuntos habitacionais verticais, passando por conjuntos habitacionais constituídos por casas populares que sofreram ampliações progressivas e de maneira desorganizada, até barracos de pedaços de madeira e papelão. Grande parte das ruas é asfaltada e forma “quarteirões” definidos, sendo que algumas das comunidades são entremeadas por becos e ruelas.

A população residente, segundo o Censo Maré 2000 realizado pelo Ceasm,<sup>57</sup> era de 132.176 habitantes, abrigados em 38.273 domicílios e distribuído em 16 comunidades. O bairro é considerado o mais populoso complexo de favelas do Rio de Janeiro e, neste sentido, constitui o local de maior concentração de população de baixa renda.

***Tabela I – População nas Principais Favelas do Município do Rio de Janeiro***

LOCALIDADE	1991	1996	2000
Rocinha	42.892	45.585	56.313
Alemão	51.591	54.795	65.637
Jacarezinho	37.393	34.919	36.428
Maré	62.458	68.817	113.817/132.176*

Fonte: Censo IBGE – 2000; \*Censo CEASM-2000

Trata-se de um número de habitantes superior ao de municípios como Macaé, Cabo Frio, Queimados, Angra dos Reis e Resende, que estão entre os mais populosos do Estado do Rio de Janeiro. De acordo com o que determina a Constituição Federal, a população da Maré, com seus 132.176 habitantes, corresponde à de um município com a possibilidade de representação política.

No que se refere à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), o bairro faz parte da Área Programática 3.1. Foi no Complexo da Maré que a experiência com o PACS foi iniciada neste município.

Até 1996, a única Unidade Municipal de Saúde existente no Complexo da Maré era o Centro Municipal de Saúde Américo Veloso. Em anos anteriores, no início da década de 1980, a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) havia iniciado um trabalho de saúde na Vila do João, tendo sido construído um Posto de Saúde por volta de 1988, financiado pela Fundação Kelloggs. No começo da década de 1990, este Posto foi fechado devido a incidentes de violência que ocorreram no local.

Durante vários anos, através das Associações de Moradores, do Conselho Distrital de Saúde, e de um grupo de mulheres organizadas no GAVJ (Grupo de Amigos

da Vila do João), a população reivindicou o restabelecimento de serviços básicos de saúde com a incorporação de agentes comunitários. Também durante este período, agentes de saúde preservaram a Unidade e trabalharam voluntariamente, oferecendo de forma gratuita pequenos cuidados como: curativos, verificação de pressão, injeção.

A Maré é considerada uma área de risco devido aos constantes conflitos entre facções rivais ou entre estas e a polícia, que acabam afetando a vida cotidiana de seus moradores; contudo, reconhecendo a necessidade de atender à população local com serviços de saúde, a SMS-RJ, por meio da Coordenação de Área Programática (CAP), procurava uma forma de viabilizar este projeto. A situação local dificultava a lotação de funcionários municipais, mas por outro lado, existiam as condições físicas para a implantação do Projeto Maré da Saúde - havia uma pequena área disponível, destinada à saúde, dentro dos seis CIEPs existentes no Complexo da Maré e ainda um espaço disponibilizado pela Associação de Moradores de Nova Holanda.

A partir de 1996, a SMS-RJ estabeleceu convênios com a Associação de Moradores da Nova Holanda e com a Ong Movimento Maré Limpa, cujo presidente também era o Presidente do Conselho Distrital, e iniciou o Projeto Maré da Saúde. A princípio havia sete unidades básicas de saúde, organizadas na forma de consultórios simplificados, oferecendo serviços de clínica médica, pediatria, ginecologia/obstetrícia, odontologia, enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) que passaram a visitar a população.

O modelo de atenção proposto foi o da Atenção Básica à Saúde, que articula o trabalho de promoção da saúde e o de prevenção à doença com a atenção integral aos usuários do serviço. O trabalho externo teve como pilar inicial as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde e os enfermeiros responsáveis.

Em 1997 a UFRJ passou a responsabilidade da Unidade de Saúde da Vila do João à SMS-RJ. Em 1998, a Unidade de Saúde foi reativada, desenvolvendo a princípio atividades externas de promoção de saúde e prevenção de doenças, num modelo similar ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, realizando visitas domiciliares e trabalhos comunitários em parceria com instituições locais. O convênio para a gestão desta Unidade foi assinado entre a Unimar (União das Associações do Bairro Maré) e a Secretaria Municipal de Saúde. Em maio de 2000, começou o atendimento no Posto de Saúde com as três clínicas básicas (pediatria, clínica médica e ginecologia/obstetrícia), vacinação, nebulização, curativos e outros procedimentos. Posteriormente iniciaram-se as parcerias com várias instituições acadêmicas como a Escola Nacional de Saúde

Pública (Ensp/Fiocruz) o Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (Nesc/UFRJ) e a Faculdade de Enfermagem da UERJ

Em 2002 foi oficializado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de forma integrada com as Unidades de Saúde e neste ano a SMS-RJ<sup>15</sup> (<http://saude.rio.rj.gov.br> acessado em 26/6/2006) refere a existência de 163 agentes de saúde divididos entre as oito Unidades Básicas da Maré.

Em julho de 2004 a Secretaria Municipal da Saúde assinou um Convênio com a Unimar para a gestão das oito Unidades Básicas de Saúde.

A coleta de dados empíricos para este estudo foi realizada, sobretudo, no Posto de Saúde da Vila do João.

## **2. Procedimentos de coleta de dados**

A pesquisa foi desenvolvida em dois momentos diferentes, com a realização de consulta documental, observação participante e entrevistas:

- Momento de reabertura da Unidade de Saúde da Vila do João e início de seu funcionamento, que corresponde ao período de novembro/1998 a dezembro de 2002. O modelo de atenção que estava sendo implantado baseava-se na experiência local em desenvolvimento, num estudo realizado em outras Unidades de Saúde próximas e na parceria com instituições acadêmicas e outras. Algumas das características deste modelo foram: a substituição das filas por um sistema de triagem; reuniões de equipe semanais ou quinzenais; avaliações periódicas; consultas de opinião à população; visitas domiciliares de ACS, enfermeiras, médicos e sanitarista; trabalhos educativos com a população e educação permanente, da qual participavam os profissionais. A este período corresponde a coleta de informações de fonte documental.
- As entrevistas e a observação participante foram iniciadas em outubro de 2005 após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP constante do parecer nº 73/05. As entrevistas foram encerradas em dezembro de 2005 e a observação participante se estendeu até março de 2006. Neste período o modelo de atenção da UBS se aproximava mais do tradicional: não havia reuniões de equipe, avaliações nem consultas à população; os trabalhos educativos diminuíram, principalmente aqueles

feitos na comunidade, e já não se realizava a triagem como sistema de entrada na UBS.

**Coleta de informações de fonte documental:** Foram consultados documentos de fonte primária, referentes aos registros locais, e documentos de fontes secundárias, nas quais se inserem os registros realizados por instituições parceiras. Esta consulta de documentos possibilitou a retomada da memória de organização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Unidade de Saúde da Vila do João. A coleta de informações nos relatórios, projetos e material de Oficinas com os ACS objetivou contextualizar a mediação realizadas pelos agentes de saúde considerando a realidade vivenciada, o modelo de atenção implantado e o processo de formação desenvolvido.

Também foram incluídas na consulta as fichas de acompanhamento de moradores, que eram preenchidas pela equipe do PACS e continham informações sobre a forma de trabalho desta equipe. A opção de incluir as fichas de acompanhamento na análise se deve à riqueza de informações contida neste material, reflexo do trabalho cotidiano principalmente das ACS, e das situações e realidades encontradas nos domicílios. Nos seus registros estão contidas as orientações, encaminhamentos e opiniões dos agentes de saúde, que possibilitaram o melhor entendimento da forma de mediação realizada.

#### **Documentos de fontes primárias consultados**

- Anteprojeto de atuação de agentes de saúde na Vila do João, com ênfase na educação para a transformação, 1998.
- Projeto de Gerência Alternativa UBS Ernani Braga – Vila do João, 1999.
- Relatórios Anuais de 1999, 2000, 2001 e 2002 - Projeto de Saúde da Vila do João, Convênio SMS-RJ/Unimar.
- Relatórios das reuniões de avaliação semestral de 2001 e 2002. Posto de Saúde da Vila do João.
- Programação de oficina com agentes de saúde da Vila do João, 1998 e 2002.
- Material de trabalho da oficina realizada em 2002 como: Roteiro para o registro de visitas domiciliares pelos ACS da Vila do João; Casos relatados pelas ACS; Tabelas de Risco levantadas pelas ACS.

- Fichas de Acompanhamento (36) a famílias da área de abrangência do PACS.
- Relatório “Comunidades atendidas pelas Agentes de Saúde do Posto da Vila do João”, de Fabiano Octávio da Silva Costa, estagiário de Ciências Sociais do Elos/Fiocruz.
- Cópia do ofício assinado pelo Diretor da Ensp/Fiocruz e pelo Diretor do Nesc/UFRJ em 20/08/2003.

### **Documentos de fontes secundárias consultados**

- Projeto integrado de pesquisa vigilância da saúde e ambientação pedagógica em nível local – Elos/Fiocruz; Faculdade de Enfermagem UERJ; Faculdade de Enfermagem UFRJ e NESC/UFRJ, 2002.
- Projeto Intervenção em Educação em Saúde para ACS do Posto de Saúde da Vila do João. Parceria entre a Escola Politécnica de saúde Joaquim Venâncio e o Posto de Saúde da Vila do João, 2000.
- “Ambientação Pedagógica no Serviço de Saúde: Construindo uma proposta de vigilância da saúde” (David *et al.*<sup>69</sup>), apresentado em 2003 no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.
- Informações do “Sistema Observatório de Saúde”, 2002. *Site* do Elos/Ensp/Fiocruz que já não está acessível.

Até 2002 haviam sido preenchidas 746 fichas de acompanhamento, que estavam arquivadas em ordem alfabética. Inicialmente foi retirada uma em cada 10 fichas, perfazendo um total de 74 selecionadas para análise. Após uma primeira leitura, percebi que nesta primeira seleção grande parte dos casos não tinha maior interesse em termos de conteúdo relacionado aos eixos temáticos desta pesquisa. Um segundo procedimento foi a separação das fichas com mais de duas folhas preenchidas. Desta forma, foram destacadas 101 fichas, das quais foram retiradas 36 seguindo o critério de diversidade dos problemas que motivaram o acompanhamento e possibilidades de enriquecer a discussão dos eixos temáticos.

Foram analisadas as 36 fichas de acompanhamento, tendo sido sistematizadas as seguintes variáveis: idade e sexo da pessoa cujo caso motivou a abertura da ficha; tempo de acompanhamento; número de visitas realizadas e fator que motivou a abertura da

ficha. Foram grifadas as anotações que tinham relação com os eixos temáticos desta pesquisa.

A **observação participante** foi outra das técnicas utilizadas, tendo em vista a experiência de trabalho da pesquisadora, que durante vários anos trabalhou na Maré com as agentes de saúde do PACS, isto é, participou de atividades de formação dos agentes de saúde de todas as UBS, acompanhou os agentes de saúde em visitas domiciliares, organizou atividades de avaliação e outras. Esta experiência possibilitou estabelecer uma relação de confiança com as agentes de saúde e com a população e, por outro lado, adquirir familiaridade com as questões investigadas. A observação foi não-estruturada, de acordo com o entendimento de Alves-Mazzotti<sup>59</sup> (p.166) para quem esta é a observação característica dos estudos qualitativos, “na qual os comportamentos a serem observados não são predeterminados, eles são observados e relatados da forma como ocorrem, visando descrever e compreender o que está ocorrendo numa dada situação.” A observação teve como objetivo captar as contradições, complementar, exemplificar e verificar o material colhido por meio de entrevistas e documentos. As situações e as condutas observadas foram relatadas num diário de campo, visando descrever e compreender o que havia sido observado, considerando que esta compreensão não se dá espontaneamente e, portanto, é necessário controlar o envolvimento com o objeto estudado, para evitar o que Bourdieu denomina “ilusão da transparência”.

A **entrevista** foi entendida como prática discursiva, fruto de uma situação relacional que deve se dar no âmbito de uma interação dialógica entre pesquisador e participantes. Pinheiro<sup>60</sup> se refere a dois aspectos que caracterizam a prática discursiva: por um lado, a idéia de ação, presente na compreensão de que as noções mentalizadas são construídas e usadas e não simplesmente consequência de processos ou entidades mentais; por outro lado, a idéia de que as práticas discursivas são conhecimento social entendido como construção da realidade. “Ao relacionar práticas discursivas como produção de sentidos, estamos assumindo que os sentidos não estão na linguagem como materialidade, mas no discurso que faz da linguagem a ferramenta para a construção da realidade”(Pinheiro<sup>60</sup> p.193).

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e a escolha dos participantes obedeceu aos seguintes critérios: possuir experiência de mais de um ano no Programa de Agentes Comunitários de Saúde; a diversidade no tipo de formação da qual os ACS participaram; e a representação de diferentes épocas de entrada no Projeto, que

corresponderam a diferentes momentos históricos (contratação dos ACS em 1998, em 2002 e 2004). Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que se encontra no Anexo 9.

O roteiro de entrevista com agentes de saúde se iniciava pelos dados pessoais de identificação e em seguida eram formuladas 25 perguntas, abordando quatro eixos temáticos: Identidade Comunitária; Mediação ou Elo; Modelo de Assistência e Função do ACS; Formação dos ACS. (Anexo II)

Além dos agentes de saúde, foram também entrevistadas duas enfermeiras supervisoras do PACS e dois médicos. Considerei importante este contraponto para a análise do material coletado, uma vez que estes profissionais, apesar conviverem com os agentes de saúde e seu contexto, pertencem a outro grupo social, têm outra formação e residem fora da comunidade.

O roteiro de entrevista com médicos e enfermeiras manteve a mesma estrutura do utilizado com os ACS (a identificação pessoal e os quatro eixos temáticos), sendo que o número de perguntas foi reduzido para 13. Foram feitas algumas adaptações que possibilitaram a abordagem da integração entre as várias categorias profissionais. (Anexo III).

Procurei atender aos três cuidados essenciais da pesquisa qualitativa apontados por Spink & Menegon<sup>54</sup> (p.91), no que se refere à relação entre pesquisadores e participantes: “os consentimentos informados, a proteção do anonimato, e o resguardo do uso abusivo do poder na relação entre pesquisador e participantes”.

### **3. Identificação dos entrevistados**

Foram realizadas 13 entrevistas, sendo 11 com funcionários do Posto de Saúde da Vila do João, dos quais sete eram Agentes Comunitários de Saúde; dois eram enfermeiras supervisoras do PACS e dois eram médicos. Foram entrevistadas, ainda, duas agentes de saúde de outras Unidades de Saúde da Maré: uma por ser das agentes de saúde mais antigas da Maré, contratada em 1996 e que permanecia na função; outra por ter representado a Maré em várias reuniões de Agentes de Saúde em outros Estados do Brasil.

As entrevistas, tanto das agentes de saúde como dos profissionais de nível superior, foram realizadas entre outubro e dezembro de 2005. Em agosto de 2005, próximo ao início das entrevistas, havia 30 agentes de saúde cadastradas no Posto de Saúde da Vila do João de acordo com o Siab (Sistema de Informação de Atenção

Básica). Todas as ACS selecionadas para a realização da entrevista tinham mais de um ano e meio de trabalho nesta função. Três agentes de saúde entrevistadas já estavam nesta Unidade desde sua abertura, em 1998, e haviam passado por vários processos de formação, inclusive um feito em conjunto com a Escola Politécnica da Saúde EPSJV e outro com o Elos/Ensp/Fiocruz (Núcleo de Estudos Locais em Saúde); duas haviam entrado em 2002, quando foi realizada uma seleção para agente de saúde devido à ampliação do quadro, e também haviam passado por vários processos de formação inclusive aquele conjunto com o Elos. Duas haviam entrado no início de 2004, sem passarem por uma seleção técnica nem participarem de uma capacitação inicial formal. Procurei abordar um leque amplo de experiências, selecionando agentes de saúde de três épocas históricas diferentes na Unidade de Saúde. Antes, duas agentes de saúde que haviam entrado em 2002 foram convidadas para serem entrevistadas, mas desmarcaram a atividade; a pesquisadora, depois de ter concedido um tempo para que elas próprias manifestassem seu interesse, resolveu chamar outras agentes.

O local das entrevistas foi escolhido pelas próprias agentes de saúde: das nove entrevistadas, três preferiram fazer a entrevista em suas próprias casas, duas escolheram a casa de uma agente de saúde que morava próximo ao Posto de Saúde e uma escolheu a casa da entrevistadora. Estas seis entrevistas foram realizadas fora do horário de trabalho e as demais durante o horário de almoço, sendo duas no próprio Posto de Saúde e uma na Associação de Moradores.

A idade das agentes de saúde variou entre 23 e 54 anos.

No que se refere à escolaridade, quatro haviam concluído o 2º grau, três possuíam o 2º grau incompleto e estavam estudando; duas tinham o primeiro grau incompleto, sendo que uma estava estudando.

Com relação ao estado civil, todas eram casadas ou separadas numa proporção similar. Todas tinham filhos, sendo que a maioria (cinco) tinha dois filhos.

Com relação ao trabalho anterior, a maioria havia trabalhado em empregos que não tinham relação com a atuação do ACS e já tinha participado de trabalhos voluntários.

A respeito da formação das ACS, apenas uma não tinha feito nenhum curso de agente de saúde antes de ingressar neste trabalho, mas havia feito um curso técnico na área da saúde. Das nove entrevistadas, sete fizeram pequenos cursos e treinamentos no próprio Posto de Saúde, a fim de se prepararem para o exercício de sua profissão; as duas que entraram mais recentemente se prepararam por meio de educação permanente,

mas não haviam feito nenhum curso na própria Maré. Cinco agentes de saúde já tinham concluído outros cursos técnicos na área da saúde.

Oito das agentes de saúde moravam há mais de 20 anos na Maré e uma tinha 12 anos de moradia no local.

Todas consideraram ter um nível de vida bom e referindo-se à própria família algumas falas foram: “Está bem colocada”; “eu e meu marido a gente dá aquilo que a gente pode dar de melhor”. A conclusão do Ensino Médio é uma referência importante: “Minhas filhas conseguiram concluir o 2º grau, uma está trabalhando, entendeu?”. Uma das ACS afirma: “Eu vejo a minha família bem estruturada”. Diz com orgulho que seus filhos haviam começado a trabalhar com 14 e 16 anos “eu botei meu filho mesmo pra trabalhar com 14 anos, botei ele pra fazer o segundo grau à noite” e ambos haviam chegado ao nível superior. Outra afirmou: “eu acho que eu consegui ter mais informação do que outras pessoas. Eu consegui acumular mais, consegui ter mais conhecimento. Eu consegui mais oportunidade, né?”.

Para as entrevistas com os profissionais de nível superior foram selecionados dois médicos, que no dizer das próprias agentes de saúde trabalhavam mais próximos a elas, e duas enfermeiras diretamente responsáveis pela supervisão dos ACS; o objetivo era contrapor à opinião dos ACS um ponto de vista externo, de profissionais que passam grande parte de seus dias na Maré. O tempo de trabalho destes profissionais na Unidade de Saúde pesquisada era: um dos médicos, cinco anos, o outro médico, um ano e meio; uma das enfermeiras sete anos e a outra, pouco mais de um ano. Duas entrevistas foram feitas no próprio Posto, uma na casa da entrevistada e outra na casa da entrevistadora.

#### **4. Categorias para a interpretação dos dados**

Os dados oriundos das três formas de coleta foram classificados de acordo com os eixos delimitadores do objeto de estudo que foram usados no roteiro de entrevista. A compreensão do contexto do grupo social pesquisado permeou a análise de todos os materiais coletados e embora não fosse um eixo temático, este foi abordado principalmente no eixo Identidade Comunitária.

A análise procurou captar as categorias presentes nos depoimentos e no discurso escrito, entendendo, com Spink & Menegon<sup>54</sup> (p.79), que as categorias se constituem em formas de expressão das idéias com as quais convivemos e estão presentes nas diversas modalidades de conhecimento. As autoras apontam ainda, que “as categorias,

expressas por meio de práticas discursivas, são estratégias lingüísticas delineadas para conversar, explicar, organizar e dar sentido ao mundo, cujas especificidades estão vinculadas ao contexto que as produzem”.

De acordo com Spink & Lima<sup>61</sup> (p.106), a análise dos dados inicia-se com uma imersão no conjunto de informações coletadas, e neste primeiro momento ainda não se procura enquadrar os dados em categorias, classificações ou tematizações definidas *a priori*. A partir desta aproximação inicial, procura-se realizar “um confronto possível entre sentidos construídos no processo de pesquisa e de interpretação e aqueles decorrentes da familiarização prévia com nosso campo de estudo (nossa revisão bibliográfica) e nossas teorias de base”. Da revisão bibliográfica surgem as categorias prévias e, como resultado deste confronto inicial, emergem as categorias que servirão de base para o aprofundamento da análise dos dados.

Novos sentidos para as categorias prévias podem surgir do confronto entre essas categorias que explicitam o conjunto de informações com as quais estamos lidando e cujos conceitos estão presentes no estabelecimento do roteiro de entrevista, de observação e de análise documental e entre outras categorias que poderão emergir do trabalho de campo, especialmente dos depoimentos.

Spink & Menegon<sup>54</sup> (p.80) mencionam que:

*“a abordagem discursiva, na visão de Edwards (1991), trata a conversa e os textos como formas sociais de ação e não como representações de cõgnições pré-formadas (mesmo quando reconhecido o papel da cultura). A categorização é tomada como construção em duplo sentido: construções culturais que estão disponíveis para dar sentido à experiência; e construções situadas, utilizadas para a consecução de ações (persuasão, culpabilização, negação, refutação, acusação, etc.)”.*

No entendimento da pesquisa como prática social, também a interpretação tem um caráter inacabado, em que forma e conteúdo podem ser redescobertos. O conceito de objetividade é visto como um processo intersubjetivo, situado histórica e socialmente. De acordo com Spink & Lima<sup>61</sup> (p.102), “Na perspectiva construcionista o rigor passa a ser concebido como a *possibilidade de explicitar os passos da análise e da interpretação de modo a propiciar o diálogo*”.

A partir da minha vivência na Maré e da formulação inicial da minha investigação, adotei as seguintes **categorias prévias**:

- **Risco:** A importância da categoria risco na interpretação dos dados deste estudo se deve a sua utilização como categoria de priorização do trabalho em saúde. A atribuição do risco em saúde a padrões de comportamento individuais corresponde ao entendimento de que existe um saber científico universal e neutro, que possibilita o estabelecimento de padrões de comportamento saudável. Grande parte dos problemas de saúde teria origem em opções individuais, frutos de ignorância ou falta de interesse. Os fatores de risco definidos pelas instituições de saúde são os principais norteadores das ações dos ACS, na medida em que grande parte de seus esforços se dirigem à prevenção de doenças, ao controle de sua transmissão e/ou de seu agravamento. No entanto, a noção de risco passou por mudanças ao longo da história, e uma das principais premissas de Lupton<sup>62</sup> é que a identificação do risco se dá num contexto sociocultural e histórico específico, sendo necessário, portanto, entendê-la de acordo com este contexto. Pretendo identificar no material de estudo as referências institucionais e a percepção das ACS no que se refere ao entendimento do risco como eixo condutor da mediação realizada pelo ACS entre a comunidade e o serviço. Esta é sem dúvida uma concepção fundamental na priorização dos cuidados e do trabalho de prevenção desenvolvido pelos ACS.
- **Violência:** Minayo<sup>63</sup> se refere à violência como uma questão social que, embora não seja um problema específico da área da saúde, acaba afetando este campo. Neste estudo a violência é tomada como uma percepção e uma ameaça que perpassa o cotidiano das famílias, das próprias agentes de saúde e dos demais profissionais de saúde. Os constantes tiroteios entre polícia e traficantes e entre bandos criminosos rivais; a existência de grupos que exercem um poder local e impõe regras diferentes das oficiais, fazendo com que a violência assuma formas específicas dentro das comunidades, o que as distingue do resto da cidade, onde a violência se manifesta por meio de assaltos, roubos e outras ações. Nas comunidades, a

violência do poder instituído e a dos confrontos são as que mais atemorizam a população.

- **Família:** A família como unidade de análise e de atenção na prática institucional obtém seu reconhecimento oficial quando da escolha pela ONU de 1994 como Ano Internacional da Família. No Brasil, este reconhecimento ocorre, no campo da saúde, com o surgimento do Programa Saúde da Família na década de 1990. Autores como Telles<sup>64</sup> e Vasconcelos<sup>65</sup> ressaltam o caráter tutelar da atenção prestada pelo Estado à família, na medida em que se criam estratégias que procuram conduzir as famílias por caminhos predeterminados, restringindo sua autonomia por desacreditar nas suas capacidades. Por outro lado, o apego das classes subalternas à família tem sido constatado por muitos intelectuais brasileiros, situação mencionada por Durham (apud Vasconcelos<sup>65</sup> p.8) como uma oportunidade para que o trabalhador tenha uma vivência de coletividade e liberdade; ao mesmo a família é vista como unidade de coesão e sobrevivência econômica, além de construção de uma proposta para o futuro. Segundo Vasconcelos<sup>65</sup> (p.9), “A vida familiar constitui um espaço importante para a elaboração de um destino comum, para o amadurecimento de um saber sobre o espaço, o tempo, a memória, para a transmissão de conhecimentos e informações e para a compensação da pouca escolarização com outros aprendizados transmitidos oralmente e por contato direto”.
- **Pobreza:** Telles<sup>64</sup> (p.140) destaca a pobreza como característica do contexto que determina as condições de vida nos tempos de capitalismo globalizado, consequência de uma modernização que “não cria o emprego e a cidadania prometidos, mas que engendra o seu avesso na lógica devastadora de um mercado que desqualifica – e descarta – povos e populações que não têm como se adaptar à velocidade das mudanças e às atuais exigências da competitividade econômica”. Neste contexto, o autor enfatiza também a perda dos direitos trabalhistas devido à precarização do trabalho e o atendimento das necessidades sociais por meio de organizações de filantropia e benemerência ou mesmo programas do próprio

Estado, que não produzem direitos de cidadania; “no cenário político atual, há um deslocamento da pobreza, como questão e como figuração pública de problemas nacionais, de um lugar politicamente construído – lugar da ação, da intervenção e da invenção, da crítica, da polêmica e do dissenso – para o lugar da não-política, no qual é figurada como dado a ser administrado tecnicamente ou gerido pelas práticas da filantropia”. (Telles<sup>64</sup> p.155)

- **Educação** (não formal e formal) “A educação existe onde não há a escola e por toda parte podem haver redes e estruturas sociais de transferência de saber de uma geração a outra, onde ainda não foi sequer criada a sombra de algum modelo de ensino formal e centralizado” (Brandão<sup>50</sup> p.13). O autor define o ensino formal como “o momento em que a educação se sujeita à *pedagogia* (a teoria da educação), cria situações próprias para o seu exercício, produz os seus métodos, estabelece suas regras e tempos e constitui executores especializados. É quando aparecem a escola, o aluno e o professor...” (Brandão<sup>50</sup> p.26). Esclarece que, ainda assim, continua existindo o espaço da educação que não é escolar e acontece no trabalho, na casa, no quintal ou em qualquer outro lugar, por meio da família, da comunidade ou de outros grupos.

## 5. Método de análise

Para a fase de interpretação dos dados tomei como base os passos operacionais propostos por Minayo<sup>55</sup> (p.234-238), os quais, de forma sucinta, consistem na:

1º) Ordenação dos dados, que inclui a transcrição de fitas-cassetes; releitura do material; organização dos relatos em determinada ordem; organização dos dados de observação o que já daria ao investigador um mapa horizontal de suas descobertas.

2º) Classificação dos dados que inclui a leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecendo uma relação interrogativa com eles; constituição de um *corpus* ou de vários *corpus* de comunicações se o conjunto das informações não é homogêneo. O *corpus* pode ser constituído por vários grupos como, por exemplo, no caso desta pesquisa: agentes de saúde, médicos e enfermeiras. Ainda nesta etapa, é proposta a *leitura transversal* de cada corpo, quando são recortadas as *unidades de registro* das

entrevistas ou documentos, as quais serão referenciadas por tópicos de informação ou por temas.

3º) Análise Final, que consiste num movimento dialético entre o empírico e o teórico. A autora sugere, ainda, que a análise final se dirija para uma vinculação estratégica com a realidade e “chegue à conclusão do trabalho com pistas e indicações que possam servir de fundamento para propostas de planejamento e avaliação de programas, revisão de conceitos, transformação de relações, mudanças institucionais, dentre outras possibilidades”.

Na classificação dos dados utilizei as figuras metodológicas de “expressão chave” e “idéia central” desenvolvidas por Lefèvre & Lefèvre<sup>66</sup> no seu enfoque de pesquisa qualitativa denominado “O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)”, apesar de não ter feito a construção deste tipo de discurso na discussão dos resultados da pesquisa. Ao explicar a figura das “expressões-chave”, Lefèvre & Lefèvre<sup>66</sup> (p.17) apontam que “As expressões-chave (ECH) são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso [...] que revelam a essência do depoimento ou, mais precisamente do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento”. No que se refere à idéia central, Lefèvre & Lefèvre<sup>66</sup> (p.17) sustentam que “A idéia central (IC) é um nome ou expressão lingüística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC”. Mesmo não tendo o propósito de construir o “Discurso do Sujeito Coletivo”, considerei que a transcrição das expressões chaves e o destaque das idéias centrais facilitariam a discussão dos resultados à luz das categorias prévias e categorias emergentes feitas no último capítulo deste trabalho.

Apresento a seguir os passos metodológicos seguidos, que são resultado de adaptações das referências mencionadas anteriormente:

1. Ordenação de dados. Esta etapa incluiu a separação e organização dos documentos coletados; seleção e transcrição das fichas de acompanhamento; transcrição das fitas-cassetes; releitura do material e separação por categoria profissional; transcrição do diário de campo e releitura do material.

2. Classificação dos dados. Primeiro foram destacadas as referências ao contexto e aos eixos temáticos delimitadores do objeto de estudo. No caso das entrevistas, uma segunda classificação foi feita, tomando por base os temas abordados no roteiro de entrevista, em cada um dos eixos temáticos. Foram realizadas várias releituras dos textos, na busca de expressões chaves que clarificassem o tema abordado, ou revelassem suas contradições. As expressões chaves dos vários autores foram separadas num primeiro quadro, por categoria profissional. Uma terceira classificação tomou por base as idéias centrais contidas nas expressões chaves e encontradas em cada tema. Ainda nesta terceira classificação foi mantida a separação do conjunto de informações por categoria profissional.
3. Apresentação dos resultados. Nesta etapa foi feita a apresentação do material empírico obtido por meio da coleta documental, das entrevistas, e da observação participante. Este material empírico foi contraposto aos referenciais teóricos, num movimento de ir e vir entre as diferentes informações e concepções. Na parte inicial da redação desta etapa foi feita uma listagem das idéias encontradas e depois foi identificada cada idéia central, com um ou mais exemplos da expressão chave que lhe deu origem. Para a apresentação dos resultados foi mantida a estrutura de Contexto, Mediação, Modelo de Atenção e Atribuições dos ACS, Formação.
4. Discussão. Nesta etapa faço a análise do material empírico, na busca de resposta aos objetivos e à pergunta central desta pesquisa, com base nos referenciais teóricos, na tipologia de mediação mencionada na introdução, nas categorias prévias, categorias emergentes e na ampliação dos referenciais teóricos. Para fundamentar a discussão elaborei um quadro (Quadro 2), retomando as categorias prévias e as emergentes, relacionando-as ao contexto e a cada eixo temático, no intuito de entendê-los sob um determinado ângulo. Apesar de não ter feito a construção do “Discurso do Sujeito Coletivo” (DSC) indicada por Lefèvre<sup>66</sup>, senti a necessidade de construir “Expressões-Chaves Síntese”, que são apresentadas no capítulo Discussão; isto me

possibilitou manter as características do discurso individual e expor a idéia do entrevistado de forma sintética e organizada.

### **III. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

#### **1. MEMÓRIA DOCUMENTAL DA ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Começo a apresentação de resultados desta pesquisa retomando a memória da organização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Unidade de Saúde da Vila do João. Como mencionei de forma sucinta na Introdução deste trabalho, trabalhei durante aproximadamente sete anos no Complexo da Maré, tendo iniciado em 1998, como coordenadora do Projeto de Saúde da Vila do João. Durante um ano e meio ainda com a Unidade de Saúde fechada, a equipe inicial se dedicou ao conhecimento da área; ao acompanhamento da população por meio de visitas domiciliares e à realização de trabalhos educativos. No ano de 2000 este trabalho viabilizou a reabertura do Posto de Saúde da Vila do João, com um modelo de atenção construído em harmonia com as necessidades locais. Pouco depois passei a integrar a equipe de supervisão das oito Unidades Básicas de Saúde da Maré, acumulando até agosto de 2003 esta função com a de coordenadora da UBS da Vila do João. Durante o período que se estendeu de 1998 a 2003 fiz o registro de todas as atividades desenvolvidas pela equipe do Posto de Saúde da Vila do João, o que me permitiu acumular as informações que serão analisadas neste capítulo. Em 2003 fui desligada do Projeto pelo gestor local, por questões que serão relatadas posteriormente, tendo sido convidada a retornar em 2004, nove meses após minha saída. O convite para o retorno partiu do mesmo gestor. Apesar de ter sido contratada como assistente social, minha função ficou definida como supervisora das oito UBS. Em outubro de 2005, por considerar que não havia condições para realizar a supervisão, solicitei trabalhar como assistente social até o final de meu contrato, em maio de 2006. No período entre 2004 e 2006 tive a oportunidade de coordenar a capacitação de agentes de saúde e elaborar os relatórios anuais de todas as Unidades de Saúde da Maré, além de fazer visitas domiciliares como assistente social, atendendo a solicitação dos agentes de saúde e de outros profissionais.

Este capítulo está dividido em duas partes principais, sendo a primeira a análise de projetos, relatórios anuais e de avaliação e trabalhos científicos elaborados sob minha responsabilidade enquanto coordenadora da Unidade. A segunda parte se refere à análise de fichas de acompanhamento de moradores, que eram preenchidas pela equipe do PACS. Em ambas as partes, a coleta de informações teve por objetivo enriquecer os eixos temáticos desta pesquisa. As informações encontradas nos projetos, relatórios e trabalhos científicos se referiam principalmente ao contexto e aos eixos “Modelo de

Atenção/Atribuições dos ACS” e “Formação”. As informações encontradas nas Fichas de Acompanhamento se focalizavam, sobretudo, o Contexto e os eixos “Modelo de Atenção/Atribuições dos ACS” e “Mediação”.

### **1.1. Análise de projetos, relatórios, trabalhos científicos**

A análise documental concentrou-se no material produzido pela UBS da Vila do João entre 1998 e 2002. Como foi mencionado anteriormente, em 2003 houve um período de nove meses em que estive desligada do Projeto, o que causou uma ruptura na linha de condução daquela Unidade e também uma descontinuidade no registro de informações. Após a volta, assumi a responsabilidade de supervisionar os outros Postos de Saúde da Maré, não sendo mais possível dedicar-me à Unidade de origem.

#### **A) Contexto**

No capítulo 2 foi feita uma breve caracterização do Complexo da Maré, tendo sido relatada também a história da organização de seus serviços de saúde. O presente tópico se compõe de duas partes: na primeira, farei uma caracterização das comunidades atendidas pela Unidade de Saúde pesquisada, tomando por base o trabalho escrito por Fabiano Costa, estagiário de Ciências Sociais vinculado ao Elos (Núcleo de Estudos Locais da Saúde/Ensp/Fiocruz), que acompanhou durante algum tempo as agentes de saúde do Posto de Saúde da Vila do João, e as informações do Centro de Estudos e Ações Solidárias da Maré (Ceasm) no *site* <http://www.ceasm.org.br/abertura/03onde/comdd.htm#>, consultado em 04/09/2006. Na segunda parte, retomo a história do Posto de Saúde até 2003, quando houve uma ruptura com o modelo de atenção que estava sendo construído naquela Unidade de Saúde.

#### **a) As comunidades atendidas pela equipe de saúde da Vila do João**

A área de abrangência do Posto de Saúde da Vila do João e da equipe do PACS está constituída, desde seu início, pelo Conjunto Esperança, Vila do João e Conjunto Pinheiros, com um total de aproximadamente 20.000 habitantes. As três comunidades estão localizadas no Complexo da Maré, próximas à Avenida Brasil, uma das principais vias de acesso ao município do Rio de Janeiro, e à Linha Amarela, uma importante via de circulação que liga a zona Norte à zona Oeste. As três comunidades estão situadas em terreno plano, com ruas

asfaltadas, água encanada, serviço de luz e coleta regular de lixo; existe uma Associação de Moradores em cada uma delas.

- **Conjunto Esperança:** Esta comunidade fica situada nos fundos do prédio de Expansão da Fiocruz, próximo à Avenida Brasil, e tem seu limite no Canal do Cunha. Sua parte principal é formada por um conjunto de 35 prédios, com 1.400 apartamentos de um ou dois quartos, sala, cozinha e banheiro. Sua construção data de 1982 e fez parte do Projeto Rio, que foi uma iniciativa do Governo Federal na Maré cujo objetivo era transferir moradores das palafitas para esta área.

Segundo o Censo Maré realizado pelo Ceasm<sup>57</sup> em 2000, o número de habitantes era de 5.728 e de acordo com o mapeamento feito pelas agentes de saúde, existiam nesta época 1.708 domicílios, incluindo a área da Pata Choca e do Vala Shopping. De acordo com informações das agentes de saúde, o sistema de gás encanado apresenta vazamentos, o que obriga os moradores a utilizarem gás de botijão. Cada prédio é cercado por um pátio murado, que serve de estacionamento para os carros dos moradores, sendo que em alguns prédios foram construídas pequenas lojas no lugar das vagas de garagem. Os portões de entrada para os prédios permanecem muitas vezes trancados devido à possibilidade de conflito no local. Nas fichas de visita domiciliar este fato é apontado esporadicamente como empecilho para a realização de algumas visitas. No Conjunto Esperança existe uma escola municipal de ensino fundamental.

Segundo as observações de Fabiano Costa estagiário do Elos, “Nos edifícios onde entrei, os corredores estavam limpos, assim como os pátios. As ruas do Conjunto Esperança também estavam limpas e as praças bem cuidadas. Porém, segundo o relato das agentes, é muito comum a presença de ratos nas lixeiras dos prédios e até nos corredores”.

Nos fundos da área do Conjunto Esperança situa-se uma pequena comunidade chamada Pata Choca, ladeada pelo Canal do Cunha e por um valão com águas negras, onde são lançados resíduos líquidos e sólidos. Ambos se unem em “V” encontrando-se na Baía de Guanabara. Nesta área, sobre aterros feitos com entulhos, foram sendo construídas casas de forma espontânea; a maioria tem condições precárias, sem reboco ou pintura, umas coladas nas outras. As duas ruas que atravessam a Pata Choca não são asfaltadas. Uma parte

das casas foi construída à beira do canal e com o surgimento do caramujo africano a presença deste molusco se tornou freqüente na área, além dos ratos e baratas.

Fabiano Costa menciona que “Dentre as crianças que brincavam na rua, a maior parte delas estava descalça. Pude perceber que no interior das casas as pessoas têm o hábito de ficar descalças, tanto adultos como crianças. Era muito comum haver sapatos nas portas das casas, que foram deixados pelos moradores antes de entrar”.

O outro setor do Conjunto Esperança, que também foi construído espontaneamente, é chamado de Vala Shopping, numa alusão à área comercial do Conjunto que margeia o Canal do Cunha. Esta área é composta sobretudo por estabelecimentos comerciais como: restaurantes, oficinas de carro, padaria, mercearia e inclusive escritórios, cujos donos, muitas vezes, moram fora da comunidade. Em geral o andar superior da construção é ocupado por moradias.

“Atrás das moradias que ficam nos fundos das lojas costuma haver um quintal ou terreno que se estende até a margem do valão. Nestes terrenos existem animais, tais como cavalos, porcos, bodes, galinhas e muito mato, além de ratos. Nos mesmos lugares onde pude ver esses animais havia crianças brincando, muitas vezes descalças e pessoas pendurando roupas lavadas para secar”. (Costa, F.)

- **Vila do João:** Vizinha ao Conjunto Esperança, esta comunidade também foi criada pelo Projeto Rio, no início da década de 1980, formada por um conjunto de aproximadamente 2.600 casas multicoloridas. Ao contrário dos conjuntos habitacionais compostos por prédios de apartamentos, cuja construção pode sofrer poucas mudanças, as casas da Vila do João foram sendo modificadas pelos seus moradores ao longo do tempo, ganhando vários pavimentos. É comum a construção de quartos, muitas vezes com um banheiro coletivo, para aluguel. Segundo o Censo Maré, no ano 2000 havia 10.651 habitantes e as agentes de saúde, em seu mapeamento, encontraram 3.001 domicílios. Entre os moradores que não são proprietários é comum a mudança de domicílio, a qual se reflete no preenchimento de novas fichas de cadastramento pelos agentes de saúde.

Todas as casas possuem sistema de esgoto, embora seja freqüente ver-se vazamento de esgoto nas ruas. Nos fundos e em um dos lados da Vila do João passa um canal ou “valão”, bastante obstruído e com águas negras, no qual são lançados resíduos líquidos e sólidos. O comércio tem uma presença marcante na comunidade, está mais concentrado na Rua Quatorze, onde as lojas e os camelôs ocupam as calçadas com suas mercadorias. Entretanto em outras ruas também podem ser encontradas agências de viagem, loteria, padarias, lojas de eletrodomésticos, supermercados, lojas de móveis e outras. Na Vila do João há uma creche e uma escola municipal com o ensino fundamental, além do posto de saúde, uma sede dos Alcoólicos Anônimos e uma casa da Ong Ação Comunitária do Brasil.

A comunidade é citada repetidamente nos jornais por causa da violência. Os tiroteios ocorrem com maior freqüência de noite ou no final de semana. Poucas foram as ocasiões em que o Posto de Saúde teve que encerrar suas atividades por esse motivo, mas em várias oportunidades as agentes de saúde não podiam realizar suas visitas devido à existência de confrontos entre a polícia e os bandidos.

- **Conjunto Pinheiro:** Esta comunidade é separada da Vila do João por um canal e é composta por 34 blocos com 1.380 apartamentos. Também foi formada pelo Projeto Rio do Governo Federal, inaugurada em 1986. De acordo como o Censo Maré 2000, tinha uma população de 4.767 habitantes. Os apartamentos têm um ou dois quartos, sala cozinha e banheiro; da mesma forma que no Conjunto Esperança, os prédios são cercados por um pátio com muros que serve como garagem, mas que em alguns casos foi aproveitado para a instalação de comércios. Os apartamentos foram também ocupados por moradores que vieram de outras áreas da Maré, como Baixa do Sapateiro, Nova Holanda, Rubens Vaz e outros. Ao longo da comunidade passa uma ciclovia onde existe um campo de futebol e pracinhas utilizadas pelos moradores para fazerem exercícios físicos. No seu limite com a Vila do Pinheiro funciona o CIEP Gustavo Capanema e recentemente foi construída a Escola Municipal Paulo Freire (ensino fundamental).

Segundo as agentes de saúde, em dezembro de 1999 foi feita uma reforma em todos os blocos, com pinturas externas e limpeza das caixas d'água,

o que motivou os moradores a darem continuidade a esta manutenção. Também neste conjunto os moradores muitas vezes fecham o portão de acesso aos apartamentos devido aos problemas de violência, o que dificulta a circulação dos agentes de saúde. Na parede de vários blocos podem ser observados muitos furos de bala.

#### **b) O contexto de gestão da Unidade**

Devido ao histórico de violência na área, existiam dificuldades para a lotação de funcionários públicos que empreendessem a reabertura da Unidade de Saúde da Vila do João. Da mesma forma que nos outros Postos de Saúde da Maré, os funcionários passaram a ser contratados de forma terceirizada, sendo que neste caso pela Unimar. A seleção da equipe inicial, tanto das agentes de saúde como da equipe de apoio (assistente social sanitaria e enfermeira) foi feita pela CAP, que também acompanhou o trabalho de perto, designando supervisores que visitavam periodicamente a Unidade. Nas duas principais oportunidades de ampliação da equipe, que ocorreram em 2000, quando o Posto de Saúde foi aberto, e em 2002, quando foram contratadas 16 agentes de saúde, a seleção foi realizada em conjunto pela CAP e pela equipe local; baseava-se em apresentação de currículo, entrevistas e, no caso das ACS, em provas escritas. Eram feitos relatórios mensais e se enviavam estatísticas para a CAP, que eram posteriormente consolidadas em relatórios anuais. Com base nessas avaliações, o projeto foi sendo ampliado chegando a ter seis enfermeiras; sete auxiliares de enfermagem; sete médicos com 20 horas semanais; uma assistente social sanitaria (coordenadora); uma assistente social; um técnico em processamento de dados; 30 agentes de saúde; cinco auxiliares administrativos; um agente administrativo; dois dentistas; quatro auxiliares de consultório dentário; duas técnicas de consultório dentário; três auxiliares de serviços gerais; e três vigias, num total de 73 funcionários.

Em agosto de 2000, dois meses após a abertura da Unidade da Vila do João, foi formada uma equipe local de supervisão que deveria acompanhar o trabalho nas oito Unidades da Maré. Fui chamada para fazer parte desta equipe, trabalhava meio expediente na coordenação do Posto da Vila do João e meio expediente na equipe de supervisão. Aí se iniciou, a meu ver, um afastamento precoce, já que a experiência do Posto de Saúde havia recém começado e a equipe ainda não estava consolidada. No final de 2001 iniciou-se um processo de desunião da equipe da Unidade, que ficou patente na avaliação anual feita em dezembro de 2002, na qual 15 funcionários

apontaram como pontos fracos no funcionamento da Unidade a falta de união, a falta de respeito, o desentendimento, a falsidade, o desencontro de ordens; além disso, três funcionários apontaram a falta de compreensão e de comunicação. A coordenação de área, que poderia exercer um papel de mediação, foi exonerada em inícios de 2002 e o novo coordenador que assumiu a Área Programática 3.1. não manteve o acompanhamento dos trabalhos desenvolvidos na Maré. Os gestores locais passaram a interagir diretamente com o nível central da SMS-RJ no que se referia aos aspectos financeiros e administrativos, e em termos técnicos as Unidades da Maré não recebiam mais orientação da CAP - até mesmo a seleção de pessoal deixou de ser feita durante vários anos pela coordenação. Mais uma vez a argumentação da existência de riscos relacionados com a violência serviu de pretexto para este afastamento da orientação técnica. A situação se agravou com o assassinato, em dezembro de 2004, de um dos diretores da Unimar, responsável pela gestão das oito Unidades de Saúde da Maré. Ainda que este quadro não tenha sido explicitado em nenhum documento oficial, a insegurança é abordada em artigo do jornal *O Globo*, datado de fevereiro de 2005 (Anexo IV) numa versão que generaliza uma situação que pode ser específica.

Apesar de a qualidade do serviço ter sido afetada por incidentes de violência, o funcionamento da Unidade quase não teve que ser interrompido durante os anos estudados devido a esta situação. Mesmo nos momentos em que o comércio local se manteve fechado, o serviço de saúde dentro da Unidade continuou funcionando. O problema afetava mais o trabalho dos ACS, que nem sempre conseguiam ter acesso às moradias porque os portões dos edifícios que permaneciam fechados e pela dificuldade em sair na comunidade em virtude da ocorrência de enfrentamentos.

Em agosto de 2003 fui demitida pelo gestor local. A CAP 3.1. não fez nenhuma interferência, apesar de a função de supervisora (que eu ainda estava exercendo) ser um cargo técnico, que deveria estar ligado diretamente a esta coordenação. Considero que a mudança do modelo de atenção que estava sendo implantado já se havia iniciado antes, na medida em que as orientações que serão analisadas no item a seguir foram sendo modificadas, abolindo a triagem, diminuindo os trabalhos educativos e as parcerias, dando menor importância à educação permanente e inclusive reduzindo o registro de informações. Com a descontinuidade destas rotinas inovadoras, gradativamente a UBS se tornou um posto de saúde tradicional. Essa situação se refletiu nos trabalhos que estavam sendo realizados em parceria com outras instituições, de tal forma que o Diretor da Ensp/Fiocruz em conjunto com o Diretor do Nesc/UFRJ escreveram uma

carta de protesto dirigida ao gestor do posto de saúde, com cópia ao Secretário Municipal de Saúde, ao Coordenador da CAP e outros representantes institucionais. No documento mencionam o trabalho realizado por estas duas instituições em conjunto com o Posto e, referindo-se à demissão, destacam suas conseqüências: “Reconhecendo a importância da sua contribuição aos serviços de saúde, vimos manifestar nossa preocupação com sua recente demissão que representa, a nosso ver, uma perda inestimável e motivo de grave preocupação para todos os profissionais e instituições públicas que se empenham na difícil tarefa de desenvolver e aperfeiçoar os serviços de saúde da AP 3.1., assim como para a população usuária desses serviços”.

### **B) Modelo de atenção e atribuições dos ACS**

Neste item será feita a análise da forma de funcionamento tanto da equipe do PACS como da Unidade Básica de Saúde da Vila do João em seus primeiros anos de reabertura, considerando a interação intrínseca entre o PACS e o Posto de Saúde.

Em novembro de 1998, após a assinatura do convênio entre a SMS-RJ e a União das Associações do Bairro Maré (Unimar), foi retomado o trabalho na Vila do João; a equipe, composta por 13 agentes de saúde, uma enfermeira e eu como assistente social sanitária, que passou a atuar numa área de aproximadamente 20.000 habitantes. Ainda que o espaço da Unidade de Saúde tenha sido preservado, sua estrutura encontrava-se deteriorada, limitando, portanto, a possibilidade de sua utilização. Na maioria das salas havia vazamento de água das chuvas, além de estarem cheias de móveis e equipamentos danificados e o arquivo repleto de prontuários mofados.

A primeira equipe contratada apresentou um anteprojeto no qual constava que:

“Este anteprojeto se refere ao trabalho a ser realizado pelas Agentes Comunitárias de Saúde e pela equipe de apoio na Vila do João e suas adjacências, antes mesmo da abertura da UCB prevista para o 1º trimestre de 1999. Caracteriza-se por ser um trabalho de promoção, prevenção e intervenção a nível individual e coletivo, com ênfase nas atividades externas realizadas na comunidade e tendo como componente básico o processo educativo”.

“Um projeto mais amplo, abrangendo o trabalho a ser realizado por toda a UCB, deverá ser apresentado posteriormente, tendo como base as situações de saúde específicas da área, detectadas através do trabalho inicial dos Agentes”.

As atividades desenvolvidas por essa primeira equipe eram quase que apenas externas; foram iniciadas com o mapeamento das comunidades, o que possibilitou conhecer a área de abrangência do Projeto. Os principais dados levantados foram: o número de domicílios e de habitantes; estabelecimentos comerciais; escolas municipais e particulares; creches; igrejas e outros recursos da comunidade. A seguir, passou-se a fazer o cadastramento das famílias da área, utilizando o Formulário de Visita Domiciliar (FVD) estabelecido pela CAP 3.1. As agentes de saúde foram divididas em três equipes, que ficaram responsáveis por cada uma das três subáreas. Cada equipe tinha uma agente de saúde responsável, que organizava a operacionalização das atividades. Eram realizadas reuniões semanais com cada equipe para avaliar o andamento dos trabalhos e fazer os ajustes necessários.

Nas visitas domiciliares as ACS utilizavam um formulário para o cadastramento das famílias, no qual eram coletadas informações sobre a identificação da família, condições gerais do domicílio, sobre a saúde reprodutiva, hipertensão e diabetes, tuberculose, hanseníase, desenvolvimento de crianças e adolescentes. Existia também um espaço em branco para registros livres dos agentes de saúde. Antes de iniciar o cadastramento, a equipe realizou uma discussão em busca de um consenso sobre o entendimento do conceito de família. Foi considerado família aquele grupo de pessoas que vivia sob o mesmo teto, usava o mesmo fogão e compartilhava a renda. Em vários domicílios viviam a mãe com seus filhos e netos; quando estes últimos possuíam independência econômica, a ACS considerava que existia mais de uma família neste domicílio.

O número de moradores que deveriam ser atendidos por agente de saúde estava muito acima das 750 pessoas previsto pelo PACS. No caso da equipe inicial, o número de moradores da área de abrangência era em torno de 20.000 para 13 ACS, o que dava uma média de 1.538 pessoas por agente. Por isso, após o cadastramento de todas as famílias, as agentes de saúde passaram a priorizar as visitas de acompanhamento a situações consideradas de risco para a saúde ou para a vida da família de forma geral. Para estas famílias era preenchida a Ficha de Acompanhamento que será objeto de análise no tópico 1.2. Nos domicílios onde não havia se manifestado nenhum problema específico, as agentes de saúde voltavam, o que era denominado “revisita”. No ano 2000 a proporção foi de 9.095 visitas de acompanhamento para 6.156 “revisitas”.

Foram estabelecidos os seguintes procedimentos para análise e classificação dos FVD, a fim de priorizar os casos que deveriam ser acompanhados:

- Numeração do formulário;
- Leitura e verificação da informação de cada formulário pela enfermeira e/ou pela assistente social sanitária;
- Separação de formulários com informações incompletas ou que necessitavam de esclarecimentos para serem discutidos com os agentes de saúde;
- Separação dos formulários que apresentavam indicação de risco e anotação na primeira página do risco detectado;
- Elaboração de ficha de acompanhamento e agendamento de visita domiciliar;
- Arquivamento por subárea dos formulários que não necessitavam de acompanhamento imediato e elaboração de contra-arquivo por endereço.

Os casos de moradores que necessitavam de atendimento médico ou de enfermagem antes da abertura do Posto de Saúde da Vila do João eram encaminhados ao Posto de Saúde Gustavo Capanema, situado na Vila do Pinheiro.

Somente em março de 2002 foi feita a contratação de mais 16 agentes de saúde, possibilitando que o número de pessoas atendidas por agente de saúde ficasse de acordo com as normas do PACS.

Durante todo o período abrangido por esta análise documental foram feitos vários trabalhos educativos: com as creches da comunidade, com os adolescentes nas escolas e, depois, no próprio Posto de Saúde. Realizaram-se eventos sobre o meio ambiente; comemoração do Dia Internacional da Mulher; Dia Internacional de luta contra a AIDS; Espaço aberto à Saúde; Dia das Mães; Dia dos Pais e outros, nos quais se buscou sempre discutir com os participantes seus interesses e necessidades. O tema educação popular em saúde foi abordado em várias oportunidades, gerando uma Comunicação Coordenada intitulada: “O ACS como educador em saúde: uma conversa na Vila do João”<sup>67</sup>, apresentada na 1ª Mostra de Atenção Básica do Município do Rio de Janeiro em 2004.

### **O processo de organização da Unidade de Saúde.**

Em 1999 foi apresentado o “Projeto de Gerência Alternativa” para a Unidade de Saúde com vistas a sua reabertura, que na realidade ocorreu somente em maio de 2000, devido às obras de recuperação que precisaram ser realizadas. Este primeiro Projeto foi fruto da experiência desenvolvida na área junto com os agentes de saúde; da

recuperação da história anterior da Unidade de Saúde existente e da pesquisa realizada em cinco unidades de saúde do Município com o objetivo de conhecer seu funcionamento. A Coordenação da Área Programática já sentia a necessidade de introduzir mudanças no sistema de “porta de entrada” e no próprio funcionamento das outras sete Unidades Básicas existentes na Maré, e neste sentido abriu caminho para a busca de uma maior humanização do serviço.

A reabertura do Posto era uma reivindicação dos moradores desde o seu fechamento e nas visitas domiciliares as agentes de saúde entravam em contato constante com esta expectativa da população. Esta situação angustiava toda a equipe local, por não poder corresponder a essa expectativa, mas, por outro lado, possibilitou a elaboração de um projeto mais próximo das necessidades locais.

As agentes de saúde participaram da discussão do projeto e apresentaram suas próprias dúvidas e sugestões, assim como as que surgiam nas visitas domiciliares. Havia um questionamento constante com relação à proposta de um novo sistema de triagem baseado nas necessidades dos moradores, já que todos os demais serviços existentes na Maré funcionavam com a distribuição diária de senhas numeradas na ocasião da abertura da Unidade. As agentes consideravam que os moradores não aceitariam a mudança, pois já estavam acostumados a chegar de madrugada, fazer a fila e serem atendidos por ordem de chegada. Também foram discutidas as condições de atendimento para os parentes dos funcionários, de forma a atendê-los sem prejudicar os outros moradores.

Grande parte do equipamento utilizado para viabilizar esta reabertura foi conseguida em outras Unidades de Saúde e com a própria UFRJ. Quanto ao material que havia estado na UCB antes, foi recuperado pela firma de manutenção que atendia à CAP 3.1. Uma pequena parte do material foi comprada pela SMS-RJ e alguns equipamentos de uso permanente foram adquiridos pela Unimar, gestora do Posto, como por exemplo, fax, computador, máquina de xerox. Houve também uma doação realizada pela empresa Lamsa (Linha Amarela), que possibilitou a compra de alguns materiais; uma outra empresa doou móveis usados, mas em bom estado de conservação. O Posto iniciou seu atendimento com consultas de pediatria, ginecologia, clínica médica e de enfermagem; curativos e entrega de medicamentos. Em 17 de julho foi aberto o setor de imunização e ainda neste mês iniciaram-se as consultas coletivas de enfermagem para mães de bebês nascidos a partir do ano 2000, formando grupos de

acolhimento para recém-nascidos; grupos para mães de crianças de três meses e de sete meses. Em meados de novembro começou o atendimento de nebulização, assim como os grupos para a entrega dos resultados de TIG (Teste imunológico para gravidez) e do resultado de exames preventivos de câncer ginecológico.

O sistema de triagem adotado desde o começo baseava-se na observação de cinco outros serviços visitados. Para cada especialidade existia uma triagem separada, com critérios específicos, que foram estabelecidos a partir da pesquisa realizada e da discussão da própria equipe. Todas as pessoas que estavam esperando consulta eram ouvidas pelas enfermeiras e suas informações anotadas num formulário (nome, idade, sexo, área de moradia, queixa, classificação de prioridade absoluta ou relativa e destino). Os casos classificados como “prioridade absoluta” em geral eram atendidos no mesmo dia e os de “prioridade relativa” eram agendados para nova data quando não existia disponibilidade de consulta para o mesmo dia.

As pessoas agendadas deviam chegar às 07h30 da manhã ou às 12h30, sendo concedida meia hora de tolerância para que se apresentassem no arquivo. Se a pessoa não chegasse, era considerada desistente e seu número era disponibilizado para outra pessoa.

Este sistema de triagem foi tema de discussão em reuniões da equipe e algumas adaptações foram feitas de acordo com as avaliações realizadas. No relatório anual de 2001 a avaliação da triagem foi a seguinte:

“Um dos problemas enfrentados tem sido o fechamento da triagem, principalmente no que se refere à pediatria. Para o ano 2002 está prevista a contratação de mais um pediatra. Por outro lado, o acompanhamento dos pacientes inscritos nos Programas também diminui a possibilidade de atendimento da demanda espontânea”.

Após a abertura do Posto de Saúde da Vila do João, além do trabalho externo, as agentes de saúde passaram a atuar na recepção. O objetivo da recepção era informar e orientar o usuário sobre o funcionamento do Posto além de fazer a mediação entre as necessidades dos moradores e o atendimento dos profissionais do Posto, principalmente os enfermeiros e a coordenação. A seleção dos ACS que ficavam na recepção era feita pela equipe, considerando seu temperamento e seus conhecimentos sobre o funcionamento do Posto, sendo esta função considerada pela equipe como de confiança. O agente de saúde escolhido ficava na recepção uma parte do dia e na outra parte fazia

as visitas domiciliares de sua micro-área. Existia também um acordo com toda a equipe de se comunicar de imediato qualquer mudança à recepção, a fim de manter uma fluidez na comunicação com os moradores e não expor as agentes de saúde a situações constrangedoras. Nem sempre este acordo era cumprido, o que provocava queixas das agentes de saúde. No relatório anual de 2000 é mencionado que

“A recepção, ao mesmo tempo em que informa e orienta, ouve também os usuários. Neste sentido, a coordenação da Unidade periodicamente se informa sobre a situação”.

Outro trabalho realizado pelas agentes de saúde era a “busca” de moradores faltosos às consultas do Posto. Estas buscas em geral eram solicitadas pelos responsáveis pelo Programa de Hipertensão e Diabetes, Programa da Mulher e Programa da Criança e eram orientadas pela enfermeira supervisora do PACS. O objetivo da visita era não só levar o convite para o comparecimento, mas também de entender os motivos que levaram os moradores a não comparecerem à Unidade. Durante o ano de 2000, das 77 visitas domiciliares realizadas a hipertensos que não compareceram ao Posto conforme esperado, os motivos alegados foram:

- Trabalham fora no horário em que o posto está aberto: 41,5%
- Esquecimento: 24,7%
- Não entenderam a orientação: 10,4%
- Mudaram-se: 7,8%
- Sentiam-se bem: 6,5%
- Perda da receita: 3,9%
- Pegam medicamento em outro posto: 2,6%
- Endereço errado: 1,3%
- Perda de cartão: 1,3%

Com a análise desta informação, foram traçadas estratégias para 2001 a fim de diminuir o não comparecimento.

No caso do Programa da Mulher, das 40 gestantes faltosas visitadas pelas agentes de saúde, os motivos alegados foram:

- Nenhum motivo específico sendo, portanto, remarcadas: 27,5%
- Não foram encontradas no momento da visita: 20,0%
- Endereço não encontrado: 17,5%
- Transferências para outras Unidades: 12,5%
- Mudaram-se: 12,5%

- Aborto: 5,0%
- Não mencionados: 5,0%

Com relação à organização do arquivo da Unidade, realizou-se também uma pesquisa nas mesmas cinco Unidades de Saúde mencionadas antes e foi consultada uma professora de “Registros de Saúde” da Escola Politécnica (EPSJV). Os prontuários dos moradores eram individuais, porém arquivados em pastas suspensas, sendo uma para cada domicílio - as pessoas que moravam na mesma residência tinham seus prontuários arquivados na mesma pasta. Um funcionário administrativo criou um sistema informatizado de processamento dos dados de identificação do prontuário, a fim de facilitar sua localização quando o usuário não trazia o cartão com seu número. Por outro lado, este sistema facilitava a verificação de falhas no preenchimento da informação por impedir permitir a entrada de informações contraditórias. Iniciou-se o cruzamento dos números dos formulários de visita domiciliar preenchidos pelo PACS com os números dos prontuários, a fim de disponibilizar as informações das visitas domiciliares para os médicos e outros profissionais.

Na realidade esta informação foi subutilizada, devido à sobrecarga de trabalho dos médicos, ocasionada pela grande demanda de consultas. Isso fazia com que o médico pedisse informação diretamente à equipe do PACS, sem consultar a escrita. As consultas médicas realizadas no Posto de Saúde de maneira geral eram individuais e por isso a pasta familiar também foi pouco utilizada. Em alguns momentos houve consultas coletivas, nas quais se davam orientações sobre a prevenção e os cuidados de doenças que afetavam a coletividade, como a dengue, a conjuntivite e outras; mas após esta primeira explicação em grupo era feito o atendimento individual. Uma diferença significativa entre o Posto de Saúde da Vila do João e as outras unidades da Maré é que desde o princípio os médicos contratados sabiam que, quando necessário, deveriam fazer visitas domiciliares. A avaliação da necessidade da visita domiciliar médica ficou sob a responsabilidade da enfermeira supervisora do PACS e sua realização sempre foi garantida, apesar de a maioria das consultas médicas ser feita no consultório. Durante o ano de 2000, por exemplo, foram realizadas 3.283 consultas de clínica médica no consultório e cinco visitas domiciliares por médico. Durante o ano de 2001 do total de 20.588 consultas médicas, 40 foram feitas no domicílio. A participação dos médicos nas reuniões semanais de equipe em geral não acontecia, devido à dificuldade em manter um tempo livre em sua agenda de consultas.

Depois da abertura do Posto de Saúde, além dos trabalhos educativos realizados em atividades externas, foram fortalecidas várias parcerias, que abriram espaço também para novos projetos vinculados à Unidade. Em 2000 foi iniciada uma articulação com o grupo Cidadania das Mulheres, organizado pela ONG Cepia (Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação), que trabalhava o tema relações de gênero e relações familiares. No ano seguinte, iniciou-se um Projeto de Prevenção à Violência Intra-Familiar, com financiamento do BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento) e participação da Secretaria de Estado de Direitos Humanos do Ministério da Justiça, do Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher e da própria Cepia como executora. Uma sala localizada no terreno do Posto foi cedida para este projeto, num acordo oficial com a SMS/RJ; neste espaço começou -se um trabalho de orientação às mulheres vítimas de violência, com assistência jurídica e psicológica. Este trabalho foi se fortalecendo e ampliando, tanto fisicamente como em termos de sua proposta, passando mais tarde à responsabilidade da UFRJ, servindo inclusive como campo de estágio.

Em 2001 foi iniciado o Projeto “Adolescento”, que teve como gestor o Ceasm, em convênio com a SMS/RJ. Este trabalho era desenvolvido aos sábados, quando eram atendidos adolescentes entre 12 e 21 anos; havia atividades esportivas, jogos, trabalho educativo, consulta médica e grupos de saúde mental.

Outra parceria foi realizada em 2002, com o Núcleo de Gênero da Ensp/Fiocruz e do Nesc/UFRJ, para o desenvolvimento do Projeto “Jovens, Saúde e Vida Cotidiana: uma proposta de pesquisa-ação”. O Posto de Saúde fez a articulação com jovens que haviam participado do Adolescento e passaram a se reunir em horário alternativo, fazendo trabalhos de reflexão e pesquisa ação.

Muitas outras parcerias foram realizadas durante o período analisado, tendo em vista o reconhecimento por parte da equipe da importância de se abrir novas possibilidades e fortalecer o trabalho em rede.

No final do ano de 2000, com o Posto de Saúde já funcionando, foi feita a primeira avaliação que passou a ser semestral e com a participação de todos os funcionários. No relatório da reunião realizada em julho de 2001, consta que:

“Considerando a necessidade de maior entrosamento entre os diferentes setores do Posto, conhecimento das dificuldades enfrentadas e pontos positivos encontrados em cada um dos setores, foi feita uma tarde de reunião com a presença da grande maioria dos funcionários. A reunião

foi dividida em três partes: a) trabalho em grupo, no qual cada setor levantou os pontos positivos e negativos em seu trabalho e sugestões para enfrentar os problemas; b) exposição de cada setor sobre os pontos levantados; c) debate sobre as exposições realizadas”.

As conclusões foram consolidadas num relatório final que serviu de referência para a continuidade do trabalho. Durante os dois anos seguintes foram feitas outras reuniões de avaliação, tendo como referência os três enfoques da avaliação de qualidade sugeridos por Donabedian<sup>68</sup>: estrutura, processo e resultado.

A última reunião de avaliação da qual participei foi realizada em 2002 e contou com a participação de aproximadamente 55 funcionários que pertenciam à equipe do Posto, além de dois professores/pesquisadores do Elos/Ensp/Fiocruz que haviam sido convidados. A avaliação foi feita em cinco etapas:

1. Introdução feita pelos convidados do Elos, abordando a importância da avaliação como um processo permanente e alimentador do planejamento da Unidade. Foi destacada também a relação entre a avaliação das metas do serviço, o processo e os resultados.
2. Apresentação e análise de informações sobre a oferta de serviços na Unidade durante o ano (consultas, triagem, atendimento em programas). Os dados apresentados foram comparados com as metas nos diferentes programas e setores, considerando a população da área. Um exemplo foi a comparação entre o número de crianças inscritas na puericultura e a população esperada (nascidos a partir de 2000), de acordo com o censo do Ceasm. Todos os participantes da avaliação buscaram uma explicação para os problemas detectados.
3. Apresentação das opiniões da população, colocadas na caixa que ficava na entrada da Unidade, na qual estava escrito: “Qual a sua opinião sobre o funcionamento do Posto? Aceitamos elogios, críticas e sugestões”. A princípio os funcionários ficaram preocupados com a colocação da caixa, porque achavam que esta poderia se prestar principalmente a críticas e outras manifestações da população que poderiam ser desagradáveis. No entanto, ao abri-la foram encontradas nove sugestões, nove críticas e dez elogios. Uma das opiniões foi a seguinte:

“Eu já fui a diversos postos de saúde (Matoso, Praça Saens Pena, Vila Isabel) fora Hospitais e devo admitir sem bajulação que eu nunca vi um atendimento maravilhoso de todas as partes tanto de médicos quanto das meninas que ficam na porta e as enfermeiras sempre digo para minha mãe (pois moro aqui a pouco tempo) que precisei vir para cá para encontrar um bom atendimento a equipe de vocês estão de Parabéns. Feliz Natal para todos. [Assinado]”

4. Exposição de um ponto positivo e de um ponto negativo, na opinião de cada funcionário (Anexo V). Foram distribuídas tiras de papel e marcadores para que cada funcionário opinasse, sem necessidade de assinar. Os papéis foram recolhidos, lidos em plenária e agrupados de acordo com a semelhança de opinião. Como ponto negativo destacou-se a “Falta de União, falta de respeito, desentendimento” que teve 15 opiniões neste sentido. Como ponto positivo destacou-se o trabalho dos agentes de saúde e o bom atendimento da Unidade, com 11 opiniões para cada um destes itens. Também foram mencionados a importância do trabalho interdisciplinar, o fato de o trabalho enfatizar a promoção e a prevenção da saúde e a presença do assistente social na equipe. O gestor, que havia sido convidado, mas esteve presente apenas nesta etapa, também deu sua opinião; no entanto, isto interferiu na dinâmica da avaliação, uma vez que discordou de forma autoritária de algumas opiniões manifestadas pelos funcionários.
5. Foi realizado um debate que apontou a convergência da avaliação realizada nos três níveis (metas do serviço, processo e resultado considerando as opiniões da população). A etapa seguinte seria a priorização de pontos fracos a serem trabalhados, considerando aqueles que estariam dentro das possibilidades de atuação dos funcionários, mas não foi possível desenvolver esta parte, devido a um tiroteio que começou neste momento e ao adiantado da hora.

Durante todo o período analisado, foram elaborados relatórios mensais, em que, além da descrição das atividades realizadas, constavam os dados estatísticos e uma avaliação do processo de trabalho. A falta de alguns recursos, como fitas de glicosúria, material para curativo e outros; a inexistência de equipamentos e problemas nas

referências também eram mencionados nestes relatórios, que eram enviados à CAP. Como exemplo da menção do problema de resolubilidade no nível da Atenção Básica em Saúde, cito trecho do relatório anual de 2000:

“Um dos problemas sentido para o melhor desempenho dos serviços é a falta de disponibilidade de vagas no laboratório para a realização de exames, principalmente para os adultos”. “Em termos de equipamento, a maior falta é sentida com relação à autoclave e uma balança para adultos”.

Na pesquisa documental, outro eixo temático sobre o qual constava um amplo registro de informações se referia à formação dos agentes de saúde, que será relatado a seguir.

### **C) Formação**

Conforme citado no *site* da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (<http://www.saude.rio.rj.gov.br/> consultado em 04/09/2006), “A experiência com PACS no município do Rio de Janeiro iniciou-se, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde da Maré, em convênio com a Organização Maré Limpa”, o que aconteceu no ano 1996. Na Unidade pesquisada a experiência foi iniciada em novembro de 1998, no entanto o treinamento oficial na perspectiva da estratégia de saúde da família só aconteceu em 2001, quando a assistente social e a enfermeira participaram do “Treinamento Introdutório para Equipes de Saúde da Família”, realizado pelo Pólo de Capacitação em Saúde da Família do Rio de Janeiro. Independente desta formação, no nível local a equipe procurou realizar várias atividades educativas por meio de oficinas, avaliações e reuniões durante todo o processo de trabalho.

A primeira atividade de formação dos ACS se iniciou ainda em novembro de 1998, com uma oficina cujos objetivos eram “Construir com as ACS um conhecimento sobre educação e saúde, conhecer o anteprojeto de trabalho para a Vila do João e aprofundar conhecimentos sobre temas específicos”. Esta atividade foi desenvolvida durante os dois primeiros meses e incluía o mapeamento da comunidade, o levantamento dos recursos e desenvolvimento dos seguintes temas: Educação e saúde; papel dos ACS; demandas da comunidade; metodologia de trabalho proposta; história da comunidade (conhecimentos das agentes e entrevista com moradores); aprofundamento específico de temas da saúde; visita domiciliar. Durante toda a formação foi estimulada a participação das agentes de saúde, problematizando os temas

a partir de seus conhecimentos e construindo novos a partir deles. Integraram também esta formação: estágio de 15 dias no Centro Municipal de Saúde Américo Veloso, com rodízio pelos diferentes setores; palestras com os profissionais daquela Unidade; visita ao Posto de Saúde Gustavo Capanema, situado na comunidade vizinha e referência mais próxima da equipe da Vila do João.

Houve um grande investimento na formação continuada de toda a equipe, sobretudo durante os primeiros anos, o que inclusive propiciou, mais tarde, a elaboração do trabalho “Ambientação Pedagógica no Serviço de Saúde: Construindo uma proposta de vigilância da saúde” (David *et al.*<sup>69</sup>), apresentado em 2003 no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Neste trabalho consta que “A formação continuada dos profissionais em saúde nas atividades desenvolvidas pelos serviços e a construção coletiva de um projeto sanitário para a localidade são os aspectos fundamentais de uma ambientação pedagógica em serviços”.

Neste sentido, no ano de 1999 houve a participação das agentes de saúde nas seguintes atividades educativas:

- Duas tardes de estudo com toda a equipe do PACS e a diretora do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, para trabalhar os conceitos de promoção e prevenção no próprio Centro de Saúde;
- Na Escola Politécnica da Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), participação de duas agentes de saúde no curso de Saúde da Mulher; duas no curso de Vigilância Epidemiológica; duas no curso de Saúde Ambiental; uma agente de saúde no curso de HIV/AIDS; e um auxiliar administrativo no curso de Registros de Saúde.
- Duas agentes de saúde fizeram o curso de Recepção na SMS-RJ;

Durante um período de seis meses, entre 2000 a 2001, todas as agentes de saúde participaram de um Projeto educativo organizado pela EPSJV em conjunto com a equipe do Posto de Saúde, cujo objetivo era “Contribuir para a formação técnico-profissional dos Agentes Comunitários de Saúde, notadamente no tocante aos componentes de educação em saúde”. Os dias de estudo aconteciam uma vez por semana, intercalados com o trabalho de campo. O conteúdo abordado foi: a) conceitos de determinante, risco e dano à saúde; mapeamento e abordagem crítica das condições de vida locais – seleção de variáveis e relação com os conceitos anteriores; b) o grupo como viés de abordagem e intervenção dos problemas mapeados, possíveis associações na comunidade; c) identificação de possibilidades e estratégias de intervenção, segundo

níveis de organização do grupo, autonomia e heteronomia, construção de propostas e de viabilidade; d) conceito de avaliação, seleção e construção de indicadores e instrumentos de avaliação: abordagem quantitativa e qualitativa, retro alimentação do processo de planejamento pela avaliação.

Ainda em 2000, duas agentes de saúde participaram de um Seminário sobre Violência Doméstica; duas fizeram uma atividade sobre Recursos de Movimento e Expressão e uma agente participou da Semana da Saúde da Mulher.

Além das atividades educativas, outra maneira de contribuir com a formação de toda a equipe foram as reuniões semanais para avaliação do funcionamento das equipes e das atividades realizadas, programação de atividades e informações.

A contratação de 16 agentes de saúde em 2002 provocou a necessidade de realizar um treinamento para o novo grupo, sendo que também foram convidadas agentes de saúde da Unidade vizinha. Esta atividade educativa se concentrou em duas semanas e foram abordados os seguintes temas: Conceito de Saúde, Prevenção, Promoção; Educação em Saúde; Conhecimento do Posto; História da Maré; Sistema Único de Saúde; Diretrizes do PACS; Saúde da Mulher; Hipertensão e Diabetes; Saúde da Criança; Tuberculose; Hanseníase; Imunização e Estatuto da Criança e do Adolescente. Além disso, em junho foi feito um treinamento específico para a utilização das fichas do Siab, e as agentes de saúde participaram de uma palestra sobre roedores, realizada na XXX RA, com a orientação da Gerência de Leptospirose da SMS-RJ.

Ainda em 2002 foi desenvolvido um projeto de integração ensino-serviço-pesquisa do qual participaram o Posto de Saúde da Vila do João, a Faculdade de Enfermagem da UERJ, Faculdade de Enfermagem da UFRJ e o Núcleo de Estudos Locais em Saúde (Elos/Ensp/Fiocruz). O objetivo geral do projeto era: “Organizar um sistema de informação capaz de subsidiar a ação educativa dos profissionais e agentes comunitários de saúde em sua relação com os usuários e a população da Vila do João, Conjuntos Esperança e Pinheiro”. Os três eixos de atividade definidos neste projeto foram: a organização do sistema de informações local; a formação das agentes comunitárias de saúde e a produção/acompanhamento de indicadores de saúde. Duas alunas da Faculdade de Enfermagem da UFRJ utilizaram em sua monografia as informações contidas no formulário de visita domiciliar dos ACS e também digitaram e organizaram os dados existentes no banco de dados local.

Um grupo de alunos do 8º período da Faculdade de Enfermagem da UERJ, em internato e sob a supervisão dos professores, fez a análise da informação qualitativa dos

Formulários de Visita Domiciliar chegando a aproximadamente 10% do total de FVD preenchidos.

Um estagiário de Ciências Sociais do Elos acompanhou durante algum tempo as agentes de saúde em suas visitas domiciliares e fez uma caracterização das comunidades atendidas pelas ACS.

Depois dos primeiros anos de trabalho, a equipe local sentiu a necessidade de sistematizar o registro de informações realizadas livremente pelos agentes de saúde no final do formulário.

Com a perspectiva de oficialização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 2001, foi introduzida a ficha do Sistema de Informação de Atenção Básica (Siab), através da qual se refez o cadastramento das famílias da área, substituindo assim a ficha mais ampla utilizada antes na Área Programática 3.1. Neste sentido, tornava-se ainda mais importante sistematizar as anotações livres que continuariam a ser feitas no final do formulário, em páginas anexadas.

Partia-se do pressuposto de que os fatores de risco definidos pelas instituições de saúde são os principais norteadores das ações dos agentes de saúde (ACS), na medida em que grande parte de seu esforço se dirige à prevenção de doenças, ao controle de sua transmissão e/ou ao seu agravamento. No entanto, o entendimento do risco também está relacionado a experiências concretas vinculadas à saúde e à doença da população local.

Além de serem utilizados para o cadastramento, os formulários também serviam para o acompanhamento das famílias pela equipe do PACS. Nas anotações feitas no final do formulário, as agentes de saúde relatavam a sua percepção quanto às condições e modos de vida da população, as dificuldades encontradas e inclusive a satisfação das pessoas em relação ao serviço de saúde. Não havia um consenso quanto à relevância das informações, portanto esta definição dependia da leitura de cada ACS sobre a relação entre o processo saúde/doença e os acontecimentos e condições de vida da população.

A equipe técnica do PACS entendeu que não era necessário definir mais um pacote de informações a serem colhidas, mas sim que os agentes de saúde deveriam participar na identificação dos fatores relevantes para a construção de um conceito de risco, utilizando sua experiência anterior como moradores da comunidade e o próprio processo de trabalho. O mapeamento de riscos tinha também como objetivo incidir na prevenção de doenças e na promoção da saúde; neste sentido, a identificação dos fatores de risco apoiaria a priorização de ações dos agentes de saúde.

Foram realizados vários encontros com o grupo de agentes de saúde, nos quais se utilizou uma metodologia construtivista. O processo de aprendizagem era estimulado a partir da experiência de vida e de trabalho das próprias ACS; ao mesmo tempo, a reflexão crítica com base nestas experiências serviria também como uma fonte estimuladora de autonomia e decisão frente a situações vivenciadas no cotidiano do trabalho.

Os encontros constaram de:

- Levantamento exaustivo de problemas encontrados durante as visitas domiciliares, mediante a livre expressão de idéias das participantes.
- Sistematização dos problemas levantados. Como resultado desta atividade, foi feita uma “Tabela de Riscos”, relacionando aqueles ligados ao meio ambiente, à habitação, às condições e ao modo de vida de vida dos componentes da família da família e à relação com os serviços de saúde. (Anexo VI)
- Narrativa por escrito de casos familiares típicos, baseada nas experiências com os moradores da área. Foram discutidos nos grupos quatro casos de situações sociais adversas e a forma como as ACS lidaram com estas situações.
- Construção do roteiro para registro de informação, com base nos procedimentos anteriores. O objetivo era orientar a observação da realidade vivenciada pela população e facilitar a sistematização desta observação. (Anexo VII)

Grande parte dos problemas levantados durante os encontros apresentava situações que interferiam na saúde dos indivíduos e da família, mas que na maioria das vezes eram consideradas fora do âmbito de resolução dos serviços de saúde. Segundo uma agente de saúde, “existem muitas situações em que a população pede ajuda ao agente de saúde, mas este não pode fazer nada. Às vezes não tem a ver com saúde”. Neste sentido, procurando não incidir no reducionismo do entendimento fragmentado de uma situação de risco, buscou-se um critério classificatório para as diversas situações, a fim de orientar a ação das ACS. A proposta foi de que os problemas das famílias seriam classificados segundo três níveis de intervenção: a) problemas passíveis de resolução com os meios disponíveis no serviço de saúde; b) problemas passíveis de resolução com

os meios disponíveis na comunidade, dependendo de ação intersetorial; c) problemas insolúveis a nível local, por dependerem de articulações externas.

Esta atividade permitiu organizar as percepções sobre a complexidade do cotidiano da população, o qual também é vivenciado pelas próprias agentes de saúde, que são moradoras da comunidade, e sobre as limitações em lidar com a problemática das famílias de maneira focalizada. Dessa forma, um conceito dinâmico de risco foi construído no compartilhamento de saberes e na busca das múltiplas relações existentes entre os diversos problemas e o contexto local e global. Do ponto de vista do trabalho dos ACS, esperava-se também que suas expectativas com relação à resolubilidade do seu trabalho adquirissem maior racionalidade quanto à sua efetividade operacional, na medida em que fosse melhor entendido o contexto dos problemas encontrados.

## **1.2. Análise das fichas de acompanhamento**

As fichas de acompanhamento foram implantadas a partir de 1999, por iniciativa da equipe técnica da Unidade de Saúde pesquisada, considerando a necessidade de priorizar determinadas famílias ou casos que necessitavam de continuidade no acompanhamento segundo critérios estabelecidos pela equipe. A enfermeira supervisora e a assistente social criaram um modelo de ficha 12X20, na qual as anotações eram feitas por todos os profissionais que realizassem a visita domiciliar ou o atendimento daquele caso. Importante lembrar que, entre novembro de 1998 e maio de 2000, funcionou na área pesquisada uma equipe de PACS composta por 13 agentes de saúde, uma enfermeira e uma assistente social; portanto, durante este período, todos os casos que necessitavam de acompanhamento médico foram referenciados ao Posto de Saúde Gustavo Capanema, na comunidade vizinha. O sistema de acompanhamento analisado foi utilizado entre 1999 e 2002, mas na época do trabalho de campo desta pesquisa já estava desativado, devido à implantação da ficha A do Sistema de Informação de Atenção Básica (Siab).

Os critérios estabelecidos para a abertura de ficha para moradores da área de abrangência da equipe eram: ser gestante fazendo pré-natal em outra Unidade ou gestante sem pré-natal; criança menor de três anos fazendo puericultura em outra Unidade; criança com vacinas atrasadas; criança sem teste do pezinho; paciente hipertenso e diabético sem tratamento; uso de drogas; tratamento ou suspeita de

tuberculose ou hanseníase; idosos; portador de deficiência física ou mental; AIDS; casos sociais.

No que se refere ao tempo de acompanhamento priorizado nos 36 casos analisados, 21 foram acompanhados por um período entre 12 e 24 meses, nove foram acompanhados por mais de 24 meses e seis por menos de 12 meses. O número máximo de registros para um mesmo caso foi de 39. A maioria destes registros foi feita pelas agentes de saúde da área, em geral sobre as visitas domiciliares, mas também constam registros das enfermeiras, auxiliares de enfermagem e assistente social. Com relação à variável idade, não houve nenhuma concentração significativa por faixa etária. Dentre as fichas, 14 se referiam a pessoas do sexo masculino, sendo que duas eram crianças com menos de dois meses. Os motivos deste acompanhamento especial foram: pressão alta, hanseníase, tuberculose, AIDS, uso de drogas, deficiência física, pré-maturidade, falta de registro de nascimento e vacinas atrasadas. As fichas referentes ao sexo feminino foram 22 e os fatores que motivaram sua abertura foram: pressão alta, diabetes, idosa com pouca assistência da família, violência familiar, alcoolismo de familiar, depressão de filho ou depressão da própria, gestante com pré-natal em outra Unidade, gravidez na adolescência, hanseníase, situação socioeconômica precária, tuberculose, suspeita de câncer de mama, deficiência de filho, DST, AIDS. É notória a persistência e a dedicação da equipe, em especial dos agentes de saúde, aos casos acompanhados.

#### A) Contexto

Vários são os elementos de contexto que estão registrados nas fichas, embora não houvesse um espaço específico para este tema. Os registros foram realizados em função dos problemas enfrentados pelos moradores e os relatos aqui reproduzidos tiveram seus nomes modificados. Em muitos casos é possível perceber a dificuldade dos agentes de saúde e da própria equipe em atuar na resolução de problemas que em grande medida estavam fora de seu alcance. Os registros selecionados foram agrupados por idéias centrais que estão destacadas em negrito.

O registro sobre **condições precárias de vida e dificuldades financeiras** pode ser encontrado em várias fichas, fazendo-se uma relação entre estas condições e a situação de saúde do morador. Uma agente de saúde relata caso de uma família com 19 pessoas em que “A higiene é precária, pois todos moram num domicílio de sete cômodos e dos membros da família que trabalham, o realizam como biscateiros”. Em

outra ficha, nas anotações feitas pela agente de saúde e pela assistente social consta: “Luzia, mãe de quatro filhos, esposo desempregado, vivem em condições precárias em casa de vizinho. Recebem doações de alimentos, móveis, etc. de vizinhos. Mãe trouxe filho de 16 dias e outro filho para consulta médica. Segundo o médico, criança é desnutrida (quatro anos)”. Comentando o caso de uma gestante de 29 anos, uma agente de saúde menciona que: “O esposo, Sr. João está desempregado – veio ao Posto de Saúde e o Dr. X passou remédio de depressão, pois o mesmo não está bem, a esposa disse que não pode comprar o remédio”.

No caso de Dona Fernanda, uma senhora de 43 anos com nove filhos, foram feitas 23 visitas no prazo de 13 meses. Vários foram os problemas de saúde mencionados na ficha: verminose, depressão, hanseníase, “retardo mental”, pressão alta, hérnia e outros. A agente de saúde comenta que Dona Fernanda está “muito depressiva” com “problemas particulares muito graves e não tem quem a ajude”. Uma das filhas, com problemas mentais, foi encaminhada para outro serviço e Dona Fernanda foi encaminhada para atendimento de psicologia no Centro Municipal de Saúde. ACS relata: “Conversamos no corredor, pois devido à situação do domicílio, parece que não quer que entremos. Situação continua a mesma. Relato confuso. Falou que não foi mais ao Centro de Saúde por não ter dinheiro para a passagem. Colocou insistentemente sua situação socioeconômica que continua cada vez pior, ao ponto de não ter nenhum alimento para dar aos seus filhos (sic) [...] Disse que sua filha Sônia (14 anos), que estava no CIEP, deixou de freqüentá-lo por não ter tênis preto. Questionou essa exigência com a diretora e a mesma não atendeu”. Mais adiante, na mesma ficha: “Encontrei Dona Fernanda na rua, informou que iria na casa de uma amiga para ver se conseguia vender uma saia, pois falou que não tinha nada em casa para comer”. “Fazendo visita em outro bloco, encontrei com a Fernanda era o dia do seu aniversário. Falou que iria atrás da Sônia, porque ela está namorando um desses rapazes que não podemos falar”. (Anexo VIII).

Outro caso onde as péssimas condições de vida são assinaladas é o do Sr. Alfredo, que foi acompanhado durante dois anos e três meses, em 21 visitas domiciliares feitas pelas agentes de saúde, enfermeira, auxiliar de enfermagem e médico. Inicialmente o Sr. Alfredo não quis fornecer informações para o preenchimento do formulário de visita domiciliar. “07/07/99 - O Sr. Alfredo não quer fazer ficha alguma. Ele foi orientado sobre a importância da sua saúde e dos programas. Ele é deficiente de uma perna. Usa fogão a lenha, bebe água direto da bica, mora sozinho.

24/08/99 - Foi orientado sobre a importância de fazer a ficha de visita domiciliar.  
26/08/99 - Foi preenchida esta ficha. Orientado acerca dos programas e a tomar água filtrada. Obs. Fogão à lenha, não tem geladeira, orientado aos cuidados com a comida para não azedar e higiene precária. Encaminhado à FUNLAR. 12/07/01 - Estivemos na casa de seu Alfredo que informou ter passado muito mal ontem à noite, por falta de ar e dores nas costas. Informa que durante o dia passa até bem, porém à noite começa o desespero. Seu Alfredo mostra-se preocupado e pede para ver se alguém consegue um lugar para o mesmo (asilo, hospital) qualquer lugar”.

Casos de **violência** intrafamiliar e outras formas de violência são mencionados nas fichas, como o de uma senhora de 52 anos agredida pelo filho alcoólatra e usuário de drogas relatado pela enfermeira. Dona Fátima “apresentou-se muito nervosa, relatando problema com seu filho agressivo que lhe ameaça diariamente a ponto de cliente não poder ficar em casa. Informa ser seu filho alcoólatra e usando outras coisas (sic). Procuramos acalmá-la e oferecemos os serviços da Cepia [serviço para atendimento de mulheres vítima de violência – Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação]. Não se mostrou muito convencida de procurar este serviço”. Outro caso de violência é relatado pela agente de saúde que estava acompanhando um adolescente de 13 anos, sem rendimento escolar e depressivo: “Mãe relata que o problema do filho aumentou com assassinato de menina em sua frente”.

São relatados três casos de **gravidez na adolescência** de jovens de 13, 15 e 17 anos. Num dos casos, foram feitas 16 visitas desde que a adolescente de 17 anos suspeitou de sua gravidez e foi encaminhada ao serviço de saúde. Seis meses depois de nascida, sua filha ainda não havia sido registrada e a agente de saúde constata que: “A mesma informou que a filha não foi registrada porque o pai não quer registrar”. Alguns meses depois, menciona que segundo informações da mãe, Claudia “está trabalhando numa casa de família já tem quatro meses”. Na visita domiciliar realizada quando criança estava com 10 meses, a agente de saúde informa que a adolescente procurou creche para matricular a criança, mas não conseguiu. Posteriormente foi morar com seu pai em outra comunidade, para tentar conseguir creche para filha.

Uma agente de saúde comenta o **preconceito existente com relação à tuberculose (Tb)**, ao contar o caso de um rapaz que iniciou o tratamento: “Foi-nos informado que o colégio, na Ilha do Governador, suspendeu-o de aula, tendo o mesmo perdido o ano letivo. Quanto ao seu trabalho, foi dispensado também até o término do tratamento, porém com todos os direitos trabalhistas inclusive gratificações”.

A **solidariedade** dos vizinhos também é mencionada em algumas das fichas de acompanhamento analisadas, como no caso de Dona Luzia. Nos registros de uma agente de saúde em visita domiciliar a uma senhora de 71 anos, consta que: “Dona Nadir está morando na Rua 15 nº. 26, quarto dos fundos. Tem janela sem ventilação, não tem fogão e nem geladeira. Os vizinhos é que dão comida e água. [...] Dona Nadir disse que Dona Tânia, filha da Dona Jandira (senhoria), é que dá banho e controla o remédio da mesma”.

O **abandono de idosos** está presente no relato da agente de saúde que comenta as várias tentativas de contato com a filha de um senhor de 75 anos, que precisava de acompanhamento para agilizar uma consulta e realizar exames pendentes há seis meses: “Pedi que falasse a sua filha para vir ao Posto de Saúde para conversar com enfermeira no sentido de agilizar consulta com oftalmologista no Hospital do Fundão”. Mais adiante a enfermeira registra na mesma ficha: “Visita domiciliar para entrar em entendimento com a filha do Sr. Norman no sentido de que a mesma leve o cliente para fazer os exames que foram pedidos em julho de 2000 e não foram feitos ainda por falta de quem o acompanhe. Combinamos que a filha venha buscar pedidos atualizados hoje”. Seis meses mais tarde: “Sua filha ainda não levou o Sr. para fazer os exames”. Após este período a agente de saúde consegue uma Kombi para levar o Sr. Norman.

## **B) Modelos de atenção e atribuição dos agentes de saúde**

Com relação a este eixo temático, as anotações realizadas nas fichas de acompanhamento refletem a forma de funcionamento do sistema de saúde tradicional e também trazem indicativos da forma de funcionamento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Unidade Básica de Saúde pesquisada. Em várias fichas são relatadas as dificuldades da população em conseguir realizar exames, marcar consultas, obter medicamentos. Por outro lado, o agente de saúde procura viabilizar o encaminhamento dos problemas vivenciados pela população.

**A grande dificuldade para obter tratamentos de média e alta complexidade** está presente em vários relatos como, por exemplo, no caso de Roberto, um adolescente de 13 anos com problemas de rendimento escolar e depressivo, mencionado no item anterior. Consta que: “Mãe procurou ajuda em 12 hospitais não conseguiu. Escola acha que Roberto necessita de tratamento psiquiátrico e psicológico”. Cinco meses depois, a mãe relata que conseguiu tratamento para Roberto no PAM Henrique Valadares, onde

pai do rapaz faz tratamento de hipertensão e diabetes, porém um mês depois o tratamento foi interrompido devido a uma greve.

As dificuldades de atendimento aparecem também no caso de Dona Fernanda, a senhora de 43 anos com nove filhos, mencionada no item Contexto. Como foi dito antes, vários são os problemas de saúde enfrentados pela família registrados na ficha em anexo; mas aqui destaco o de Leandro, na época com oito anos: “09/07/01 - Leandro está com um coágulo na cabeça. Está com exames marcados para 13/07/01 no Hospital Geral de Bonsucesso (HGB). Devendo ser internado no dia 20/07 e fazer cirurgia no dia 25/07. Fernanda fraturou dois dedos da mão. Vai fazer uma pequena cirurgia no dia 11/07/01 no HGB. 31/08/01 - Leandro não foi operado. Fernanda informou que perdeu a hora do atendimento. Foi marcada nova data para o mês de novembro. Disse que se surgir uma vaga antes vão antecipar a cirurgia. Acha que as manchas [suspeita de hanseníase] estão passando para seu filho Leandro. Falou também que filho iria se internar no dia 21/11/01 no HGB”. “[Em novembro] Dona Fernanda informou que seu filho Leandro chegou no colo de um conhecido dela e ele falou que Leandro tinha caído. A criança estava sentindo tonteira, dor de cabeça muito forte. Fernanda deu banho no Leandro e levou para o HGB, ele ficou em observação três dias, isso aconteceu em novembro. Ele bateu chapa e o médico pediu que ele tenha repouso, no momento ele está bem. Só não pode operar agora porque o HGB não tem vaga e porque tem criança pior que Leandro, o médico falou que ele pode esperar, caso ele chegue no HGB bem mau, aí sim que iria operá-lo de imediato, pediu a sua mãe que ele tenha repouso no momento ele está bem. Fernanda está sem remédio, está vendo tudo embaçado, está sentindo cansaço, tonteira, mal estar, foi orientada a ir ao Américo Veloso, ir ao médico, falou que primeiro vai cuidar da operação do Leandro”.

Outro caso que retrata as dificuldades de atendimento é o de Dona Mariana, 78 anos, diabética, com as duas pernas amputadas devido à gangrena, cega e em uso de insulina duas vezes por dia. Em outubro, ACS relata: “Comparecemos à casa da Sra. Mariana que está há um mês sem insulina, faz tratamento no HGB há mais de 11 anos, onde vai continuar fazendo seu acompanhamento. Hoje sua filha Maria fez haemoglicotest na mesma, com resultado 200 mg/dL [miligramas por decilitro] feito em jejum pela manhã. Sra. Mariana fica na cadeira de rodas. Filha mostra-se preocupada, pois não está conseguindo a insulina e fica muito caro para comprar”. Em dezembro a agente de saúde relata: “Dona Mariana continua na mesma situação, pois o HGB continua em greve. Hoje não foi verificada sua glicose. Segundo informação de sua

filha, esta semana a irmã conseguiu a insulina e ela não sabe como. Sua mãe tem que fazer uso duas vezes ao dia de 18 UI [Unidades Internacionais] na parte da manhã e 22 UI na parte da tarde. Foram informadas que poderão conseguir a insulina no PAM Del Castilho ou no CMS [Centro Municipal de Saúde] da Penha, porém ambos estão em greve. Então continua a mesma situação”. Em fevereiro: “Informa também que continuam com o mesmo problema em relação à insulina. Esta semana, seu cunhado conseguiu uma no Hospital Moncorvo Filho”. Segundo a ficha de acompanhamento a situação só se regularizou em junho, nove meses depois de ter começado a faltar insulina. Durante este tempo, a família se mobilizou para conseguir o medicamento e também conseguiu o Benefício de Prestação Continuada (BPC) para Dona Mariana.

Outro caso: Eduardo, filho de Cândida, nasceu prematuro e ficou internado por 11 dias. Agente de saúde relata que criança teve bronquite: “A mãe levou a criança ao Souza Aguiar, no qual fizeram uma transfusão de sangue no bebê de um mês e cinco dias. Mãe relatou que não ficou nem em observação, mandaram embora na mesma hora. Quando chegou em casa piorou o estado da criança e levou para o Hospital do Fundão onde ficou internado. Está entre a vida e a morte no CTI. Irá ser transferido para a UTI, não sabe para qual hospital, pois o Fundão não está conseguindo vaga para o bebê. Fiquei de levar o caso para a enfermeira.” Ainda no mesmo dia, a enfermeira anota: “Mãe procurou-nos no Posto e confirmou todas as informações relativas à internação da criança. Ficamos de entrar em entendimento com a CAP, o que foi feito. Falamos com o coordenador, que se comprometeu a entrar em entendimento com Hospital Universitário. À tarde falamos com coordenador que relatou não ter conseguido informações a respeito da internação de Eduardo e que ficou de continuar tentando amanhã de manhã”. Durante o período de três meses foram feitos 14 registros na ficha de acompanhamento, inclusive após a alta da criança.

Márcia de 28 anos, é mãe de dois filhos, um de cinco anos com deficiência e outro com nove meses. Já na segunda visita, menciona, ter perdido uma criança devido a um câncer [CA] no colo do útero. Ela faz tratamento para o CA no Hospital do Fundão e marcou ligadura de trompas no HGB porque não queria mais engravidar. Mesmo assim, a agente de saúde relata que: “A Márcia informou que está com três meses de gestação e que o médico informou que ela não pode operar agora. Está fazendo pré-natal no HGB. A mesma tomou remédio para retirar o neném, mas não saiu”. Ao final dos nove meses, a agente de saúde informa: “Márcia não conseguiu fazer ligadura. Ela vai voltar na sua médica para saber da sua ligadura”.

Por outro lado, se pode observar nas fichas a **facilitação do acesso e o acompanhamento** persistente feito pelas agentes de saúde. Lúcia, de 27 anos, estava fazendo pré-natal numa Unidade Básica de Saúde de uma comunidade vizinha. A agente de saúde relata que Lúcia “Está com dificuldades para fazer os exames solicitados, perdeu sangue”. Alguns dias depois da primeira visita domiciliar, ACS volta com a enfermeira supervisora: “Fomos ao domicílio de Lúcia para verificar pedidos de exames, os quais foram trazidos para o Posto de Saúde com a finalidade de facilitar o encaminhamento dos mesmos para a Unidade do Combú. Quanto ao ultra-som, iremos falar com enfermeiro para ver a guia de encaminhamento”. A agente de saúde fez nove visitas domiciliares durante a gestação de Lúcia, verificando a vacinação e acompanhando suas necessidades. Os exames e a ultrassonografia foram marcados para um mês e meio após a primeira visita. A criança nasceu no domicílio e foi assistida por ginecologista/obstetra e pediatra do Posto de Saúde, tendo sido encaminhada imediatamente para o hospital mais próximo.

O tipo de orientação feito pelas agentes de saúde fica bem caracterizado no caso do Sr. José. Ele recebeu 31 visitas domiciliares dos profissionais da Unidade Básica de Saúde, sendo a maioria feita pelas agentes de saúde. Tratava-se de um senhor de 48 anos com tuberculose (Tb), de cuja ficha reproduzo alguns trechos: “Fui atendida pela esposa Luciana, da qual fui informada que o mesmo estava na fase inicial de Tb, tomou os remédios que foram passados para o mesmo e no momento não tem mais sintomas, terminou os remédios de dezembro para janeiro. Nesse tempo em diante não retornou ao médico, peso do mesmo 92 quilos, não sente mais nada, não chegou a ter alta do médico. [...] O mesmo fez um exame de sangue aproximadamente no mês de outubro, o qual acusou diabetes (480 mg/dL), mas o mesmo não tem sintomas e nem sente nada. Esposa acha que o exame deu errado. Foi orientada a passar para o esposo repetir o exame de sangue (não faz tratamento). Falamos com esposa do Sr. José com a qual deixamos dois potes para colher exame de escarro com pedido anexo e encaminhamento para pneumologia do CMS Américo Veloso. Renovamos as orientações sobre a importância do esclarecimento da Tb e diabetes (DM). Não falamos com o Sr. José, pois o mesmo estava trabalhando”. Três meses depois da primeira visita: “Falei com a esposa, que disse que o Sr. José é resistente e não foi fazer o exame. Os dois potes de escarro o mesmo não compareceu para levar. Dona Luciana disse que seria bom se falasse com ele pessoalmente às 12h30min que o mesmo se encontra em casa. Esposa disse que está cansada de falar com ele. Fiquei de falar com enfermeira para irmos.” Em

outro dia: “Visita domiciliar para conversar com o Sr. José, que nos atendeu prontamente, deu todas as informações, inclusive mostrou os resultados dos exames que acusam a alta de glicose. Renovamos orientações que já haviam sido dadas a sua esposa. Orientamos para fazer o exame de escarro, cujo pedido Dona Luciana ficou de vir apanhar no Posto de Saúde hoje. Encaminhado também para agendar clínico no Posto para ver o problema da DM. Sr. José disse que no mês que ia ter alta do tratamento de Tb, ele parou por conta própria, mas que antes de parar, o médico disse que ele é DM. Não faz tratamento de DM. Foi dada orientação sobre a doença e encaminhamento para o Posto”. Seguiram-se várias visitas, nas quais o Sr. José afirmava estar fazendo tratamento de diabetes e de tuberculose, mas ao verificar as inscrições no programa de diabetes do Posto de Saúde, a ACS percebeu que Sr. José só compareceu uma vez e depois só comparecia para buscar seu remédio. Quanto ao tratamento de tuberculose, parecia não ter recebido alta. Voltou a trabalhar na Kombi e só se encontrava em casa nos sábados. “A esposa disse que ele não vem nas consultas por falta de tempo. O mesmo faz o teste de glicosúria e mede a PA [pressão arterial] todas as vezes que apanha o remédio. D. Luciana não faz o preventivo há seis anos. Fiquei de marcar gineco e clínica médica para a mesma. Orientei para o auto-exame de mama”. A família mudou-se para outro bairro.

No caso do Sr. Jairo, um hipertenso sem tratamento, a agente de saúde, em sua nona visita, comenta: “Estive mais uma vez nesta casa. Ângela informou que seu pai não foi verificar sua PA e que ele trabalha de 2ª a sábado, todos da família já conhecem o trabalho e serviço do Posto de Saúde e horários e sabem que hipertenso não precisa passar pela triagem, pois sua mãe estava no programa de hipertensão no Posto, mas não sabe onde está o cartão da mãe. Todos da família passam bem”. Em outra visita: “Depois de várias tentativas de marcar uma consulta para Sr. Jairo, através dos seus familiares, encontrei o próprio onde foi informado sobre os riscos e importância de iniciar seu tratamento. O mesmo disse que anda sentindo muito mal, dor na nuca, lado do corpo querendo paralisar, foi deixado um encaminhamento para ele ir ao Posto marcar consulta e conversar com a enfermeira. Os demais da família passam bem.” Em outro dia: “Sr. Jairo informou que esteve no Posto de Saúde com Dr. X e foi inscrito no programa com número..., matrícula..., sua próxima consulta será com enfermeira”.

O Sr. Alfredo, cujo caso foi mencionado antes no item Contexto, recebeu o cuidado de vários membros da equipe de saúde no domicílio: “Visita domiciliar com enfermeira para ver condições físicas (feridas) do cliente, após ter sofrido queda. Foi

agendado curativo para tarde de hoje. 14/09/00 - Foi feita uma visita ao Sr. Alfredo [pela auxiliar de enfermagem com a ACS]. Feito curativo e aplicada vacina antitetânica 2ª dose. 15/09/00 - Feito mais um curativo. Não deu para o Dr. Maurício ir na sua casa. 30/10/00 - Visita domiciliar com Dra. Mirna, que examinou o cliente, verificou PA, constatou, entre outros sintomas, dificuldade em alguns dos dedos. Não respondeu à volta do movimento de extensão, “roncos” na escuta pulmonar, prisão de ventre. Requisitou exames de escarro para pesquisa de BAAR [Bacilo álcool ácido resistente] e receitou óleo mineral e complexo B. Quanto às feridas, já estão cicatrizadas. Foi feita a 3ª dose de vacina dT [difteria e tétano] adulto. 08/01/01 - Visita domiciliar para avaliar o estado do cliente. Continua nas mesmas condições precaríssimas. Muito revoltado, o que é plenamente justificável. Ficamos de fazer nova requisição de BAAR e organizar o envio do mesmo por uma ACS”. O acompanhamento durou dois anos e três meses com 21 visitas, sendo que Sr. Alfredo veio a falecer: “27/12/01 - Sr. Alfredo informou que não está bem. Anda sentindo dor nas juntas dos dedos das mãos. Parece que está paralisando, disse que está preocupado, pois sua irmã teve o mesmo problema. Orientei que ficasse calmo, que eu iria conversar com enfermeira. Ficou mais calmo porque ele só pode contar com as pessoas do Posto. Agradeceu muito”.

### C) **Mediação**

As anotações realizadas nas fichas transparecem a **confiança** que os moradores visitados depositam nos agentes de saúde, contando-lhes situações de suas vidas que às vezes a própria família não sabe e **viabilizando o atendimento** do profissional de saúde. Em visita à adolescente Claudia, mencionada antes no item gravidez na adolescência, a agente de saúde menciona: “Informa não ter dito ainda a sua mãe sobre sua gravidez. Ficamos de voltar com enfermeira.” Em outra visita, realizada com a enfermeira, relata: “Conversamos com a cliente, orientando-a a fazer Pré-natal [PN] apesar da mesma dizer que tem muito ‘medo’ de ir ao médico e que também tem medo de sua mãe saber da gravidez e não deixá-la ficar nesta residência. Colocamos a importância do PN e a questão de falar com sua mãe sobre a gravidez. Feito encaminhamento pra o enfermeiro do Posto de Saúde com recomendação especial.” Posteriormente é mencionado que “Compareceu e foi inscrita no PN. Refere ótimo atendimento do enfermeiro”.

No caso de uma avó que insistiu para que suas filhas levassem os netos para tomar as vacinas no Posto de Saúde, a ACS procura possibilitar que a própria avó leve

seus netos. “Dona Ana disse que já falou com as filhas para procurarem o Posto de Saúde, mas elas não se interessam quanto às vacinas. Eu disse para Dona Ana que ela mesma poderia levar os menores no Posto”.

**Confiança – Confidência** A ficha do Sr. Elton, de 52 anos, foi aberta porque na primeira visita informou que estava em tratamento no Hospital Gafrée Guinle e em uso de vários medicamentos. Na quarta visita, realizada pela enfermeira em conjunto com a agente de saúde, a esposa informa que o Sr. Elton é soropositivo: “Comparecemos à casa do Sr. Elton, que encontra-se muito emagrecido, deprimido, com cansaço, indisposição e perda de apetite. PA [pressão arterial] 86X60 mmHg [milímetros de mercúrio]. Cliente informa que já teve hepatite duas vezes, aos nove anos e aos 34 anos. Mostra-se muito esquecido das coisas, misturando tudo. Dr. X consultou o mesmo, que está muito anêmico, quadro neurológico, fígado reduzido de tamanho, sente dor à palpação. Feito exame de vista, tudo OK. Sr. Elton vai saber resultado de exames 2ª feira, dia 01/10 no Hospital Gafrée. Esposa informa que Sr. Elton é soropositivo”. Quatro meses depois a esposa: “Informou também que o doutor falou que o mesmo já pode trabalhar, pois aparentemente está bem. Ela já fez os exames para ver se havia contraído a doença. O resultado deu OK. Ficou de vir para a semana para fazer o preventivo. Informou também que fez inscrição para pegar preservativos e que as pessoas ficam perguntando ao Sr. Elton o que ele tem e ele fala que estava com depressão”.

Em visita a Rebeca, uma gestante de 30 anos, a agente de saúde informa que: “Seu esposo tem sífilis. Rebeca fez três exames com resultados negativos. Mantém relações sexuais com preservativos. Em pré-natal no CMS Américo Veloso. Esposo fez tratamento incompleto para sífilis”. Mais tarde a agente de saúde informa que o esposo de Rebeca iniciou o tratamento para sífilis em um Posto de Saúde próximo e recebeu alta.

Também estão registrados nas fichas casos em que o morador se **queixa do atendimento** feito pelo médico do próprio Posto de Saúde onde atuam os agentes de saúde. Assim é o caso de uma gestante de 39 anos que abortou pela quarta vez e se sentiu mal ao ser atendida pelo médico. Dona Zuleica ficou muito revoltada e deprimida e comentou o caso com a agente de saúde. Na quarta visita, comentou: “Deseja engravidar, mais tem medo de abortar, pois já são quatro abortos. Resolveu entrar para o planejamento familiar e optou pelo DIU [dispositivo intra-uterino]. Tem medo de ir a um médico para saber a causa de não conseguir levar uma gravidez até o fim”. Em outra

visita, a agente de saúde relata: “Está bem mais tranqüila. Não comenta mais sobre o caso passado. Pediu para que sempre que eu puder lhe faça uma visita, porque às vezes se sente só. Zuleica informou que está bem. Disse que se sente triste quando vai a lugares em que vê muitas crianças brincando com suas mães. Pergunta por que Deus a privou de uma vida dessa, mas mesmo assim está mais conformada”.

O caso do Sr. Gilson ilustra uma mediação em que a agente de saúde **procura levar a argumentação técnica** a um morador com hanseníase que já queria abandonar o tratamento. Por outro lado, é provável que o Sr. Gilson não teria a mesma **liberdade de fazer este comentário** com outro profissional de saúde. “O mesmo relatou que às vezes fica desanimado em continuar o tratamento, pois já há dois anos que está, mas foi explicado para o mesmo que não pode parar de forma alguma, pois o bacilo fica mais forte e resistente aos remédios e fica muito mais dificultoso. Foi conscientizado sobre os danos que pode causar. O mesmo está tomando remédio direito. Fez exames requisitados pelo médico: sangue e raios-X mãos e pés no demais estão bem”. Este caso foi acompanhado pela agente de saúde durante todo o tratamento, inclusive após a alta; foram feitas 22 visitas domiciliares.

Desde a primeira visita, Marta, 34 anos, diz estar inscrita no Programa Vida, do qual participam pessoas soropositivas. Marta tem três filhos, com 16, nove e cinco anos e mora com a mãe de 66 anos, a qual, durante o acompanhamento feito pela agente de saúde, descobriu estar com tuberculose. A família foi acompanhada por um ano e três meses, período no qual foram realizadas 20 visitas domiciliares. O marido de Marta, que era soro-positivo, falecera há seis anos; as crianças já haviam feito vários exames de sangue que deram resultado negativo. Durante todo o período de acompanhamento, verificou-se que Marta e sua mãe apresentavam vários problemas de saúde que parecem não estar muito claros. Na falta de contra-referência, a equipe de PACS ficou durante muito tempo sem saber se mãe tinha pneumonia ou tuberculose. Referindo-se a Marta, a agente de saúde menciona: “Não está tomando vitamina correta como foi passada pelo médico e não está se alimentando direito. Recebeu as orientações devidas sobre medicação e alimentação. A mãe disse que Marta está com muita fraqueza e não agüenta ficar em pé. Mãe disse que a mesma era para ficar internada, mas não tem vaga. Mãe de 66 anos ainda está com pneumonia e precisa fazer um exame completo, mas no Fundão não faz sem se tratar lá.” Alguns dias mais tarde: “Compareci com a enfermeira e vimos Marta, que não se encontra bem. No Fundão não há vaga para a mesma ser internada e a mãe se encontra a mesma coisa. Filho [de 16 anos] está indo atrás de uma

ressonância magnética para a mesma. Irei voltar amanhã para ver algo concreto e a possibilidade da enfermeira ajudar a marcar consulta pendente”. Quanto à mãe de Marta, após vários meses fica registrado que está em tratamento contra tuberculose. ACS registra: “Encontra-se com a perna ferida perto do tornozelo, enfaixada. Diz que está com difícil cicatrização. Fez exame de glicose, mas disse que deu normal. Está com mais de dois meses. A orientei para pedir para repetir esse exame e a mesma disse que não suporta mais tomar antibiótico. Conversei muito com ela, orientei, expliquei para parar só quando tiver alta. Quanto a Marta, esteve internada, mas agora está em casa. Está melhor, alimentando-se bem e tomando medicação corretamente. Dona Maria também se queixou do Dr. X, pois disse ela que ele não deu atenção para ver os exames e ela disse que não quer saber dele, mas conversei e procurei apaziguar e ela ficou mais calma.” Dois meses mais tarde: “Dona Maria continua tratamento Tb [tuberculose], última consulta 08/08/01 e próxima 10/10/01. Orientada a tomar medicação corretamente conforme receita que mostrou. Às vezes acha que os remédios não estão fazendo efeito. É teimosa, mas expliquei sem alarmá-la e orientei para não deixar de tomar a medicação. Está orientada. Marta continua tratamento, tomando medicação certa, está bem. A ferida na perna de Dona Maria continua na mesma.” Em 23/11/01: “Próxima consulta de Dona Maria no CMS 10/12. Orientada a tomar corretamente os remédios. Marta está muito grave, internada no Fundão. Dra. de Marta quer falar com Dona Maria e a mesma está angustiada e chorando muito. A ouvi e tentei acalmá-la”.

Apesar da aflição, Dona Fernanda se sente apoiada pela ACS: “Fernanda continua com o mesmo problema, disse que não iria ao médico, que tem é que morrer. Agradeceu pelo apoio que estamos tendo com ela, mas que não vai resolver nada”.

A **persistência e a informação técnica disponibilizada** podem ser entendidas no caso do Sr. Jairo e de sua esposa, ambos hipertensos sem tratamento, que só foram inscritos no programa de Hipertensão após a insistência da agente de saúde. “Esposa Clara informou que seu esposo ainda não procurou o serviço médico. Foi encaminhada para vir no Posto de Saúde agendar consulta na clínica. Mais uma vez foi orientada sobre os riscos da pressão alta. A mesma disse que não estava se sentindo bem, que tinha certeza que sua PA estava alta. Orientei para vir verificar sua PA. Disse porque que se tinha aborrecido, mas que PA dela trabalha normal 120X80. Mesmo assim orientei para fazer vigilância”. A família foi acompanhada por dois anos e oito meses.

Também no caso de Dona Renata, de 83 anos, cega de um olho, hipertensa, tomando remédio por conta própria e repetindo há mais de um ano a mesma receita

prescrita por um médico, a agente de saúde conversou com a própria, com a filha e com a cuidadora. Explicou a importância de acompanhamento médico, marcou consulta, exames e acompanhou durante sete meses, com dez visitas domiciliares.

O **acompanhamento direto do ACS** é relatado no caso do Sr. Norman, de 75 anos: “Refere AVC [acidente vascular cerebral] atendido no Hospital Universitário e encaminhado ao ambulatório para tratamento, cujo freqüentou irregularmente e abandonou por falta de quem o acompanhasse (tem dificuldade de caminhar). Segue por conta própria medicação de receita antiga. Deseja voltar às consultas”. Acompanhado por dois anos e cinco meses com 39 visitas, precisou do acompanhamento da agente de saúde nas consultas médicas e para a realização de exames, por sua dificuldade de locomoção e pelo abandono da família. Foram feitas várias tentativas para família assumir, sem sucesso. Teve acesso a serviços fora da comunidade, como a fisioterapia realizada pela FUNLAR e consulta oftalmológica no PAM da Penha. Nove meses após a primeira visita, a auxiliar de enfermagem registra na ficha: “Paciente alimentando-se bem e de acordo com as recomendações médicas. Está com ótima aparência e tomando as medicações corretamente. Sr. Norman se encontra bem. A medicação está acabando, mas a ACS passou lá e pegou a receita para pegar mais remédio”.

A **observação feita no domicílio e o cuidado na abordagem** aparecem nos registros da agente de saúde que estava fazendo o acompanhamento de uma moradora que havia ganhado seu neném: “Na minha observação bebê parece muito com as crianças com síndrome, mas sem alarmar a mãe a orientei o quanto antes a levar à puericultura para Dra. observar melhor a criança. Peguei a criança e achei um pouco mole e um pouco sem atenção, quando a chamava. Em fim, na minha observação é necessário uma avaliação melhor pela Dra. A mãe disse que médico passou fisioterapia para criança sem explicar nada para mãe. Com cuidado a orientei quanto mais cedo melhor e falei da FUNLAR da qual irei requisitar para avaliar essa criança na casa da mesma”.

Às vezes o **conhecimento técnico não é entendido** pelo morador. Rosa, uma adolescente de 15 anos, mãe de uma criança de cinco meses, e sua irmã Roberta, de 13 anos, mãe de uma criança também com cinco meses, receberam a visita domiciliar de uma agente de saúde. Ela verificou se as crianças haviam feito o teste do pezinho e tomado as vacinas e ficou acompanhando a família. Desde o início recomendou que as adolescentes fossem fazer planejamento familiar e se inscrevessem no Programa Vista Essa Camisinha, de distribuição de preservativos. Nas visitas seguintes, a agente de

saúde anotou na ficha de acompanhamento que as meninas não tinham se inscrito no planejamento familiar, até que no relato da quarta visita consta: “Rosa não foi ao Posto de Saúde para entrar no planejamento familiar porque não entendeu o que era o planejamento familiar”.

Outra ficha em que transparece um **problema de comunicação e entendimento** é a de uma criança de dois meses que recebeu 12 visitas de acompanhamento; em quase todas as visitas um dos problemas anotados foi a falta de registro da criança, até que na última visita a agente de saúde comenta: “Ainda não foi registrado. A mãe não tem documentos para registrar criança”.

No caso do Sr. Alfredo, mencionado antes devido a suas péssimas condições de vida, aparece a **mediação com a família e a confiança do morador**. ACS informa: “mais uma observação: o Sr. Alfredo é chegado a bebidas alcoólicas”. Em 08/01/01: “Visita domiciliar para avaliar o estado do cliente. Continua nas mesmas condições precaríssimas. Muito revoltado, o que é plenamente justificável. Ficamos de fazer nova requisição de BAAR e organizar o envio do mesmo por uma ACS”. Em 09/01/01: “Ele estava muito nervoso, alterado. Conversamos com ele pedimos para ele tentar se acalmar. Ficou mais tranqüilo. Pedimos o filho dele para vir até o PSVJ pegar a cadeira de rodas porque foi marcada consulta para ele pois seu filho não voltou. Sr. Alfredo informou que sente dificuldades para urinar. O mesmo acha que seu problema é falta de sexo”. Em 27/12/01: “Sr. Alfredo informou que não está bem. Anda sentindo dor nas juntas dos dedos das mãos. Parece que está paralisando, disse que está preocupado, pois sua irmã teve o mesmo problema. Orientei que ficasse calmo, que eu iria conversar com enfermeira Ficou mais calmo porque ele só pode contar com as pessoas do Posto. Agradeceu muito”.

## **2. A FALA DAS ACS E DOS DEMAIS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS.**

**“Eu acho que cada pessoa deveria receber informações para que elas mesmas fossem seus próprios agentes de saúde. [...] é papel do profissional de desenvolver essa questão no indivíduo. Eles têm direito de ter informações e reflexão para isso. É uma questão até de cidadania, não é?”. Ilma**

A transcrição das entrevistas, feita pela própria pesquisadora, rendeu 154 páginas de material referente às agentes de saúde e 37 de entrevistas com os profissionais de nível superior. Além das falas, foram registrados risos, silêncios e gestos significativos.

Foi feita uma leitura de todo o material para se obter uma idéia global do seu conteúdo e foram seguidos os passos metodológicos descritos no Capítulo II, item 6.

A apresentação que se segue é feita por eixo temático e tema. Em negrito são destacadas as idéias centrais.

### **A) CONTEXTO**

Após a identificação de cada um dos entrevistados, com o objetivo de poder caracterizá-los depois, foi solicitado que expressassem sua percepção sobre o contexto onde residem e/ou trabalham, que é também o local onde se desenvolveu esta pesquisa. Para tanto, foram abordados os seguintes temas com os agentes de saúde:

- Entendimento da Maré como bairro ou favela e a diferenciação entre estas duas noções, na percepção do entrevistado;
- O significado de comunidade;
- A estratificação existente entre os moradores locais que se expressam nas diferenças de condições de vida;
- As características comuns entre os moradores;
- Os problemas enfrentados pela população de uma maneira geral.

A princípio o último tema estava colocado no eixo: Modelo de assistência e atribuições dos ACS, como aquele que fundamenta o “que fazer” dos ACS, mas para efeito de análise de resultados será abordado na caracterização do contexto.

Com relação aos profissionais de nível superior, foram abordados neste eixo temático somente dois temas, no sentido de contrapor à opinião dos ACS um ponto de vista ‘externo’, dos profissionais que, mesmo não sendo moradores, passam grande parte de seu tempo de trabalho na Maré. Os temas abordados foram:

- Entendimento da Maré como bairro ou favela e diferenciação entre estes dois conceitos na percepção do entrevistado;
- As características comuns entre os moradores.

A idéia de se provocar a manifestação dos entrevistados sobre estes temas se fundamenta na observação de que, apesar de bairro e favela serem considerados como conceitos antagônicos, estes aparecem de forma ambígua no discurso dos moradores, no dos profissionais e inclusive em documentos produzidos sobre a Maré. Como exemplo, reproduzimos aqui um trecho sobre a história da Maré, retirado do *site* do Ceasm, consultado em 07/2006 ([http://www.ceasm.org.br/abertura/03onde/m\\_hist.htm](http://www.ceasm.org.br/abertura/03onde/m_hist.htm)).

“Em 1988, foi criada a 30ª Região Administrativa, abarcando a área da Maré. A primeira R.A. da cidade a se instalar numa favela marcou o reconhecimento da região como bairro popular”.

Por outro lado, o termo comunidade aparece no discurso do dia a dia de moradores, profissionais e instituições:

“O bairro Maré é a maior concentração de população de baixa renda do município do Rio de Janeiro e do Brasil. O conjunto de 16 comunidades totaliza, segundo o Censo Maré – 2.000, uma população de 132.176 pessoas, abrigada em 38.273 domicílios”. (Censo Maré - <http://www.ceasm.org.br/abertura/05redes/05observ/censo.htm>).

### **Tema: Maré, bairro ou favela?**

No entendimento das ACS e dos profissionais entrevistados, não existe unanimidade com relação a este tema e os critérios utilizados para caracterizar bairro e favela foram múltiplos. Quatro agentes de saúde consideraram a Maré um bairro, mas em seu discurso também surgia a referência à Maré como favela; duas a definiram como

favela e três disseram que havia aspectos tanto de bairro como de favela. Os dois médicos e uma das enfermeiras também comentaram que a Maré tinha características de bairro e de favela e uma das enfermeiras definiu a Maré como bairro.

Os critérios utilizados nos discursos dos agentes de saúde para fazer esta classificação constam da tabela abaixo.

#### QUADRO 1

##### CRITÉRIOS APONTADOS PELOS ENTREVISTADOS PARA REALIZAR A CLASSIFICAÇÃO DE BAIRRO E DE FAVELA

BAIRRO	FAVELA
RECURSOS EXISTENTES: Tudo o que você precisar você tem aqui dentro.[A1]	ESCASSEZ DE RECURSOS: Faltam cinema, recursos culturais, loja de departamentos. [E1]
INFRA-ESTRUTURA EXISTENTE: As ruas são asfaltadas, tem água encanada, saneamento. [A4]	FALTA DE INFRA-ESTRUTURA: Favela geralmente não tem saneamento básico, coleta de lixo, água tratada [A3] tem dificuldade de transporte [A6], becos, local onde os carros não andam, valão sujo. [A9]
COMPORTAMENTO: O bairro é melhor conservado que a favela. [A7] “Bairro é uma coisa mais organizada” [A6]	COMPORTAMENTO: “Um briga com outro daqui, um briga dali, aquela bagunça mesmo, aquela criança catarrenta, nariz escorrendo, a mãe gritando com a vizinha, xingando, aí isso é favela”. [A2] “Lixo, eles jogam lixo na rua, assim, deixam as crianças jogadas na rua, sujas”. [A7]

<p>TIPO DE MORADIA: Geralmente as casas já são de alvenaria, de tijolos [A3, A4]. No bairro as casas têm todo um planejamento, têm estrutura.[A8]</p>	<p>TIPO DE MORADIA: “Geralmente as casas são palafitas, barraco de madeira [A3, A4]. A casa ela não tem aquela segurança, é feita em cima ou ao lado mesmo que não haja condições”. [A8]</p>
<p>VIOLÊNCIA: “Lá fora eles vão buscar mais o dinheiro, vão buscar meios para poder sobreviver aqui dentro” [A5]. “No bairro os policiais eles não destratam os moradores”. [A7]</p>	<p>VIOLÊNCIA: “É favela em questão de violência porque continua mandando a gente já sabe quem é” [A1]. “Aqui dentro aí [o conflito] já é com o Estado e as forças interiores mesmo, um contra o outro”. [A5] “Na favela pra eles todo mundo é envolvido com o tráfico, e a maior parte da favela os pessoais são trabalhadores, a maior parte”. [A7]</p>
	<p>PRECONCEITOS QUE CARACTERIZAM: “Favela pra sociedade ela só tem pessoas sem estudo, né? Com a escolaridade bem baixa, pessoas com a renda baixa...”. [A7]</p>
<p>EDUCAÇÃO FORMAL: “Lá fora é mais fácil da mãe contratar uma babá, de pagar uma creche”. [A5]</p>	<p>EDUCAÇÃO FORMAL: “As dificuldades que uma criança encontra pra estudar porque ela tem que tomar conta do irmão, ela tem que às vezes ajudar a mãe no próprio trabalho”. [A5] “As famílias não se interessam de colocar [na escola]. Muitas correm atrás que os filhos freqüentem a escola, mas eu acho que falta interesse”. [A6]</p>

Entre os médicos, os critérios utilizados para caracterizar a Maré como bairro ou favela foram os seguintes: a infra-estrutura, o comportamento e um critério que ainda

não havia sido mencionado pelas agentes de saúde, que foi o da situação socioeconômica da população. As enfermeiras apontaram os recursos existentes no local e o tipo de moradia.

A **infra-estrutura** existente na Maré foi apontada por quatro agentes de saúde como fator que posiciona a Maré como bairro, na medida em que toda a população tem água tratada, coleta de lixo, saneamento básico e ruas asfaltadas. Esta definição foi feita em contraposição à falta de infra-estrutura existente em favelas onde o esgoto seria a céu aberto, não teria coleta de lixo e existiriam becos “Sei lá, favela tem becos, esgoto a céu... Aqui até tem de vez em quando, mas acho que aqui é mais urbanizado, mais direito assim, asfaltado. [...] Porque eu já morei em favela e era diferente, era só bequinho, ponte, barraco”. Por outro lado, algumas partes da Maré foram consideradas favela: “Já na Baixa eu acho que é favela. Tem muitos becos lá, tem local que o carro não anda, aqui todos os local o carro entra. [Lá] Vai gente muito mal, tem lugar que tem que se abaixar, [eles] bota laje baixinho”. [A9] “Tem alguns lugares que ainda é brabo que nem na Roquete Pinto, né? Mas, eu acho que a maioria está urbanizado”. [A6]

Um dos médicos utilizou uma argumentação semelhante à dos agentes, tomando, no entanto, como elemento de comparação uma comunidade fora do Complexo da Maré. Considerou a Maré como bairro “com algumas nuances que se aproximam um pouco de uma favela” e comparou-a com o Complexo do Alemão: “Favela seria uma área como o próprio Complexo [do Alemão], onde não há uma estrutura, uma infra-estrutura do ponto de vista de habitações, de saneamento básico, espaço físico, número de habitantes por habitação e principalmente não ter rendimentos, uma qualidade de vida inferior”. [M1]

Os **recursos existentes** na Maré, tais como comércio e serviços, foram considerados por uma agente de saúde como uma característica de bairro: “Um bairro assim, em questão de você procurar tudo o que você precisar você tem aqui dentro: supermercado, farmácia, Posto de Saúde, tudo você tem aqui dentro”. [A1]

Uma das enfermeiras, que mora numa área da cidade com poucos recursos, utilizou a mesma argumentação da ACS mencionada acima: “Porque eu acho que aqui não parece ser uma favela porque é um bairro que tem um comercio bom, são pessoas que têm uma organização muito boa, a Ação Comunitária, isso você não vê nem nos grandes bairros; que realizam trabalhos muito bons. Você vê uma rádio comunitária

também que trabalha. Isso são coisas que você não vê assim numa favela bem assim esquecida e abandonada”. [E2]

No entanto a outra enfermeira, que reside próximo ao centro da cidade, manifestou uma opinião oposta, utilizando este critério justamente para afirmar as características de favela: “Outra diferença é... os recursos, que num bairro sempre tem mais recursos, tem mais escolas, tem hospital de repente, [...] tem mais lojas, lojas de departamento, lojas mais sofisticadas sabe? E numa favela esses recursos são muito precários. Num bairro tem também cinema, tem recursos assim na área, vamos dizer cultural, tem casas de shows, tem estação de rádio, estação de televisão e na favela essas coisas não existem, não existe cinema, não existe loja de departamento, não existem hospitais. Na Maré não existe um só hospital”. [E1]

O **comportamento** foi considerado por três agentes de saúde como um fator que diferencia um bairro de uma favela; de acordo com este critério, em alguns casos a Maré foi considerada bairro e em outros foi considerada favela. “Ah aqui é um bairro. Favela é um montão de casinha junto, um briga com outro daqui, um briga dali, aquela bagunça mesmo. Aqui não, todo mundo tem a sua casa certinha. Apesar de que tem algumas casas que parecem até uma favela mesmo, né? Favela está na cabeça dos outros. Aquela criança que está aí toda catarrenta, nariz escorrendo, a mãe gritando com a vizinha, xingando, aí isso é favela. Aqui não. Apesar de que tem de vez em quando umas brigas no meio da rua aí, mas... isso não quer dizer que aqui seja uma favela”. [A2] Outra agente de saúde considera a Maré mais próxima do conceito de favela, devido ao desinteresse dos moradores em aproveitar as oportunidades existentes: “Eu acho que o que é enviado pra Maré é muita coisa e tem muita coisa na Maré. Só que as pessoas não se interessam. Há um grande desinteresse na comunidade, da maioria. É uma minoria que aproveita a chance que tem. Você vê, tem o Ceasm, tem os projetos naquele CCDC [Centro Comunitário de Defesa da Cidadania], nas próprias Associações tem muitas coisas pros jovens, tem esporte, como tem essa Vila Olímpica, antes não havia isso, então eu acho que tem muita coisa na Maré, só que há pouco interesse da própria comunidade. A Maré poderia ser bem melhor com as oportunidades que o povo tem, poderia até ser um bairro, mas eu acho que está longe disso”. [A6] Uma outra agente considerou a Maré “Um bairro, só que os próprios moradores fazem dela uma favela. Assim, na má conservação do lugar, lixo, eles jogam lixo na rua, assim, deixam as

crianças jogadas na rua, sujas. É a menor parte, né, mas acaba influenciando. Destrato, os valões sujos”. [A7]

Na opinião de um dos médicos, apesar de a Maré ter características de bairro, é o comportamento da população que veio de outras favelas que mantém o aspecto de favela: “É uma área de urbanização com características de não se constituir numa favela, porém as pessoas, os habitantes na história da Maré vieram de outro local e junto a isso trouxeram talvez arraigados, costumes de favela”. [M1]

O **tipo de moradia** foi apontado como um elemento diferenciador entre favela e bairro; que considerando esta característica, a Maré seria um bairro para quatro das agentes, já que “na favela as casas são palafitas, não são de alvenaria”, enquanto que no bairro as casas são de tijolos. “Olha, agora nesse momento eu considero como um bairro, porque anteriormente a favela era muito assim muito precária, né? Aquelas palafitas, tinha realmente os barraquinhos construídos em cima d’água, então é assim um bairro, né? A diferença que eu vejo entre bairro e favela é que a favela não tem, tipo assim, um planejamento ali. A casa, ela não tem aquela segurança, é feita tantas casas ou barracos em cima ou ao lado, né, e eles criam sempre em cima da maré, sempre fazem barracos também, aí já no bequinho que não tem nem condições de ter um quarto, aí fazem ali uma casa. Antigamente eles pegavam até aquela tábua mesmo da rua para fazer os barracos e aqui não, aqui no caso é a diferença é que tem todo um planejamento, né, quando eles fizeram a casa eles botaram estrutura”. [A8] Ainda assim, uma das agentes considerou que existem pessoas que apesar de terem “casas direitinho” começam a botar “cerquinha de madeira, gradinha e tal...” [A9] dando aparência de favela.

Na opinião de uma das enfermeiras, os conjuntos de apartamentos são compostos por moradias que não têm características de favela, mas cita a Vila do João, onde existem moradias precárias, com famílias que moram aglomeradas, como característica de favela: “Olha, em certos aspectos é um bairro, em certos aspectos é uma favela (riso). É bairro pelo tamanho, né? Pela extensão, pela população. Agora, tem alguns aspectos de favela: as condições, por exemplo, de moradia. Quer dizer, nos conjuntos que eu conheço, Conjunto Esperança, Conjunto Pinheiro, não tem aspecto de favela, mas a Vila do João tem seus aspectos de favela sim”. [E1]

A **violência** foi mencionada por três agentes de saúde como uma característica que diferencia o bairro da favela. Uma delas aponta as distintas expressões que a

violência assume nestes lugares: “Lá fora [no bairro] eles vão buscar mais o dinheiro, vão buscar meios pra poder sobreviver aqui dentro [na favela]. Aqui dentro, aí já é com o Estado e as forças interiores mesmo, um contra o outro”. [A5] Desta forma a agente entende que o tipo de violência existente nos bairros é diferente, pois lá acontecem assaltos, roubos, seqüestros enquanto que dentro da favela, não ocorre este tipo de eventos. Em contrapartida, acontecem os confrontos entre policiais e bandidos e também entre os diferentes “comandos”. Outra agente de saúde, falando sobre um comerciante que tem três lojas na Maré, mas prefere morar lá mesmo por questão de segurança, diz: “São três lojas que ele tem aqui dentro, mas mora lá dentro da favela. A favelinha lá de trás! A casa dele vai de uma rua à outra, mas a opção dele é morar aqui. Ele acha mais seguro aqui dentro do que morar lá fora”. [A2]

Já as outras duas consideram maior a violência existente na Maré e este é um fato que a define como favela: “na favela a violência é maior. A violência é maior, até porque no bairro os policiais eles não destratam os moradores. Na favela, pra eles, todo mundo é envolvido com o tráfico e na maior parte da favela o pessoal é trabalhador, a maior parte. Mesmo que na família um seja traficante, mas o restante da família é trabalhador, entende?” Referindo-se à atuação da polícia em Ipanema, diz que lá a polícia “Não invade apartamento de ninguém [riso]”. [A7] A outra agente aponta a questão do poder exercido por meio da violência: “Pra mim continua favela em questão da violência, porque continua mandando a gente já sabe quem é”. [A1]

O **preconceito** com relação aos moradores da favela, além de ter sido apontado no que se refere à ação policial, aparece também com relação a outras questões: “favela, pra sociedade, ela só tem pessoas sem estudo, né? Com a escolaridade bem baixa, pessoas com a renda baixa...”. [A7]

A **educação formal** também entrou como um item diferenciador entre favela e bairro; uma agente de saúde entende que a questão central são as dificuldades ou facilidades que uma criança encontra para estudar; já uma outra considera que a questão central é o interesse ou desinteresse da família: “As dificuldades que ela encontra pra estudar, porque ela, no meio do caminho ela tem às vezes que tomar conta do irmão e isso acontece com muita frequência, muita frequência mesmo. Ela tem que tomar conta da casa porque a mãe tem que trabalhar, ela tem que às vezes até ajudar a mãe no próprio trabalho se a mãe trabalhar em casa. Porque lá fora é mais fácil da mãe contratar uma babá, da mãe pagar uma creche”. [A5]

“As famílias não se interessam de colocar [na escola]. Muitas correm atrás que os filhos frequentem a escola, façam o primeiro e o segundo grau, cheguem até a faculdade; tem muitos, hoje em dia, até melhorou bastante entendeu? Mas eu acho que é muita falta interesse”. [A6]

Um dos médicos apresentou um critério que não havia sido utilizado antes para caracterizar a Maré como favela, que são as **condições socioeconômicas da população**: “a favela como algo que também compõe a cidade, mas que tem a característica de conter uma determinada população muito definida, assim, social. Uma característica social muito definida, então eu vejo, assim, que a moradia vai ser uma moradia bem mais restrita, né? Porque a gente está acostumada, como zona sul, a ver a favela como algo a parte, né, e não como bairro. É como um pedaço do bairro que teria características sociais particulares”. [M2]

#### **Tema: Significado de Comunidade.**

De uma maneira geral, as agentes de saúde identificaram o local onde moram como comunidade, sendo que na opinião de uma delas na Maré não existe comunidade porque existem interesses e necessidades diferentes entre os moradores.

As características que compõem a percepção de comunidade das entrevistadas são as seguintes:

- **Existência de união;**
- **Conhecimento mútuo;**
- **A luta pela melhoria de todos;**
- **Pobreza ou poder aquisitivo menor;**
- **Interesses e necessidades comuns.**

A **existência da união** entre os vizinhos foi destacada por duas agentes como critério para considerar o local onde vivem como comunidade. Uma das entrevistadas, embora afirme que não se pode generalizar o conceito de comunidade para toda a Maré, afirma que a união entre os vizinhos existe: “Não tem no geral em toda a comunidade, aqui não tem, mas assim na maioria das ruas e quadras a gente vê aquela união entre as pessoas, um vizinho sempre ajuda ao outro, o que um não tem o outro dá, é tipo uma família mesmo. Então, isso aí lá fora a gente já não vê. A gente vê cada um fechado nas suas casas, aquele medo até de fazer amizade com os vizinhos”. [A1] A outra

entrevistada diz que: “A comunidade é isso, todo mundo se ajuda, tá sempre um junto do outro, tem as suas brigas, mas é o dia a dia mesmo, não tem jeito”. [A2]

O **conhecimento mútuo** foi apontado por duas agentes como característica de comunidade: “Conheço todos eles, só não sei o nome de todos né, mas conheço todo mundo aqui. A padaria ali, se a gente vai comprar um pão, não tem dinheiro pra trazer mais de um, eles dão. Isso aqui é uma comunidade. Todo mundo se conhece”. [A2] Neste sentido, a outra entrevistada afirma que: “Comunidade, ah, me lembra o local assim conhecido, onde a gente nasce, cria, conhece todo mundo. As rezadeira às vezes ainda é mesma ainda que já rezou, o padre da igreja já viu a gente fazer primeira comunhão. O dono do mercado, o comércio antigo, sempre fala: ‘Comprou bala aqui, hoje em dia tá trazendo teu filho’”. [A9]

A **luta pela melhoria de todos** foi considerada por uma entrevistada como critério de definição da existência de uma comunidade: “Ah, a comunidade onde tem aqueles grupos de pessoas que se reúnem, às vezes até tem reuniões, às vezes na associação a gente fica lutando pelos nossos direitos pr’aquelas comunidades se tornar melhor, né! O direito de cada um”. [A4]

A **pobreza ou o poder aquisitivo menor** como critério definidor do significado de comunidade também foi abordado pelas agentes de saúde: “geralmente na comunidade ela consegue morar comprando o imóvel por bem menos, se for uma casa, ela não tem condomínio, ela paga bem menos luz, se ela não pagar a conta, ela pode chegar lá e até pedir um parcelamento, tem chance, coisa que num bairro mesmo fora, ela não teria essa oportunidade”. [A6]

“Olha, comunidade, quando falam assim pra mim comunidade, eu vejo que é assim um pessoal que tem assim uma classe mais baixa de renda, né? Quando não tem assim condições de morar num bairro nobre, num lugar aí se cria uma comunidade pra esse povo assim menos favorecido, pra procurar ter uma vida digna”. [A8]

Por outro lado, uma das agentes de saúde entende que existe comunidade quando há **interesses e necessidades comuns**, o que não seria o caso da Maré: “Ah, eu acho assim, comunidade, comunidade mesmo ela não existe, né? Se a gente for pegar, são pessoas com interesses em comuns e com necessidades comuns e a gente vive; aqui dentro também tem muita desigualdade, a gente pega pessoas... não vamos botar assim desigualdade, mas existem diferenças”. [A5]

## **Tema: Estratificação.**

Todas as ACS entendem que existem grandes diferenças de condições de vida entre os moradores da Maré e mencionam as seguintes:

- **Situação econômica;**
- **Conforto e posse de equipamentos;**
- **Emprego/desemprego;**
- **Escolaridade;**
- **Consciência de querer mudar;**
- **Acomodação.**

Apesar de este tema não ter sido abordado de forma específica com os profissionais de nível superior, um dos médicos opinou que: “Existem pessoas com algum grau diferenciado no aspecto socioeconômico e cultural, porém não se constituem numa maioria. A maioria são pessoas carentes, carentes de toda natureza”. [M1]

A **situação econômica** foi mencionada por quatro ACS entrevistadas como um diferencial na situação das pessoas: “Tem muita família que é miserável mesmo, que passa fome, dependem das pessoas, dos vizinhos, até pra comer, pra dar um leite pro filho. E existe família que não depende, tem assim uma renda legal, entendeu? Tem gente que tem carro de luxo, tem uma casa boa, come bem, enquanto outras passam fome”. [A7]

“Ah existe, existe muita. Tem pessoas aqui que moram aqui tendo até condições de morar em outro lugar, né? Tem pessoas aqui que têm comércio, tem pessoas que moram aqui algum tempo, aí faz aquele comércio todo, né, e até moram em outro lugar e o comércio dele ou dela continua aqui. Então há uma diferença de classe aqui sim. Têm alguns que têm condições de morarem fora e moram aqui, né? Porque a gente sabe que lá fora tem muita burocracia e aqui é menos burocrático possível...”. [A8]

O **conforto e a posse de equipamentos** foram citados por três agentes de saúde como um fator marcante nas diferenças de condições entre as pessoas: “Com certeza existe muita, muita diferença. Tem uns que você entra na casa, não parece que você está entrando numa casa da favela da Maré. Muitas casas aí fora você entra, não têm o conforto que têm algumas casas aqui na favela da Maré. E não é gente de assalto, essas

coisas não, é gente que trabalha mesmo, com o suor do rosto consegue um conforto que muitas casas não têm, de uma lavadora de louça até um rádio última geração, tudo você encontra aqui dentro. Agora, em compensação tem outras que você não vê nada, nem o que a pessoa comer não tem. Aí, quer dizer, a gente toma até aquele susto, aquele choque, mas tem muito disso aqui dentro também”. [A1]

A situação de **emprego/desemprego** também foi lembrada por duas agentes, como um diferencial nas condições de vida das pessoas. “Existe muita diferença. Tem gente que necessita mais do que o outro. Outros já estão aqui, mas não têm aquela necessidade: têm um bom trabalho, têm como botar seus filhos para estudar em colégio particular, então existe muita diferença”. [A4]

“E muitas das vezes a boa vontade de trabalhar existe, mas tá difícil de conseguir emprego, então a situação acaba sendo uma diferente da outra, realmente, devido a ter pouco emprego”. [A3]

A **escolaridade e a consciência de querer mudar** foram apontadas por uma das agentes como um diferencial: “a gente estaria na nata da Maré, por ter essa consciência de querer mudar, de querer estudar e tal, e a maioria da população aqui não tem nem o primeiro grau completo. Às vezes não tem nem a quarta série”. [A5]

Uma das agentes de saúde justificou a existência da estratificação devido à **acomodação das pessoas**: “Ah, a área que eu trabalho é a mais pobre”. Solicitada a explicar a pobreza que existe na sua área e o seu discurso de que existem oportunidades para todos, diz: “Eu acho que é preguiça. Não tem outra coisa: uma pessoa com saúde, o lazer, tem forró eles estão no forró; ninguém estuda, ninguém trabalha, ninguém quer trabalhar. Uma grande parte vive de cheque cidadão, bolsa família, bolsa escola, cesta básica, pega nas igrejas, então é acomodação. Eu acho que não é falta de oportunidade não. A não ser aquela pessoa que é doente, entendeu, que é idosa, aí não tem como dizer essa pessoa está nessas condições porque ela quer. Ela não tem outra opção, mas a maioria, pra mim, é porque se acomodou!”. [A6]

### **Tema: Características comuns aos moradores da Maré.**

Nas entrevistas com os agentes de saúde, foi perguntado se consideravam que existiam características comuns entre os moradores da Maré, na tentativa de estabelecer uma possível identidade coletiva. Duas ACS entenderam que não havia características comuns, devido às condições de vida que eram muito diferentes, mas as restantes identificaram os seguintes pontos de semelhança:

- **A violência e o medo à violência;**
- **A solidariedade;**
- **Reclamar e pedir;**
- **Terem muitos filhos;**
- **Condições de vida precárias.**

Aos profissionais de nível superior também foi feita a mesma pergunta sobre as características comuns entre os moradores. Além da solidariedade foram apontadas outras duas características positivas:

- **O espírito de luta;**
- **A afetividade.**

**A violência e o medo à violência** foram citados pelos agentes de saúde como algo que os moradores tinham em comum. O depoimento se iniciou após um silêncio: “Ultimamente tem sido o medo da violência. Ultimamente tem sido o medo da violência. [riso] Ultimamente tem sido isso. Onde você passa, você encontra sempre algum zum zum zum. E sempre a mesma coisa. Quem pode muda, quem não pode continua do jeito que dá.” [A1]

Outra agente aborda a insegurança vivida pelos moradores: “Você sai, vai ali no mercado, quando tu pensa que não, tu não pode voltar, porque tá dando tiro na rua que você mora. A gente não pode confiar nem neles nem na polícia aqui dentro. Porque na hora que está no confronto mesmo, se você estiver na rua, levar uma bala perdida, um joga pra cima do outro. A polícia joga pros meninos, os meninos joga pra polícia e se duvidar você ainda é o culpado.” [A2]

Uma outra agente, ao ser interrogada diretamente sobre a violência, diz: “Porque as pessoas não se abrem, as pessoas não se abrem sobre a violência. Acho que você até aprende a não falar da violência [riso]. Porque você vê tanta violência, é incrível! Você vê mulheres espancadas, crianças espancadas, não só espancadas, o que fazem com as crianças é absurdo, entendeu? Muita violência com a criança, muita coisa que fica escondida. É aquela lei, né, do macaco: você não vê, não escuta. Você acaba lidando com aquilo com a maior naturalidade. Eu acho que eu já aprendi isso. Não acho coisa do outro mundo. Apesar que eu não vejo, né? Única coisa que eu consigo é correr quando eu vejo alguma coisa estranha, sair fora, me esconder, pra mim não presenciar em momentos que eu estou passando. Já vi polícia batendo... Mas também tem uma coisa

de bom, quando eu chego, tem três quatro carros eles param, então quer dizer, a polícia pára. Se eles tiverem com uma violência, assim, pelo menos, eles respeitam muito a gente. Por exemplo, teve um caso d'eu chegar no lote, tinha um rapaz sendo espancado. Eles pararam, entraram na viatura, ficaram com a viatura aberta, eu peguei entreguei um comunicado e fui pra outro lote. Aí daqui a pouco veio o garotinho: 'pô, tia, tu saiu começaram a bater de novo nos dois, mas eles tão batendo muito'. Pelo menos naquela comunidade, o pessoal falava assim: 'pôxa, eu gosto quando os agente de saúde estão aqui, porque a polícia recua.' Eles podem não sair do lugar, mas agredir eles não agridem na nossa frente". [A6]

As duas enfermeiras, ao abordarem as características comuns entre os moradores, falaram primeiro na **violência**. "Uma das coisas que é comum para todos os moradores é as condições... de perigo que eles vivem por causa dos tiroteios, por causa das ações dos bandidos, das ações da polícia". [E1]

"de ruim, eu acho que é a violência, né? Que é uma coisa assim comum, todo mundo fica tenso, apavorado pelos mesmos motivos". [E2]

Um dos médicos abordou a **violência intrafamiliar** como aspecto comum: "Assim, ao mesmo tempo que tem uma grande capacidade em termos afetivos com os filhos, mas a criança começa a ficar um pouquinho maior, quer dizer, sai daquela situação, que é a situação de extrema dependência do bebê e a criança ganha autonomia, e a criança começa a fazer coisas pela sua própria vontade; a dificuldade de lidar com essa vontade da criança é muito grande. Falou uma vez, já falou ríspido na primeira vez, na outra vez já é um tapa, entendeu? Uma vida dura que é muito fácil a violência, acaba sendo um meio muito fácil de reagir. A questão da violência eu acho muito forte, muito complexa, né, mas sem dúvida que ela também faz parte de um hábito, entendeu? Meio como se você se acostuma a reagir assim e acaba passando isso pra criança, e a criança vê isso e ela se relaciona assim com os outros e é um modelo, é um modelo de relação, né?". [M2]

A **solidariedade** foi mencionada por uma das ACS: "Solidariedade. Se você vê teu vizinho com dificuldade, dificilmente ele vai ficar na dificuldade, você vai ajudar. Minha avó está há 40 anos aqui, então, também todas as famílias que se fixaram aqui tão há mais ou menos este tempo, quase todas. Pelos menos nessa rua, estão aqui há 40 anos, e assim cada um é praticamente familiar do outro; naquele tempo ela diz que, como eram muitas crianças, uma vizinha tomava conta do filho da outra, pra outra poder

fazer alguma coisa, e era assim, dividia a comida, dividia compra. Eu acho que isso aí já é uma história antiga”. [A5] Afirma que isso ainda existe hoje em dia.

Também um dos médicos ressaltou a **solidariedade e a afetividade** como uma característica dos moradores: Iniciou com um silêncio: “Não sei... Acho que é, acho que tem uma... me emociona isso. [chora e fica em silêncio]. Eu diria assim que as características que eu acho que são as características das classes populares que me emocionam é que tem muita solidariedade, entendeu, né? Acho que assim entre eles, entre eles e as outras pessoas de fora, mesmo pra quem é de fora assim como a gente, que chega claramente de uma outra classe social, de um outro espaço, de uma outra história. Eu acho que dentro dessa questão da solidariedade tem a questão da afetividade, são pessoas muito afetivas, assim com uma capacidade afetiva muito grande, e com uma capacidade também de reverter essa afetividade pr’um gesto, uma atitude de violência muito grande também, né?”. [M2]

As atitudes de **reclamar e pedir** foram consideradas traços comuns aos moradores pela mesma agente que havia mencionado o desinteresse da comunidade como característica de favela e a acomodação como explicação da pobreza: “É comum reclamar, é comum pedir, é comum conversar fiado, olhar o tempo passar conversando. Que a maioria é assim, [quer] dormir”. [A6]

Uma das agentes, depois de um longo silêncio, mencionou como característica comum, o fato de as mulheres **terem muitos filhos e as condições de vida precárias**: “O que acontece com todo mundo... [rindo] Muito filho! [rindo]. Eles não pensam, mas têm muito filho. O que acontece de comum com os pessoal da Maré, da comunidade, a maioria sei lá, não tem condições boas. Que às vezes os pobres sofre tanto, mas eles se acostuma: a mãe sofre, aí a filha vem, segue o mesmo caminho que a mãe, sofre também, aí vem a outra filha ... eles vivem muito isso, se não quer estudar, o filho não estuda, a mãe não tem estudo, o filho também não precisa ter. Até que eles são bonzinho, a gente anda por aí e vê, qu’as pessoas assim são humildes, são bons de coração, mas se acomoda muito co’as coisas, acha que não pode melhorar. Tem vezes que eu vejo mãe, filha e neta, aí tá indo tudo no mesmo ritmo, vai tudo no mesmo caminho, acho que não pensa assim: não, vou mudar minha vida, do meus filhos não vou querer assim não. Segue igual. Aí vê que a mãe tem dez filhos, a filha também já tá no quarto filho e não tem condições nenhuma, as crianças vive largada igual ela e os outros irmãos vivia, aí já tem uma filhinha de 14 que já tá também soltinha, daqui a pouco vai tá igual à mãe, não liga pra estudar”. [A9]

Também os profissionais de nível superior mencionaram algumas dificuldades comuns entre os moradores, como a **situação socioeconômica e a falta de acesso aos serviços**: “É... cinturão de pobreza. Pessoas de baixos rendimentos, baixa expectativa socioeconômica, nível cultural um tanto quanto deficiente”. [M1]

“Comum também é a falta de acesso aos serviços de saúde e às escolas né, que as escolas são poucas e o acesso é... Quase não tem escolas, e pra eles freqüentarem algumas escolas eles têm que sair da comunidade deles e ir pra outras comunidades; têm que se locomover às vezes longe, às vezes impedidos de ir porque nesses lugares onde tem essas outras escolas tem facções diferentes da facção ou do movimento que existe nas comunidades deles”. [E1]

O próprio **contexto** foi mencionado por uma das agentes, sem no entanto definir o seu sentido mais específico: “A experiência de vida que eles têm dentro da comunidade. É o que tem de comum. Eu não digo assim, a experiência em si própria, mas o que se passa na comunidade, que afeta a todos”. [A7]

O **espírito de luta** foi mencionado por um dos médicos e uma enfermeira como uma característica dos moradores da Maré: “eu vejo que são pessoas que têm um espírito de luta, uma capacidade de fazer frente a essa adversidade que eles vivem muito grande, sabe? Eu vejo que as pessoas [da Maré] têm uma capacidade de luta, de acreditar que pode dar certo, sabe, e isso me deixa muito surpresa mesmo, eu acho que é uma outra característica que eu vejo muito forte”. [M2]

“eu acho assim, o que me chama a atenção aqui na Maré é o fato das pessoas muitas delas procurar saber, procurar melhorar um pouco mais. Mas a violência sufoca demais aqui dentro”. [E2]

### **Tema: Principais Problemas da Maré.**

O tema problemas da Maré foi levantado de forma específica no eixo de discussão sobre Modelo de Assistência e Atribuições, no sentido de possibilitar uma análise sobre a vinculação do trabalho das ACS com estes problemas. No entanto, para o presente trabalho, considere importante abordar este tema no eixo de discussão sobre o Contexto, tendo em vista sua contribuição para a caracterização do ambiente de

moradia e trabalho das ACS e do local da própria pesquisa. Os depoimentos abordaram vários problemas interligados e serão apresentados desta forma :

- **Violência;**
- **Falta de empregos;**
- **Condições de vida/situação financeira;**
- **Desemprego e quantidade de filhos;**
- **Falta de recursos;**
- **Falta de conhecimento sobre seus direitos.**

A **violência** foi apontada também como um grande problema pela maioria das agentes, além de ter sido considerada antes como critério de diferenciação entre bairro e favela. Também aqui são mencionadas as diferentes formas que a violência assume, fora e dentro da Maré.

“Geral aqui é mais a violência mesmo. Violência está demais. Você sai, vai ali no mercado, quando tu pensa que não, tu não pode voltar porque tá dando tiro na rua que você mora. Aqui tá assim... Aqui a gente não sabe quem é o bandido. Porque a gente não pode confiar nem neles nem na polícia aqui dentro. Porque na hora que está o confronto mesmo, se você estiver na rua, levar uma bala perdida, um joga pra cima do outro. A polícia joga pros meninos, os meninos joga pra polícia e se duvidar você ainda é o culpado: Você estava no lugar errado na hora errada. Então, o maior problema da gente é esse. Porque água encanada todo mundo tem, luz todo mundo tem, esgoto também tem. As ruas todas asfaltadas.” [A2]

“Violência, violência seja ela do Estado pra cá, seja ela doméstica, seja ela com a criança, acho que a gente vive, deixa eu ver uma palavra que dê para expressar, a gente vive uma cultura do medo. O Estado tenta oprimir e aí vamos botar assim, o traficante oprime também o próprio morador porque tenta te intimidar até assim, se você tá passando e tá acontecendo alguma coisa ele tenta te intimidar de algum forma, porque eu acho que intimida o cara com uma arma enorme, te intimida, te intimida. Já você, por toda essa cultura do medo, o marido bate na mulher tentando intimidar, e aí vai criando, é o efeito dominó. Aí, por isso também a mãe bate na criança, daí vai um ciclo. Daí a criança vai e cresce, acha que também e daí vai e multiplica”. [A5]

“A violência [riso] como em todo o Brasil, como em todo o Rio de Janeiro, é bem presente, né? Uma das piores coisas daqui é a forma dos policiais abordarem, porque em classes médias altas ou baixas, eles pra entrar numa casa, eles precisam de uma autorização judicial. Pra entrar na casa de uma pessoa é a maior burocracia. Aqui no caso na favela, eles metem o pé e entram. Quer dizer, então é muito descaso, né? É muito puxado aqui. Quer dizer, porque a pessoa mora numa comunidade, então muitas das vezes é igualado às outras pessoas que de repente têm problema, né e nem todos que estão aqui são a mesma coisa. Tem pessoas aqui que estão estudando, tão fazendo faculdade, aqui dentro tem psicólogos, aqui dentro tem assistente social, aqui dentro tem médico. No país a gente fala que não tem discriminação, mas a gente sabe que é uma maquiagem, né?”. [A8]

A **falta de empregos** foi mencionada por quatro ACS como um dos principais problemas, associado à precária situação financeira: “É o problema socioeconômico mesmo. As condições de vida. Isso engloba tudo, principalmente a saúde. O problema maior é esse mesmo. Situação financeira é que está pesando muito. É a falta de emprego, é isso é que é o problema aqui dentro”. [A3]

“Eu acho que a pessoa às vezes não tem uma vida legal, não tem um bom emprego, às vezes tem muita gente aqui na comunidade que mora de aluguel. Então a tendência é o quê? É a pessoa ficar doente”. [4]

As **condições de vida/situação financeira** são apontadas: “Os principais problemas da comunidade é o modo de vida, infelizmente a situação financeira implica muito”. [A8]

“Igual assim, violência, eu não vejo solução! Se falar: tem alguma solução pra melhorar? Eu não vejo. Já vem de berço a violência, que essas crianças aqui já nasce um bocado que as mães não têm condições. Tem umas que têm, os pais trabalha direitinho, aí têm condições boas, situação financeira boa, têm o que comer dentro de casa, bicicleta, mas tem criança, pô, chega a dar pena, às vezes a mãe já teve dez filhos, teve um, não teve o que dar, teve outro, não teve o que dar, teve e continua tendo... não teve o que dar nada, um brinquedo bom, não deu o que comer direito, não teve uma vida boa pra dar pr’um filho, pra quê que vai ter outro, outro, outro? Sei lá, eu acho que se cria igual batata, as crianças rolando por aí. Aí se cria, mas uma criança dessa cresce aí vê outra, aí faz 14 anos, 12 anos, vê outro limpinho, direitinho, com a roupinha, com a bicicleta, vê que em casa não tem, vai pro tráfico, que o tráfico dá.” Argumenta que se a mãe quisesse falar com os bandidos para que eles não deixassem seu filho ficar no

tráfico, eles ajudariam, mas como a mãe não pede ajuda, eles também não teriam porque rechaçar a presença do menino: “A mãe deixa, por causa que uma criança de dez anos, 12 anos, tem como se mandar deixar... tem mães que deixam porque se elas i[forem] até alguém [para] pedir uma ajuda, até neles mesmo, da cabeça torta, pá virada, eles vão ajudar. Mas aí a mãe deixa! Aí se eu deixo meu filho de dez anos ali, por causa de que o bandido, o traficante vai vir pra falar? ‘Não, sai! Sai daí, você não vai ficar aí não! Tá pequeno, vai estudar’. Se a mãe não quiser [que o filho permaneça no tráfico] eles ajudam, eles ajudam [a sair]”. [A9]

Além do **desemprego, a quantidade de filhos** por família é vista como um problema: “Maior problema? Desemprego. Quando tem emprego, muitos filhos, família muito numerosa, entendeu? E a dificuldade, o acesso ao planejamento familiar. A burocracia que ainda está o planejamento familiar”. [A6]

A **falta de recursos**, de maneira geral, além do desemprego e da violência, também é apontada como problema: “Eu acho que é a falta de recursos, até de medicamento. As pessoas passam pelo médico, pelo Posto de Saúde, não tem o remédio, aí fica difícil, e a violência, né? O que pega mais aqui. E aqui deveria ter assim um banco de empregos também, nessa área. Alguma coisa também de estudo porque, por exemplo, a faculdade, o pessoal que tentar um desconto pra uma escola, aqui não tem isso”. [A1]

A **falta de conhecimento sobre seus direitos** para resolver seus problemas também foi mencionada: “Aí às vezes eu acho que a maioria dos moradores são... é ... o problema deles é... falta de conhecimento. Muitas vezes é isso, falta de conhecimento. Tem coisas que a solução é fácil, às vezes tem solução fácil. Igual dessa moça aí, se eu conhecesse ela há mais tempo eu teria andado com ela, quando ela era nova eu teria conseguido isso [documentação] pra ela. Agora nem ela consegue mais andar. Às vezes não tem nem o que comer em casa que gasta um tanto de remédio, aí não sabe que é só ir direto ao Posto, explicar a situação, se inscrever no Programa, tem pessoas que não sabe”. [A9]

## **B) MEDIAÇÃO**

Este é o eixo temático central da pesquisa, na medida em que seu objetivo geral é o estudo do papel do ACS como mediador na apropriação do conhecimento tecnocientífico em saúde e na permeação dos serviços ao saber popular. As perguntas

formuladas procuraram conhecer a percepção do agente de saúde com relação à existência de uma troca de conhecimentos; obter indicações sobre a forma como se realiza este processo de mediação; o entendimento sobre seu papel de mediador junto à população e junto aos demais profissionais de saúde. Como foi dito antes, na literatura e nos documentos oficiais sobre PACS e PSF vários autores mencionam a mediação entre a comunidade e os serviços como um dos papéis centrais do ACS. No entanto, com base na revisão bibliográfica realizada sobre o tema, percebeu-se a importância de aprofundar o estudo sobre a forma como se realiza esta mediação.

Aos médicos e enfermeiras também foram feitas perguntas relativas a este eixo temático, considerando que por um lado estes profissionais fazem parte da equipe de trabalho junto com o ACS, e por outro, o processo de mediação realizado pelo agente deve se desenvolver justamente entre o serviço de saúde do qual fazem parte e a população.

#### **Tema: O ACS como profissional de saúde.**

Quase todos os ACS convergiram na resposta positiva com relação a se considerarem profissionais de saúde; apenas uma disse se considerar mais ou menos profissional de saúde, já que não tinha nível superior, mas por outro lado trabalhava na área da saúde: “Humhum, mais ou menos. É porque assim eu trabalho na área da saúde, mas eu não sou formada. Não sou enfermeira, não sou médica”. [A7]

Nas explicações sobre o motivo de se considerarem profissionais de saúde, o critério utilizado foi principalmente:

- **Seu papel de educador e/ou orientador para o qual são apontadas diferentes maneiras de realizar este processo:**

**Fazer orientação;**

**Passar informação;**

**Ensinar;**

**Saber escutar;**

**Trocar conhecimentos;**

**Aprender;**

**Entender a educação como processo;**

**Expectativa de que o morador preste atenção e aceite a orientação tranquilamente;**

**Chamar a atenção do morador.**

- **Reconhecimento da população;**
- **A ênfase no conteúdo de prevenção de doenças e promoção da saúde;**
- **O ACS como sentinela;**
- **O ACS como ouvidor;**
- **O ACS como elo entre o serviço e a população;**
- **O entendimento de que o conhecimento não é estático e finito;**
- **.A falta de reconhecimento oficial como desestímulo para o profissional.**

Os médicos destacaram a **intermediação entre os médicos e a população** feita pelo agente de saúde e a necessidade de se aprofundar este contato com o agente devido ao **confinamento em que se encontra o médico no seu consultório**.

As enfermeiras, que são as responsáveis pela supervisão dos ACS, foram enfáticas ao classificar o agente como profissional de saúde. Também os médicos reconheceram a posição do agente nesta categoria profissional.

Vários agentes de saúde justificaram seu entendimento de serem profissionais de saúde pelo seu **papel de educador e/ou orientador**, ainda que o próprio discurso revele várias formas de fazer educação: “Considero [um profissional de saúde] com certeza, à medida que eu passo as informações que me são passadas, pra trazer pra orientar as pessoas para melhorar a saúde, pra buscar pelo menos uma melhora, informar o que elas precisam fazer, o como fazer, aonde se dirigir, eu acho importante”. [A1]

A troca de conhecimento com os moradores está na presente na fala da ACS que declara: “Então a gente como profissional, como agente de saúde, a gente vai lá [na casa do morador] pra poder escutar, a gente vai lá pra ajudar, ensinar como estar prevenindo a doença. A gente não vai lá pra ensinar tudo. A gente leva um pouco sim do que a gente sabe, mas a gente aprende muito também”. [A2]

A conquista do espaço na relação com o morador foi abordada como um processo necessário no exercício de sua função como educador: “Porque eu não vou chegar assim na casa e falar: ‘Ó, varre a sua casa, que está suja!’ Eu não vou poder falar isso. No outro dia a mulher não deixa eu nem passar na porta. Mas quando a gente vai pegando intimidade, aí a gente já é praticamente parte da casa. Chego lá ela quer me dar café. Aí eu já posso falar, já sei que eu dizer mais assim: ‘Olha, essa criança está descalça, bota chinelo nela. Ó, vai lavar a mão, tua unha está suja, não põe na boca.’ Aí a mãe já não esquentava de estar falando. Mas se eu chegar lá sem ter intimidade, no outro dia a moça não vai deixar eu entrar na casa dela.” [A2]

“É difícil aceitar que a pessoa tenha que mudar. Então isso é um trabalho, novamente volto de formiguinha, lentamente, nada de botar choque na pessoa, ser antipática, querer dar ordem, nada disso. A primeira coisa também é a simpatia, coisas que naquele momento você vai relevar, pra num outro momento que você tiver conquistando que a pessoa tiver mais afinidade com você, de você falar. Tudo é o momento. Porque de repente do jeito que a pessoa chega, a pessoa não quer nem ver mais aquele agente na porta dele. Já a segunda vez a pessoa já está menos armada com você, e anos então a pessoa já considera você de casa, você já tem liberdade até de brigar, de chamar atenção”. [A8]

Surgem também dúvidas com relação ao resultado obtido com a prática educativa que, de acordo com o depoimento de uma das agentes de saúde, se dá de forma vertical, na medida em que o papel do morador é o de prestar atenção e aceitar tranqüilo o que lhe foi ensinado. “Eles podem às vezes assim fingir que vai fazer, mas se eles vão fazer mesmo depois que eu saio, aí é outra coisa. Mas eles prestam bastante atenção, aceita tranqüilo numa boa. Agora, quando eu saio de lá, se eles vão fazer o que eu falei, aí não dá pra saber”. [A2]

Outra agente comenta a importância de se começar pelo conhecimento do educando para ampliá-lo, partindo do pressuposto de que todos possuem um conhecimento anterior: “Todo mundo tem um certo conhecimento. Uns têm pouco, outros têm menos ainda, outros têm mais, mas sempre alguém tem um certo conhecimento. E dentro daquele conhecimento que ele tem, aí a gente vai apenas abrindo o leque, apenas abrangendo. Vai trabalhando com eles próprios. Vai abrangendo, vai trabalhando no próprio conhecimento deles”. [A8]

“n’outro dia, uma menina colocou Benzoato de Benzila na filha com catapora porque a vizinha falou que era coceira. A vizinha: ‘Não’,[rindo] ‘joga álcool com fumo nela, que não sei quê. Dá um chá de milho e joga o milho debaixo da cama’. Aí eu falei: ‘Pô, eu conheço essa história, minha mãe já me contou, as comadres da minha mãe. Isso aí pode até ser bom, é simpatia, ou pode ser uma lenda ou é bom, mas o bom, certo, é tu ir no Posto, leva o cartão de vacina dela, vê se a vacina dela tá em dia’, aí eu explico, mas tem gente que não aceita”. [A9]

A identidade cultural e religiosa transparece na argumentação da agente que conta: “Aí a mulher pra mim noutra dia: ‘As crianças no Norte não toma vacina de nada, tenho uma colega que tem não sei quantos filhos, não tomaram nada, não têm nada. Não deram catapora, não deram sarampo, caxumba, nada’. Eu falei: ‘Ué, Deus

ajuda, né'. Tá vendo que as crianças tá aqui largada igual batata, a mãe não tem... rola, rola por aí, Deus vai ajudando como pode, vai dar uma doença numa criança dessas? Se a mãe não teve capacidade de vacinar!'. [A9]

Segundo algumas entrevistadas, o fato de **sentir-se útil e o reconhecimento da população** legitimam o seu papel como profissionais de saúde: “É interessante, por isso eu realmente me sinto uma profissional de saúde realmente. Pelo reconhecimento da população. Isso engrandece, né?”. [A3]

“É, a gente se torna assim conhecida também, né? Só no passar, até as crianças: Ih, lá vai a tia do Posto, entendeu? Aí eu acho muito legal. Isso é muito gratificante, né?”. [A4]

“Eu tenho muito orgulho de ser agente de saúde, eu poderia ser ACD [auxiliar de consultório dentário], eu poderia tá lá terminando o curso de THD (técnico de higiene dental), mas eu acho que eu vou me sentir um peixe fora d’água. Eu acho que eu vou me aposentar e vou fazer trabalho voluntário pra comunidade, porque eu gosto, eu me sinto útil, entendeu?”. [A6]

Uma das enfermeiras também destaca este reconhecimento: “A maioria das agentes de saúde tem um ótimo relacionamento com a comunidade, a comunidade dá muito valor a elas, porque elas dão muita atenção às famílias. Agora, tem algumas que são as exceções, tem umas que não dão muita atenção, aí a família também não dá importância. Quanto ao resto, pelo menos pelos registros e pelas avaliações que muitas vezes a gente tem quando a gente visita as casas ou fala com as pessoas, você vê que elas orientam legal, que dão atenção a eles”. [E1]

A **prevenção de doenças e a promoção da saúde** foram mencionadas pela maioria das agentes como a característica que diferencia sua atuação de outros profissionais que trabalham especificamente com a doença. Na realidade, a ação preventiva em saúde é uma atribuição de toda a estratégia de saúde da família e um diferencial do modelo anterior, o qual enfatiza a ação curativa. Uma das agentes, que também tem curso de técnico em laboratório, diz: “Eu entendo por todo trabalho de promoção e prevenção que a gente faz. Eu tenho técnico de laboratório. Mas, com tudo isso, eu sou um profissional formado em doença. Sou especialista em conhecer a doença. Porque o laboratório, os exames são para ter base para o diagnóstico. Então, eu sou especialista em conhecer as doenças. Já o agente de saúde é um especialista em saúde. Já mudou totalmente o caminho, né?”. [A5]

“Bom, me considero. Porque o trabalho do agente de saúde é ele que vai buscar levar pra Unidade os problemas, é a prevenção”. [A6]

O agente de saúde como o profissional que procura e traz novos casos para a Unidade foi lembrado como uma de suas características: “Ué, considero às vezes, sei lá, às vezes até mais que o médico, não igual o médico. O médico tá aqui dentro, pode acontecer o que for por ali, ele vai atrás? Quem vem aqui vem, quem não vem não vem. O agente não, já vai atrás, procura, igual tem caso que ninguém nunca soube, a gente vai lá descobre, conta, convence as pessoas”. [A9]

**O ACS como sentinela:** “Eu vejo assim a importância que a gente está atenta todo dia, todo dia mesmo, até final de semana porque mora aqui. Tá atento a tudo que acontece. Isso como a gente pega saúde como um todo, saúde não é só não estar doente, mas é todo um conjunto, meu papel é estar de olho todos os dias enquanto profissional de saúde. É um sentinela, vamos dizer assim. Porque todo dia você está ali. E é aquilo né, se precisarem da tua ajuda, independente do teu horário de trabalho ou não, você vai ajudar, porque você mora ali, porque é teu vizinho”. [A5]

A possibilidade de identificar riscos também foi destacada por uma das enfermeiras: “O ACS, se estiver preparado, identifica riscos que ele discute com o enfermeiro. Se não estiver preparado, ele não vai ver nada. O que é mais interessante é o ACS, não sei se todos os dias ou semanalmente, todos os casos novos que ele tiver, ele possa estar discutindo com a enfermeira, para a enfermeira ver qual encaminhamento precisa ser dado”. [E1]

**O ACS como ouvidor:** “Olha, eu creio que a importância do meu papel na comunidade é o mais importante possível, porque o agente de saúde é o primeiro a ouvir, a ouvir queixas, reclamações, elogios, mau humor, TPM. De repente você tá chegando numa casa que ela é acostumada a te atender, mas hoje ela não tá a fim. Então, por você conhecer, ter aquele conhecimento daquela família, você sabe que naquele dia ela não tá bem pra te atender, ela quer mais é ficar sozinha, então você respeita e marca um outro dia pra gente voltar. Aí no outro dia a gente volta, aí a porta já tá aberta, aí comenta daquele dia, o que que aconteceu, o que que aborreceu, então a gente é muito importante por causa disso. Porque os médicos não têm tanta disponibilidade, os outros profissionais, de ouvir tanto como o agente de saúde”. [A8]

A importância dos agentes de saúde para a avaliação do serviço é reconhecida no discurso de uma enfermeira que destaca: “Quando o ACS faz um trabalho bem feito, ele acaba descobrindo a maneira como o trabalho é feito na Unidade, tipo avaliação. Os

clientes se queixam quando são mal atendidos. [...] E o agente de saúde fica com cara de tacho”. [E1]

**O ACS como elo entre o serviço e a população** foi ressaltado pelos agentes de saúde e pelos médicos:

“A gente fica um elo entre a comunidade e os outros funcionários que trabalham no posto. Isso acaba abrindo o leque pra gente dos dois lados”. [A3]

“Tentar resolver os problemas dos moradores da minha micro-área ... dizem que nós somos o elo entre a comunidade e o Posto. Porque às vezes a pessoa trabalha e não tem tempo de marcar uma consulta, né? Ou às vezes tem até vergonha. Já teve caso assim, da pessoa estar com coceira né, na vagina e ter vergonha de chegar no Posto de falar e me pedir: ‘Marca uma consulta!’”. [A7]

Um dos médicos aborda vários aspectos desta mediação: **a tradução da linguagem técnica, a facilitação da adesão ao tratamento; o trabalho de prevenção; a informação aos profissionais do Posto de Saúde sobre as condições dos domicílios e a quebra do isolamento de pessoas idosas**: “Com certeza! O agente de saúde seria aquele agente divulgador, que torna a linguagem do médico mais acessível e os conhecimentos básicos na área de saúde, servindo de agente intermediador entre o médico, a área técnica e os moradores, os habitantes da região, também levando do lar para a área técnica todo tipo de conhecimento dessas pessoas, suas vivências, suas dificuldades, suas dúvidas, facilitando com isso essa intermediação entre médico, setor de saúde tradicional e a população em geral dessa área”. [M1]

“importante de tudo é salientar a importância do agente de saúde, o desempenho dele facilita em muito, não só a adesão ao tratamento como também na prevenção de todo tipo de doença infecto contagiosa, além do que o conhecimento que é passado pelo agente de saúde à comunidade como agente multiplicador faz dele uma importância fundamental, no sentido de aumentar o conhecimento da população no que tange à parte de higiene, no que tange à parte de saneamento, no que tange à parte de educação de uma maneira geral. Isso é muito importante. Veio melhorar, facilitar muito a vida do próprio profissional da área de saúde”. [M1]

“Muitas dessas famílias são pessoas idosas e sós, ficam isoladas. Com o papel do agente de saúde, esse isolamento é diminuído”. [M1]

Esta mediação inclui também a importância de o agente de saúde **indicar a necessidade de visita domiciliar a ser feita pelo médico**: “Nós que trabalhamos numa área carente, vemos isso no dia a dia que a maior dificuldade e as pessoas que menos

têm acesso à área de saúde são justamente aquelas que mais necessitam. Então a importância do agente de saúde, trazendo o estado dessas pessoas esquecidas, muitas vezes fazendo com que o profissional tenha condições de ceder o atendimento a domicílio dessas pessoas”. [M1]

Por outro lado, o outro médico destacou o **confinamento ao consultório vivenciado pelos médicos, o que limita a relação destes com o ACS**: “A gente fica confinado naquele consultório e a nossa relação com os outros profissionais é uma relação bastante limitada. Eu teria vontade de saber como é que o agente que vai lá [e] vê essa situação, poder ter um espaço para conversar, não tem esse espaço [aqui], entendeu?”. [M2] Na sua opinião, existe também uma proximidade afetiva maior do agente de saúde com os pacientes: “Eu acho que o agente é o profissional que está mais próximo, mais próximo que eu digo, não é só fisicamente né, mais próximo afetivamente também, né?”. [M2]

Uma das ACS destacou o fato de se sentir profissional de saúde e, ao mesmo tempo, considerar **necessário estar aprendendo continuamente**: “Eu me considero. Eu me considero um profissional de saúde, me procurando cada dia melhorar, porque a gente nunca, nunca sabe de tudo, não é que nunca pode dizer, é que nunca sabe mesmo, porque a saúde ela muda, a cada momento ela muda. Eu, quando fiz o curso de agente de saúde, que falaram pra gente assim: ‘gente, o cartão de vacina é uma tabuada que vocês têm que saber assim de cor e salteado’. Naquela época a última vacina da criança era com um ano e seis meses, olha que mudança, agora é com 15 meses, um ano e três meses. Quer dizer, a cada momento muda-se tudo. Muda tudo, desde a vacina.... Porque o que vale hoje no profissional não é você ser um profissional, mas você procurar ser um profissional qualificado. E pra ser qualificado é trabalho, porque tem que ter dedicação, tem que ter humildade de querer aprender, porque tem aquele negócio, ah eu sei tudo e não é assim, né?”.[A8]

A **falta de reconhecimento oficial foi vista como desestímulo** para o exercício da profissão: “Porque vai acontecer o seguinte: futuramente, das pessoas, dos agentes de saúde sempre estar mudando a função deles, por causa de quê? Por causa do governo, que não reconhece o agente comunitário de saúde” [A8]

Ao final da entrevista, terminada a gravação, a entrevistada comentou que se a profissão do agente de saúde fosse reconhecida, ele não precisaria ficar escolhendo outras profissões para ficar fazendo curso técnico, faculdade, etc.

**Tema: A diferença entre o ACS e os outros profissionais.**

De maneira geral os agentes de saúde ressaltaram como positivas as características que os diferenciam dos outros profissionais de saúde. Duas agentes mencionaram o fato de às vezes serem confundidas com enfermeiras: “Eu acho que o paciente, ele não chama o agente de saúde de agente, ele chama: ‘Oh, enfermeira!’ Entendeu? O agente de saúde é tudo!”. [A6]

“Eles às vezes até confundem, chama a gente de enfermeiro. Mas eu acho que eles não vê muita diferença, não vê. Porque eles querem às vezes que a gente faz as coisas que a gente não tá capacitada pra fazer.” [9]

Foram mencionadas as seguintes características que diferenciam o ACS dos demais profissionais:

- **A atenção dedicada ao morador pelo ACS;**
- **O fato de conhecerem melhor as condições de vida da população, o que possibilita o melhor entendimento da situação de saúde;**
- **A detecção de necessidades da população;**
- **A maior facilidade de comunicação e identificação com os moradores;**
- **O agente de saúde como o primeiro contato da população com o atendimento;**
- **A mediação entendida como facilitação do acesso aos direitos de cidadania de forma geral;**
- **A possibilidade de atendimento imediato do morador pelo ACS.**

A **atenção dedicada ao morador** é vista como uma característica específica do ACS, que não é encontrada entre os médicos e enfermeiros. “É porque assim como a gente está assim direto nas portas, nas casas das pessoas, eles chegam até falar assim: ‘Ah, vocês não são agentes, vocês são nossos amigos, entra!’ Já entra com aquele vínculo, com aquela amizade. E aí as pessoas confundem, chegam no Posto e não tem o mesmo tratamento, não tem o mesmo diálogo, não tem aquela atenção, aí os pacientes mesmo já chamam. Acontece que a gente sabe que às vezes tem médico que chega lá, que nem olha pra cara do paciente, tá passando remédio e nem olha o que que você tem”. [A1]

“Outros profissionais, por exemplo, o enfermeiro, está lá dentro do Posto, ele acha que o paciente está falando não é aquilo. Se o paciente está falando que está com dor aqui, ele está achando que não, mas não é assim. Se ele está falando que está sentindo aquela dor, provavelmente ele está sentindo. E tem gente que não dá atenção:

‘Ah, vai pra casa!’. Chega lá, não recebe uma atenção, ainda vai ficar mais doente ainda. O agente de saúde, eu vou na casa, a gente vai lá, a gente conversa. Só naquilo que a gente tá conversando um pouquinho, já é uma grande coisa pra ele. Porque ele foi atendido, mesmo que ele não chegou lá na frente do médico, mas só da gente dar uma explicação ele fica satisfeito”. [A2]

Duas das ACS destacaram o fato de **conhecerem as condições de vida da família** pelo motivo de serem justamente elas que fazem as visitas domiciliares, enquanto que o médico, por ficar dentro do Posto, limita seu conhecimento ao que lhe contam. Na realidade, uma das atribuições da equipe de saúde da família como um todo é justamente o enfoque sobre a família a partir de seu ambiente físico e social. “[O ACS] tem mais tempo pra conhecer mais a fundo a própria família, que vai nos lares. É diferente de um médico que só está lá no Posto, que realmente só vai conhecer aquilo que o cliente quer falar. Ele não vai conhecer a vida, as condições de moradia”. [A3]

“O médico tá ali só pra ver a doença daquela pessoa, ele não vai fundo sobre a vida, porque também não tem tempo. Porque é muito cliente pra ele atender, é muita pessoa, então ele não vai fundo. Então eu acho a diferença aí. Nós vamos nessas casas, visitamos, ali a gente conversamos, orientamos, então eu vejo a diferença aí”. [A4]

A abordagem integral feita pelos agentes de saúde foi ressaltada por uma das enfermeiras: “a não ser as enfermeiras que trabalham com os agentes de saúde, elas têm assim uma limitação assim nos programas, uma limitação na suas atividades na Unidade e o agente de saúde ele tem que ter uma abrangência maior de conhecimento, inclusive porque ele lida com todos os problemas das famílias: seja problema de saúde, seja problema de falta de recursos, relações familiares, falta de recurso na educação, falta de recursos no acesso, nos próprios bens de saúde e os agentes de saúde eles têm que de alguma maneira participar disso, dando apoio, orientando, indicando os recursos porque são poucos, mas sempre tem alguns, indicando quando precisa de um recurso do serviço social, do Conselho Tutelar, o agente de saúde tem essa abrangência toda então ele é um profissional que inclusive precisa ser muito bem preparado, sabe?”. [E1]

A **detecção de necessidades da população**, substituindo a porta de entrada ao Sistema de Saúde baseada na demanda espontânea, está entre as principais metas que se espera alcançar com a estratégia de saúde da família. Para ilustrar esta descoberta de problemas de saúde que não chegariam ao Posto espontaneamente, as ACS contam vários casos. “A mãe trabalhava fora e a irmã que cuidava do menino menorzinho, ela espancava demais a criança. A criança ficava o dia todo sentada, vendo televisão. Ela

não queria ter trabalho com o irmão. E quando a mãe chegava, segundo os vizinhos, aí ela soltava a criança. Aí a gente chamou a assistente social fomos conversar com ela, a mãe não acreditou que a menina fazia isso. Até que a mãe se tocou do que a gente estava falando, a criança começou a falar: ‘Ela bate, fulaninha bate’, e mostrou o pedaço de pau que a irmã batia nele. Aí levantou a blusa e mostrou pra mãe.” [A1]

Outra agente conta um caso de descoberta de hanseníase: “Ah, hanseníase só a menina lá que eu estava um tempão que eu falava com ela que uma mancha que estava na sobrancelha dela. Ela falava: ‘Minha mãe vai me levar no SESI’. Eu falava: ‘Ó, vê logo essa mancha, essa mancha está coçando muito e está crescendo’. De vez em quando a testa dela ficava inchada. Aí um mês depois ela falou que tinha entrado para fazer o tratamento de tuberculose. Ela assim, de uma hora pra outra, ela foi fazer o exame da mancha aí descobriu que estava com tuberculose. Aí depois eu falei assim: ‘e essa mancha?’ Aí ela falou que na próxima consulta que ela tivesse de tuberculose que ela ia falar da mancha. Aí ela foi falar da mancha aí deu hanseníase. Já tem uns dois anos que eu falava da mancha. E ela nem estava aí pra mancha”. [A2]

“Igual eu já tive caso de um senhor, a pressão dele lá em cima, ele não sabia, disse que não ia, não iria mesmo, que não era nada disso, não sei o quê. De tanto eu insistir ele acabou indo. Na primeira vez que ele foi verificar a pressão ele teve que passar no doutor e saiu cheio de remédio”. [A4]

Uma das agentes de saúde exemplifica um caso de hanseníase que não teria chegado ao serviço de saúde espontaneamente: “De tanto insistir: ‘Vamos numa consulta, não é normal, você tá perdendo peso, essa manchinha aí não é normal, vamos ver’. É que nem o diabético, sonolento”. [A6]

“Já, já cheguei a descobrir há algum tempo atrás uma Tb num cliente que eu perguntei pra ele... ele tava tossindo. Geralmente a gente procura no normal, todos os sintomas da Tb, não é bem assim. Qualquer um dos sintomas que apresentar, você já tem que ter uma atenção àquele sintoma. Aí eu dei três potezinhos pra ele, mandei ele fazer o exame de escarro, orientei ele como ele faria aquele exame de escarro, aí falei pra ele lá levar no CMS de Ramos e era Tb. Aí ele fez tratamento. Outros problemas também: gravidez, menstruação atrasada”. [A8]

Outra agente conta sobre um caso de tuberculose que descobriu: “Um rapaz, mas também ele era meio pá virada, ele nem continuou o tratamento. Nem era da minha área, mas como eu já conhecia ele porque ele andava com meu cunhado, também da pá virada também, cabeça torta, vive com eles... aí vivia pedindo ajuda a minha irmã,

falando: ‘Ah me dá um remédio aí que eu tô tossindo muito, não sei quê’. Nós ficamos falando: ‘Vai no médico, tá magrão, tá amarelo’. Aí ele foi. Aí veio com resultado e tudo. Aí falamos: ‘Isso aí agora tu vai ter que fazer tratamento’, explicamos ele, tomando os remédio vermelho que deram pra ele, as cápsulas, o garoto ficou bom. Aí deu uma irritação, que dá, né, que a minha colega também fez tratamento e dá uma irritação, uma coceira, deixa a pele toda vermelha. Ele falou que o remédio estava fazendo mal a ele. Depois ele tava lá no baile bebendo, aí eu e minha irmã vimos, eu falei: ‘Garoto, você...’ Aí o colega dele falou: ‘Ah, ele já tá usando droga!’ Aí eu falei: ‘Então, não tem solução’’. [A9]

“A diferença do profissional que tá dentro da Unidade é que ele só, ele fica ali sentadinho recebendo, todo no conforto e nós não. Nós vamos buscar o problema, vamos trazer problema pra ele, que às vezes muitos não gostam, né? Então, quer dizer, eu acho que o nosso papel que é bom mesmo. Porque você vai descobrir, você vai descobrir o problema. Você vai conviver com aquela família o ano todo. Tem profissionais que ficam até espantados com as experiências que a gente vive na rua, com certos casos como a gente lida. Tem um médico que gosta muito de perguntar as coisas: ‘Como é que pode, como é que você consegue lidar com esse problema, conseguir trazer? A mãe é tão rebelde, poxa, legal a forma que vocês trabalham’. Então ele quer sempre saber alguma coisa, como é que foi aquele caso, sempre pergunta, como é que a gente conseguiu resolver, como é que conseguiu dar solução àquilo ali, aquela mãe era rebelde. Os outros nem tanto’’. [A6]

A **maior facilidade de comunicação e a identificação** também são apontadas como características próprias do ACS que o diferencia dos outros profissionais. “Acho que é a comunicação, é a comunicação, o jeito que ele fala. Com os moradores. Acho que o jeito dele se identificar com o outro também. Ele se identifica nas dúvidas, se ele não conseguiu ser interpretado pelo médico. Porque o agente comunitário, ele tá ali na comunidade, ele sabe como aquela comunidade fala, ele sabe o costume daquela comunidade, eu acho que é por aí’’. [A5]

“Eu vou falar assim de mim, da minha prática, do meu dia a dia, a comunidade, ela fica mais à vontade com o agente de saúde, ela fica mais à vontade, ela se abre mais, ela fala mais dos problemas da pessoa, ela conversa mais, ela reclama mais, tudo ela faz mais com o agente de saúde. Tem mais liberdade com o agente de saúde. Tem coisas que nem ninguém assim da família dela sabe e o agente de saúde sabe. O agente, ele faz mais parte assim, ele já se torna tipo uma pessoa da família, né? O profissional não. Até

com a gente mesmo acontece isso, a gente fica mais restrita, quando a gente chega na sala do médico, a gente fica nervosa, até esquece o que fala. Às vezes ele está passando um negócio, ih, meu Deus, esqueci. O agente de saúde não. Isso acontece no nosso dia também”. [A8]

“Eu acho que chega na gente melhor. Porque às vezes tem gente que até fala assim: ‘Ah, não da pra tu entrar no médico comigo não, pra você explicar isso que você falou?’. Eu falo: ‘Eu não, pô! Você vai e fala isso assim, assim, que o médico vai entender’. Eu acho que eles chegam na gente mais fácil. Às vezes a pessoa vai [e] o doutor, às vezes tem cara dura, eu mesmo tinha medo de ir nele, ele tem uma cara fechada, durona. Com enfermeira, assim, eu acho que enfermeira eles ainda falam mais que com o médico. Tem gente que fala que tem medo do médico. ‘Ele vai ficar perguntando, eu vou responder, mas eu não vou ter muita coisa pra falar não. Porque dá timidez de ficar falando. Eu não vou conseguir falar muito não’”. [A9]

Uma das enfermeiras também destaca a facilidade comunicação do ACS com a população como um fator positivo: “Eles não vão pra uma faculdade, não se especializam. Essa é a única diferença, mas eu considero profissional de saúde, porque eles conseguem levar informação numa linguagem bem clara e que a própria população compreende bem melhor do que se fosse um profissional que chegasse na casa com a sua fala, com a sua linguagem muito complicada, com uma linguagem muito sofisticada a ponto de fazer ‘sim sim, não não’ e não absorver nada. E já o agente comunitário não, ele chega, ele consegue em muitos casos convencer, orientar, porque vê aquela pessoa na comunidade. Começa a ter uma confiança, porque se ela fala que vai melhorar, ela mora naquela comunidade, também deseja que melhore. Não é a gente que fala, não moramos aqui, vamos embora”. [E2]

Uma das ACS lembra que **o primeiro contato com o morador** é geralmente feito pelo agente, que também presta o primeiro atendimento: “Olha, eu vejo a diferença por quê? Porque hoje em dia o primeiro profissional a ir na casa, a ir... o primeiro contato é do agente de saúde. Pra poder um caso chegar até o assistente social, chegar até o psicólogo, de repente numa comunidade, num Posto de Saúde, na auxiliar, no médico, primeiro chega na agente de saúde. Porque muitas coisas a agente de saúde pode amenizar até chegar no profissional”. [A8]

A **mediação entendida como tradução no sentido que vai do conhecimento científico ao popular** aparece em várias falas dos ACS: “Aí nessa eu digo assim: ‘Olha, eu não sou médico, eu sou agente de saúde. Eu posso fazer o quê? Ver o que você está

querendo perguntar, eu vou, converso com a enfermeira, se a enfermeira não souber, eu pergunto ao médico e venho e te dou a orientação que você quer, mas nem tudo a gente sabe”. [A2]

“O ACS ele fala mais a língua do povo, mais diretamente. Muitas das vezes ele não entende o que o médico fala, e aí quando a gente chega na casa deles, eles pedem à gente a mesma informação que ele pediu ao médico e não entendeu. A nossa linguagem nos liga mais com o morador”. [A3]

“É [que] o agente de saúde lida mais com os moradores, com os pacientes. [Está] bem mais perto, e assim, a gente acaba pegando informações do médico e do enfermeiro pra passar pros moradores. Na visita, às vezes eles fazem perguntas, nem tudo a gente sabe responder, mas o pouco que a gente sabe a gente passa pra eles”. [A7]

Na opinião de um dos médicos, a mediação também é entendida neste mesmo sentido: “Então o agente de saúde é aquela pessoa retirada da população e que lhe foram passados dados técnicos na área médica e esses conhecimentos, eles servem como agente divulgador de todo o conhecimento na área médica em relação aos habitantes nessa área carente”. [M1]

**A mediação entendida como facilitação do acesso aos direitos de cidadania de forma geral** é exemplificada por meio de um trabalho de educação no qual o tema abordado não é específico da área de saúde: “É gratificante, você quando sabe que aquela pessoa não sabe de nada, não sabe nem onde é o Posto, não sabe nem o seu próprio endereço. E também tem um agravante, né, que a maioria das casas não tem número porque foram tirados pelo próprio tráfico, e você tem que saber. Então eu amo trabalhar na minha área, eu estou lá desde a inauguração. Então, ali tem muita gente do Nordeste, que não sabe nada, e o próprio morador que veio da remoção, que é o primeiro morador, ele não sabe o endereço dele. Então eu pego o mapa, explico: ‘Pôxa você tá vendo, você tem que saber onde é que você mora, digamos que você vá pra um hospital, ninguém tá livre de acontecer qualquer coisa na rua’”. [A6]

Um das agentes de saúde menciona que, diferente de outros profissionais, o ACS geralmente representa **a possibilidade de atendimento imediato**: “O agente de saúde eu comparo muito também com um SOS, um socorro rápido praquela pessoa que está naquele momento precisando. Já com os outros profissionais: ‘Vamos marcar uma consulta para o mês que vem’, dois meses, ou até particular, particular também tem isso: ‘Ah esse mês está cheio, dá pra tanto do mês que vem’. Quer dizer, naquele momento que você tá precisando, você tá precisando naquele momento”. [A8]

### **Tema: O aprendizado com a comunidade.**

Na busca de um melhor entendimento sobre a prática educativa desenvolvida pelos ACS, procurei, durante a entrevista, conhecer os dois lados da troca de aprendizagem com o morador. Meu objetivo era saber, por um lado, de que forma o ACS percebia seu aprendizado com a comunidade e por outro, de que modo ele percebia sua contribuição à aprendizagem da comunidade. No que se refere à percepção de seu aprendizado com a comunidade, os agentes de saúde mencionaram:

- **Receber dos moradores informações atualizadas sobre serviços de saúde;**
- **Adquirir conhecimentos sobre plantas medicinais;**
- **Relativizar seu próprio problema;**
- **Valorizar o outro;**
- **Descobrir a força existente na luta pela sobrevivência;**
- **Perceber a importância de saber ouvir;**
- **Entender que o profissional não sabe de tudo.**

Uma das agentes mencionou que recebe **informações atualizadas** dos moradores sobre recursos de saúde, o que lhe permite informar outros moradores: “Às vezes até alguma coisa que a gente não sabe, mesmo informações de hospitais, de exames, alguma coisa assim ligada à área que a gente tem que estar informando”. [A1]

Duas agentes citaram a **aquisição de conhecimentos sobre plantas medicinais**: “Muita coisa de chá, que a gente aprende com os idosos. Que tudo pra eles é um chá: é um chá de camomila, de folha de chuchu. Eu gosto muito de chá”. [A2]

“Ah, muita coisa, muito chá, muitas vivências deles, principalmente o pessoal do Nordeste. Eles passam muita vivência”. [A6]

A importância da percepção do problema do outro **na relativização de seu próprio problema** também foi mencionada como um aprendizado por duas entrevistadas: “No caso que você, às vezes, tem a visão de que você está com um problema tão sério, você visita aquela pessoa e percebe que o teu problema não é nada, é uma coisa que dá para levar. Isso que eu aprendi muito sobre isso. A situação de vida, a gente não se desesperar, porque tem melhor, mas também tem pior do que você, entendeu?”. [A3]

Ao mesmo tempo a **descoberta da força existente na luta pela sobrevivência**: “Eu aprendi que às vezes o problema da gente não é tão grande. Que a gente pode

superar. E que assim o morador daqui, quem mora aqui é muito forte, Dona Vera. Até porque pra estar permanecendo aqui vivo é muito forte, e tanto tempo... Eu acho que é isso que está faltando: é a consciência dessa fortaleza. Resistência às condições, resistência à violência. Acho que a gente acima de tudo é um resistente”. [A5]

A **valorização do vínculo com o morador** foi também um aprendizado mencionado: “Eu aprendi, no meu ponto de vista, o quanto é importante amar o próximo! Porque até aí, o meu trabalho era diferente, eu não estava com acesso às pessoas, e aí a gente aprende, vê a vida da pessoa, condições de vida, a gente acaba pegando aquele carinho, né?”. [A4]

A descoberta da **importância de saber ouvir e entender que o profissional não sabe de tudo**: “E a importância do diálogo, de ouvir o outro, isso a gente aprendeu muito. A importância de ouvir o que o outro quer falar, muitas das vezes ficar calado e ouvir ele. Dar atenção mesmo, pra ele entender que você está interessada em ouvir”. [A3]

“Ah, eu aprendi. Eu aprendi que você não sabe tudo, eu, nós, né, nós não sabemos de tudo, eu aprendi que o agente tem que muitas das vezes ouvir mais do que falar, eu aprendi que às vezes a pessoa tá precisando até de uma palavra de ânimo, até mesmo fora da saúde mesmo”. [A8]

Sobre o aprendizado do ACS com o morador, uma das agentes diz ter percebido, no seu trabalho, o respeito que os moradores têm para com os agentes: “Não digo assim que eu aprendi, mas que eu me surpreendi. Com o jeito que eles tratam o agente de saúde! Tem casa que eu chego, aí a pessoa já vai abrindo a porta, já manda entrar, conversa. Antes d’eu perguntar a pessoa já tá falando. Teve caso da primeira visita minha, quando eu bati na porta [riso]: ‘Ó, minha filha (porque a área estava descoberta), tem um tempão que não vem ninguém aqui, entra, senta.’ Aí já começou a falar, d’eu ficar surpresa, porque era a primeira vez, a pessoa nem me conhecia, mas já conhecia o trabalho, né? Já conhecia outras agentes que já trabalhou na área e me tratou assim super bem. Já teve caso de me tratar mal [riso]. Que trata bem é a maioria, é a maioria”. [A7]

#### **Tema: Tipo de informação abordada pelo ACS no seu trabalho com a população**

Foram mencionadas:

- **Informações sobre serviços de saúde existentes;**
- **Informações sobre cuidados com a saúde;**

- **Estratégias de enfrentamento das dificuldades da vida;**
- **Organização política local.**

Assim como o ACS recebe do morador informações sobre serviços de saúde existentes, ele também lhes fornece as informações de que dispõe, facilitando-lhes desta forma o acesso aos serviços, além de ensinar cuidados com a saúde: “A gente informa o que a gente tem pra oferecer, a gente informa os cuidados mínimos que eles têm que ter em casa, como esse negócio agora de combate à dengue, porque toda vez que chega o verão é sempre a mesma coisa. Os cuidados com a água, essas coisas todas. A saúde em geral, a prevenção de fazer os exames assim, periodicamente, que eles têm que fazer”. [A1]

O trabalho educativo relacionado com **a prevenção** está presente em grande parte dos depoimentos das agentes, o que corresponde a uma das características que se pretende imprimir ao modelo assistencial “reorientado”. Os conteúdos são geralmente aqueles indicados pelo serviço; existe a clara tentativa de convencer a população a adotar determinados hábitos e comportamentos: “Ah, eu levo muita coisa: o tratamento da água, cuidado com dengue, preventivo, auto-exame de mamas. Mas tem muitas lá que já não dá, igual minha mãe. Falou em fazer preventivo, ela nunca fez. Não adianta falar em fazer um preventivo, ninguém convence ela. Ela fala que tomou muito chá de rosa branca, erva de bicho, aroeira, então ela acha que não tem necessidade dela fazer. Então não adianta a gente falar, mas a gente tenta”. [A2]

“Minha primeira preocupação no domicílio, quando tem criança, é as crianças. A primeira coisa é ver cartão de vacina, se for bebê se ele tá sendo alimentado no peito, se tá com alimentação mista, de que forma, a higiene. Tem umas que são rebeldes, rebeldes mesmo: ‘Não, eu não vacino, se tiver que dar, dá’. Mas aí, aquilo ali é uma persistência, eles acabam tendo confiança em você. No caso, tem gestante que não quer saber de pré-natal, pré-natal pra quê?”. [A6]

“É difícil, tem paciente que a gente tenta, vai, bate, bate, bate assim umas quinhentas vezes e eles continuam lá sempre duro, firme que não vai, que não precisa de médico, que não sei o quê, e quando a gente passa por alguém da família: ‘Ah, seu fulano passou mal!’ Aí a gente ainda tem que levar enfermeiro lá, médico, e seu fulano não vai nas consultas que a gente marca de jeito nenhum, nem passando mal mesmo”. [A1]

Por outro lado, quatro agentes priorizam em suas visitas um conteúdo que não é específico da área saúde. **Abordam temas vinculados à estratégia de enfrentamento**

**das dificuldades da vida e à organização política local**, que consideram de fundamental importância mesmo que não estejam relacionados às normas e metas do serviço. Ainda que a conversa sobre esses assuntos se dê durante as atividades profissionais, elas fazem parte de uma dinâmica de relação com a população que não é planejada nem controlada pelo serviço. **Sobre a importância da auto-estima e do enfrentamento das dificuldades da vida:** “desde a água, do lixo, do preventivo, do auto-exame de mama, em fim de tudo isso que nós falamos, das vacinas, né, tantas coisas que nós falamos sobre a saúde mesmo em si, mas o que eu procuro sempre passar isso geral assim, é porque uma vez a primeira pessoa que eu passei foi para mim mesma, e agora eu pego essa prática e passo pras outras pessoas, é a auto-estima. A pessoa sempre colocar na sua mente, sempre correr atrás do que quer, se esforçar passar mesmo pelas barreiras. Ah, porque minha família, às vezes as pessoas falam assim, a minha família todo mundo é pobrezinho ninguém tem estudo, não tem nada. Mas se chegou até você, você tem que mudar essa situação”. [A8]

**Sobre a importância de exteriorizar seu problema:** “É, não adianta você guardar o seu problema pra você, interessante é você falar com pessoas que possam pensar, resolver e não se desesperar. Porque todo problema tem uma solução e muitas das vezes você aprende com aquele problema, você acaba aprendendo com aquilo”. [A3]

“Ah, quando a pessoa fala pra mim que está com algum tipo de problema eu costumo até falar: ‘Ah, não se deve dar confiança a problema, porque tu dá confiança ao problema vem outro. Então as barreiras foi feita pra quê? Pra gente ultrapassar, passar por cima. Então levanta a sua cabeça, vai em frente’. Aí a gente já sai dali e vê que a pessoa está mais tranqüila né, porque tem que jogar a pessoa pra cima. Quem não tem problema?”. [A4]

**Sobre a organização política local:** “Aqui a gente conversa sobre tanta coisa, Dona Vera, sobre tanta coisa... conversa às vezes até sobre política daqui de dentro mesmo. Sobre o fato de ir votar. Eu tive uma conversa com uma moradora fazendo VD, aí a gente estava conversando que tem que ir votar mesmo... mesmo que você vá lá e diga que não quer nenhum daqueles dois – vote nulo. Da importância de você eleger um representante seu, como presidente da associação nada mais é do que um representante seu. Quer dizer, deveria ser, assim como deveria um monte de coisas que lá em cima em Brasília também não é, né? (riso)”. [A5]

### **Tema: A troca de conhecimento com os outros profissionais.**

O reconhecimento do agente de saúde como mediador ou elo entre comunidade e serviços ou entre diferentes conhecimentos supõe que exista uma troca realizada entre este agente e o serviço. O tema aqui abordado procurou dimensionar a troca de conhecimento que acontece entre o agente e os demais profissionais de saúde, tanto no sentido do aprendizado do conhecimento tecnocientífico pelos agentes como no que se refere ao aprendizado dos saberes produzidos na comunidade feito pelos profissionais. As principais idéias mencionadas foram:

- **Geralmente são os profissionais que passam a informação;**
- **O ACS contribui com os outros profissionais por ter mais conhecimento sobre as condições e a situação de saúde do morador;**
- **A troca é pouca e existem várias dificuldades para que aconteça.**

Na entrevista com os profissionais de nível superior, foi ouvida também a sua opinião com relação a esta troca de conhecimentos. Todos reconheceram a importância do conhecimento sobre as condições de vida dos moradores trazido pelo agente de saúde e o quanto este contribui para facilitar a comunicação entre os profissionais e a população. Foi unânime também a opinião de que existem poucas oportunidades para troca de experiências e até mesmo de contato entre ACS e profissionais.

**Geralmente são os profissionais que passam a informação:** “na maioria das vezes são eles que passam informação pra gente, os enfermeiros, os responsáveis do Posto, são eles que passam informações pra gente. [A informação] às vezes vem de uma forma que a gente não entende, até mesmo pra passar pro paciente. A gente procura simplificar a coisa”. [A1]

Algumas agentes de saúde mencionam a troca de conhecimento feita em função do acompanhamento ou do atendimento do morador, embora nem todos os profissionais estejam abertos para isto. Ressaltam a importância do conhecimento que o agente de saúde tem sobre as **condições de vida e a situação de saúde do morador**: “Tem [troca]. M1, toda vez que o Sr. L está lá, ele me chama: ‘Fulana, o teu paciente está aí’. Às vezes não precisa nem chamar. Eu já estou lá do lado, já entro logo e não tem problema nenhum. Teve também na época que a minha cliente teve problema de AIDS. Aí ele já foi lá e falou: ‘Fulana, tem um paciente seu que está assim e assado, vamos lá?’ Aí eu fui, aí eu entro junto, aí ele falou que ia mandar para o grupo Vidda, pra mim poder ver se tinha ido mesmo. Quer dizer, M1 sempre me chama ali na sala quando tem

algum paciente, quando tem algum caso grave ele me chama. Só o M2 e o M1 que chamam”. [A2]

“Muitas vezes para o outro funcionário lá do Posto, ele chega como uma pessoa que é da rua tal número tal. E pra nós, agente de saúde, é completamente diferente, é o nome. Aí vem aqui na mente da gente o problema daquela pessoa, a situação da vida dela. Daí a gente acaba fazendo essa troca com os funcionários de dentro”. [A3]

“Não sei especificar bem, mas essa diferença existe. E até porque a experiência que a gente passa no dia a dia e o médico está lá no Posto e a gente que está batendo na casa das pessoas”. [A7]

“Melhorou bastante, mas ainda não está acontecendo esta troca com o agente, porque tanto eles têm para nos ensinar na parte mesmo de conhecimento, quanto do lado do saber da comunidade e do modo de vida da comunidade que os profissionais não conhecem, então tem essa troca muito importante”. [A8]

“Eu vou te contar um caso: já peguei uma casa que tinha muito cachorro no primeiro andar. E a vizinha de cima, já estava infestando a casa da vizinha de cima, porque as pulgas e os carrapatos estavam subindo pelas paredes da casa da vizinha. Quer dizer, a vizinha estava envenenando a casa dela toda, já prejudicando a criança, que tinha criança bebê na casa. Quer dizer, ela tinha esse problema, a criança veio pro Posto toda mordida, ela não achava que fosse aquilo, pensando que fosse uma alergia, algum mosquito alguma coisa, aí quando chegou na enfermeira eu falei: ‘Eu acho que deve ser do carrapato, porque a casa dessa senhora, a de baixo está cheia de carrapato, cachorro e tudo’. Quer dizer, ela viria para o Posto passando outra informação”. [A1]

“Ela falou que a doutora foi lá, que ela tinha um corpão, emagreceu, e a doutora ficou impressionada, querendo saber o que era aquilo. A doutora comprou umas bolsas de fruta pra ela, deu um remédio, acho que foi complexo B. Aí eu fui lá, aí ela falou: ‘Às vezes é necessidade, hoje mesmo eu não tenho que comer, tou dois dias sem gás, não sei quê’, explicou. Ela falou: ‘Tou com vergonha de uma coisa’. Falei: ‘O quê?’ Ela: ‘Porque não fui sincera com ela’. Aí eu falei: ‘Do quê?’ Ela falou assim: ‘Uma coisa que eu tenho até vergonha de falar’. Falei: ‘Não, pode falar, porque se a senhora falar, vai ficar no sigilo’. Ela falou: ‘Pô, eu uso drogas’. Eu: ‘Áhh!’. Aí eu falei: ‘Pô, mas a doutora tá é pra isso, pra te ajudar, tanto que a senhora dificultou o trabalho dela, que ela ficou imaginando o porquê dessa magreza toda’”. [A9]

Os médicos reconhecem a importância do conhecimento que o agente tem sobre as condições de vida dos moradores para melhorar o seu atendimento: “Normalmente

nos Postos em que eu trabalho, eu costumo trabalhar com o agente. Qualquer coisa, eu chamo o agente de saúde que faz a visita domiciliar pra saber da situação do paciente, o meio familiar”. [M1]

“Se o agente tá preparando [pesar, medir e verificar a pressão], porque às vezes é o agente que está preparando, e ele vem me trazer o caso, ele em geral traz o caso já falando um pouco assim da situação familiar. É mais amplo. E às vezes colocando a questão afetiva, o que que aquilo mexeu com ele... o olhar do agente, que é um olhar mais global pr’aquela relação: ‘Ah, mas eu acho que a mãe não está cuidando direito’, uma coisa assim que às vezes é sutil, mas que ela teve aquela sacação ali, naquela hora que ele foi pesar e foi medir a criança”. [M2]

Foram mencionadas também **dificuldades existentes na realização desta troca**: “É, eu acho assim, que por isso às vezes é importante ter uma reunião nos postos, pra gente passar isso, né? Os médicos estar conversando conosco sobre seu trabalho e a gente passando pra ele o nosso trabalho também. Entendeu? Por isso eu acho muito importante uma vez no ano ou de seis em seis meses ter uma reunião no Posto de Saúde, pra gente discutir esse trabalho”. [A4]

“Porque é aquilo que eu sempre falo, tem *n* vezes que a gente chega no consultório, o cara fala um monte de coisas que a gente não entende, sai de lá não entendendo nada do que você tem E eu acho que por trás disso também tem um discurso, né? Tá implícito aí que... o cara também tá dizendo que você não entende nada, por isso também que ele não te falou de um outro jeito. Que ele não quer conversar, eu acho que tem um discurso implícito. Pra ele, assim, não vai adiantar explicar porque o cara não vai entender, o cara não sabe nada de saúde”. [A5]

“Os enfermeiros acho que ensinam mais. Mais vínculo assim com a gente. Com os médicos... Sei lá, acho que era pra gente aprender com eles, certo? Que a gente não tem muito vínculo com eles, com os enfermeiros já tem. Mas a gente não tem essa coisa com os médicos, pra perguntar assim não”. [A9]

As duas enfermeiras afirmam que a troca de conhecimentos é parca: “Pouquíssimos profissionais que trocam com o agente de saúde. Isso é importante. O que pode ter alguma relação do profissional da Unidade com o profissional agente de saúde é algum atendimento na Unidade, mas não é uma troca de conhecimentos. Isso não pode se chamar uma troca de conhecimento”. [E1]

“Eu não vejo aqui muito essa troca, aqui nesse Posto, mas pode haver uma troca melhor, porque eles têm muito a nos passar em relação à comunidade em si”. [E2]

Ao ser perguntada se o médico chama o ACS, uma das enfermeiras diz: “Tem alguns médicos que chamam. Lá na nossa Unidade tem um médico que chama os agentes. Um pediatra que chama a agente. Fora disso, não existe. Às vezes o M1 me chama, chama a enfermeira do PACS e fala assim: ‘Tá acontecendo isso assim, assim, você podia ver?’”. [E1]

Na opinião de um dos médicos, ainda que exista uma troca de conhecimentos, faltam mais oportunidades para ampliá-la: “Quando tem alguma coisa dentro do consultório que eu identifico uma situação que eu acho que precisa da atuação de alguém olhando dentro de casa ou mesmo orientando, por exemplo, eu percebo a coisa da sarna das famílias que não conseguem se tratar de sarna, mesmo aquelas que dizem que todo mundo botou o remédio, que estão fervendo a roupa. Então muitas vezes eu conversei com os agentes isso, de orientar pra esse tipo de higiene”. “Eu já tive essa experiência, mas eu sinto falta de ter muito mais, eu acho que a gente poderia ter muito mais, entendeu?”. [M2]

Tanto médicos como enfermeiras reconhecem que o agente de saúde poderia contribuir mais com relação à **comunicação entre os profissionais e a população**: “Os agentes de saúde trazem a toda hora a resposta do tratamento instituído pelo profissional da área de saúde. Então eles facilitam os profissionais da área de saúde fazendo que o paciente entenda, compreenda melhor a sua patologia, a sua doença, entenda melhor as maneiras que ele pode facilitar e melhorar a adesão ao tratamento e trazendo os dados de parte dos pacientes até nós, profissionais, fazendo com que nós também possamos nos corrigir muitas vezes de erros cometidos em relação a não ter muitas vezes explicado de melhor forma como o paciente efetuar um tratamento. Muitas vezes o médico pensa que se faz entender com facilidade em relação ao doente, muitas vezes nós sabemos que o doente sai sem pouco ou nada entender a respeito de uma prescrição efetuada pelo médico e isso repercute nos resultados, principalmente na falta de adesão e os pacientes muitas vezes tomam o medicamento de maneira indevida ou deixam de tomar, e todo esse contato mais íntimo, o agente de saúde, vivendo o dia a dia cada uma dessas famílias, a realidade, e os tratamentos de uma maneira geral, fazem com que melhore muito não só a compreensão, mas como os resultados dos tratamentos instituídos.” [M1]

“Eu creio que eles têm muito a nos ensinar, no seu dia à dia, até mesmo a fala, a linguagem, isso é muito importante pra gente poder chegar até a pessoa, pra eles poder confiar na gente”. [E2]

Uma das enfermeiras reproduz ainda uma **queixa** que diz ser comum entre os agentes de saúde: “Os ACS se queixam demais sobre o respeito. Tudo que acontece é o agente de saúde”. [E1]

**Tema: O conhecimento de saúde da população.**

Como vimos no capítulo referente à educação popular, uma mediação transformadora supõe o reconhecimento da existência de um saber prévio dos educandos, adquirido através de sua história de vida, de sua prática social e cultural. Este reconhecimento dos diferentes saberes é necessário para uma relação dialógica no processo de aprendizagem. Mesmo afirmando haver um aprendizado do agente de saúde com a comunidade, neste item pretendeu-se precisar, na perspectiva do ACS, quais são os conhecimentos sobre saúde existentes entre a população. Uma das agentes, perguntada sobre o conhecimento que observa nos moradores, respondeu: “Ah, nenhuma pessoa, nenhum morador não é totalmente indouto. Todo mundo tem um certo conhecimento. Uns têm pouco, outros têm menos ainda, outros têm mais, mas sempre alguém tem um certo conhecimento. E dentro daquele conhecimento que ele tem, aí a gente vai apenas abrindo o leque, apenas abrangendo. Vai trabalhando com eles próprios”. [A8]

Os principais conhecimentos de saúde mencionados foram:

- **Conhecimento sobre plantas medicinais, remédios caseiros e alimentação;**
- **O cuidado com o próprio corpo;**
- **Crenças tradicionais;**
- **Conhecimento sobre AIDS;**
- **Falta de conhecimento biomédico;**
- **Conhecimento prejudicial.**

O conhecimento mais mencionado entre as ACS foi aquele relativo à utilização de **plantas medicinais, remédios caseiros e alimentação**: “Eu acho que tem muito pouco. A gente ouve mais das pessoas mais idosas, que têm aquele conhecimento de fazer remédio, remédio caseiro, de ter aquele cuidado... mas os mais novos eu acho que não têm não”. [A1]

“Eu tenho reparado uma mudança, entendeu? Hoje mesmo a gente foi numa visita que ela falou: ‘Ah, eu não fico só com esse remédio não, eu faço chazinho, eu asso a casca do maracujá e depois de assada ela rala e fica uma farofa, faz suco de

pepino, faz uma porção de coisas através da alimentação’. Tem uma outra que toma insulina que é uma folha que eles falam. Hoje em dia eles mesmos aprendem uns com os outros. Trocam idéias.” [A3]

“Desde o momento que você começa desde criança, sua avó depois sua mãe, a procurar um chá pra melhorar a dor de barriga, ou a dor de cabeça de alguém, aí você já tá lidando com a saúde dessa pessoa”. [A6]

Ao ser indagada se conhecia alguma pessoa que trabalhe com plantas medicinais, a agente se refere a uma pessoa à qual inclusive ela própria recorreu também: “É bastante, bastante consultada. Tem criança com tosse, vai lá; criança com bronquite vai lá. Se você tiver uma dor de estômago, ela te indica uma plantinha pra estômago e realmente funciona. As plantinhas dela são uma beleza, é muito legal! Meu filho ficou bom rapidinho da crise de bronquite dele com o xarope dela. Bom mesmo”. [A1]

“Tem o Centro Comunitário. Tem muita gente que procura a medicina alternativa, muitas mesmo”. [A6]

Outra ACS, comentando sobre o conhecimento da população, se refere ao aprendizado que teve com sua mãe sobre **o cuidado com o próprio corpo**: “O básico é o cuidado com nosso próprio corpo, entendeu? Que isso é primordial no início. Inicial mesmo. É o começo de tudo, a higiene de seu próprio corpo. A importância de cuidar do seu corpo”. [A3]

Duas das agentes lembram também das **crenças tradicionais** como um conhecimento existente na comunidade: “As coisas mais antigas, de antigamente. Tipo assim, por exemplo, da faixa do umbigo do bebê pra ficar mais firme, um exemplo assim, mais o que... Pode não ter muito conhecimento, mas eles têm uma culturazinha, todos eles têm né, Vera, mas especificamente pra dizer, acho que todo mundo tem a sua educação, sua cultura que já vem já de família”. [A3]

“O que eu conhecia era pela minha avó, porque minha avó era rezadeira, gostava de fazer chazinho, passou pra minha mãe, entendeu e eu sempre gostei de estar com a medicina alternativa. [...]”. [A6]

A **falta de conhecimento ou um conhecimento que é prejudicial** é mencionado por três das ACS tendo como referência o conhecimento médico: “Conhecimento de fato eu acho que não [tem]. Tem muita gente curiosa e tem gente que se mete a médico. Tá com isso, toma isso; ele passou pra mim, toma pra você também.

A gente escuta muito isso aqui. Aí a gente aconselha: ‘Não, não pode, o remédio que serve pra você não serve pra ele, você tem um organismo ele tem outro’”. [A1]

“Lá eles gostam muito de tomar remédio do jeito que eles acham. Aí o vizinho fala: ‘Ah, eu tomei esse remédio, toma você também’. Aí ele vai e toma, pra ver se vai dar resultado”. [A2]

“Às vezes tem umas que têm algum conhecimento e outras já não têm nenhum. É igual eu tava falando sobre minha pessoa. Às vezes a gente chega numa casa, a pessoa não sabe o que é uma diabetes, o sintoma, não sabe o que é uma pressão alta, outra já sabe, aí já leva aquilo à risca, vai se tratando com chazinho, com isso, aquilo, e até passa informação pra gente”. [A4]

Outra ACS se refere ao **conhecimento específico sobre AIDS**: “Tem, tem, mais assim de AIDS. DST eles não têm muito conhecimento não. Eles falam muito na AIDS, que é muito popular, mas DST eles só sabem da gonorréia, mas eles estão desinformados sobre outras doenças como sífilis principalmente. As garotas mesmo, elas quando eu falo, elas sentam, até os meninos mesmo, eles têm interesse”. [A6]

### **Tema: Resultados positivos.**

Ainda que este tema não tenha sido um diretamente abordado no Roteiro de Entrevista, a avaliação do trabalho educativo realizado pelas próprias ACS surgiu da forma espontânea :

“Acho que a necessidade e os grupos também de hipertensos... eles acabam trocando idéias. Esse de A a Z que tem passado na televisão... Eles têm mudado muito, Vera, eu tenho visto diferença nos hipertensos, principalmente nos que eram rebeldes: ‘Ih! Se falar pra mim parar de comer é que eu não quero mesmo’, falavam assim mesmo, e hoje em dia já emagreceu, vigiando a alimentação através da dieta do médico e de chazinho. Quer dizer, eles mudaram muito. Eu tenho visto diferença... Até assim, atenção maior pra gente. Aquela história de que a educação é lenta, né, Vera? E eu acho que agora a gente tá vendo um resultadozinho, entendeu? Eu tenho visto diferença sim”.

Sobre o fato de estar na mesma área há muito tempo: “Isso é importante entendeu, é importante. Por quê? Porque se não, eu não vejo aquela educação, que o nosso trabalho é educação em saúde, e é demorado pra ver. Se você não fica naquele local o tempo pra ver o resultado, você não sabe se conseguiu e nós, eu acho que a gente tem conseguido ver isso. Pessoas até que não davam muita atenção pra gente, na nossa insistência, na nossa ida, mudou as pessoas. Hoje em dia a gente ganha presente, a gente

é convidada a almoçar fora de horário, pra ir pra casa, pra ir pra festa de aniversário. Sabe quando você tem uma visita que você falou, falou, falou e que você acha que não adiantou, mas quando você volta e você vê algum resultado”. [A3]

Outra ACS comenta: “Isso pra gente é gratificante, não é? Ver as coisas assim acontecer”. [A4]

### **Tema: O ACS como morador, os prós e os contras**

Este tema surgiu na entrevista com alguns profissionais de saúde de nível superior, considerando que um dos requisitos para a contratação do agente de saúde é que ele seja morador da comunidade onde trabalha. As idéias centrais foram:

- **Necessidade de formação ética;**
- **O conhecimento da cultura local não é inerente à situação de morador;**
- **Ao se tornar profissional de saúde o ACS pode se distanciar da população;**
- **A possibilidade de existência de conflito com seu vizinho;**
- **A vantagem de morar perto do trabalho;**
- **O ACS pode se identificar com os moradores nas suas lutas.**

**Necessidade de formação ética:** “O fato de ele ser morador tem seus prós e seus contras. Primeira coisa: precisa estar muito bem formado eticamente, porque o fato de ser morador, sabe, ele conhece a vida de todos. Ele mora na mesma comunidade e ele sabe de muitas coisas que estão acontecendo com seu vizinho.” [E1]

**O conhecimento da cultura local não é inerente à situação de morador:** “Então, ser morador de lá não significa que ele conheça a cultura da comunidade. Só quando ele sabe da importância disso. Aí ele pode começar a prestar atenção para isso e até levantar isso. Nas comunidades também tem as classes sociais, né? Nem todos falam a mesma linguagem. Tem camadas sociais, A, B, C. Isso não quer dizer que ele fala a mesma linguagem”. [E1]

**Ao se tornar profissional de saúde o ACS pode se distanciar da população:** “eu fico sempre naquela dúvida se elas estão lá, se elas conseguem de fato ser população enquanto são agentes, entendeu? Até que ponto esse papel fica, no momento de ser agente, ela não deixa de ser população. Ela se refere à agente, quando a menina do Posto foi lá, ou a moça do Posto”. [M2]

**A possibilidade de existência de conflito com seu vizinho:** “E tem às vezes isso também: ‘Ah! Eu não suporto aquela pessoa!’ Às vezes ele não fala com o vizinho”. [E1]

**A vantagem de morar perto do trabalho:** “Agora a questão do dinheiro, do que se gasta no projeto, é muito importante porque é claro que ele morando na mesma comunidade, ele não precisa gastar dinheiro de passagem Porque o ACS que mora na comunidade ele fica mais tranqüilo com relação à sua família”. [E1]

**O ACS pode se identificar com os moradores nas suas lutas:** “E ele sabendo que mora na comunidade, tem que começar por mim a mudança, a melhora. Porque nós viemos de fora, nós só viemos completar, mas a iniciativa tem que ser deles, correr atrás. ‘Isso aqui tá demais, precisamos de ajuda muito nisso, porque eu também sofro’. É mais fácil você falar qual é a ajuda quando você tá sofrendo do que a gente de fora apontar: Vocês estão precisando disso, disso, disso”. [E2]

### C) **MODELO DE ATENÇÃO/ ATRIBUIÇÕES**

Na revisão bibliográfica que consta do capítulo I foi feita uma sistematização da literatura que aborda a implantação da estratégia de Saúde da Família; um dos eixos temáticos foi o Perfil do profissional e as atribuições estabelecidas para os agentes de saúde. Durante a entrevista busquei conhecer a percepção dos ACS com relação a seu papel e suas responsabilidades, na medida em que estas definições norteiam suas ações e interferem na mediação realizada pelo agente.

Este eixo temático também foi abordado com os profissionais de nível superior, sobretudo para conhecer, desde sua perspectiva, as atribuições do agente, a importância de seu papel e as dificuldades existentes.

#### **Tema: Tipo de solicitações e expectativas da população**

Além do que lhes é cobrado pelo serviço, existem também as expectativas da população. Foram mencionadas as seguintes:

- **A facilitação do acesso ao serviço de saúde** foi a expectativa mais citada;

- **A expectativa dos moradores de poderem desabafar, conversar com os agentes de saúde sobre assuntos que necessitam de apoio social, emocional e psicológico** foi a segunda mais apontada;
- **O sentimento de que os moradores esperam mais do agente do que ele realmente pode fazer** também foi expresso pelos agentes.

Sobre a **facilitação do acesso** comentam: “Eles acham que através do agente eles têm uma facilidade, a palavra mesmo é essa, uma facilidade pra chegar ao Posto de Saúde. Informação do que tem pra oferecer o Posto de Saúde e os dias que tem, certos horários, aí com certeza eles vêm e conseguem. A maioria que eu tenho passado pra eles, sempre têm conseguido”. [A1]

“Eles esperam muito do agente de saúde conseguir alguma coisinha pra eles assim: eles estão indo no Posto, não está conseguindo nada, então vou falar com aquela agente de saúde pra ver se ela consegue pra mim, né? Porque a gente que visita essas casas, então é muito chato quando eles vêm e não conseguem nada. Que eles vêm em cima do agente de saúde, sabe? Reclamar. Então a gente vai e corre atrás, pra poder aquela pessoa conseguir alguma coisa no Posto”. [A4]

“Eles esperam que a gente, por ser conhecido do bairro, vai ajudar eles a ir no médico. Outro dia a moça tava me pedindo se eu não podia marcar consulta pro outro filho, fingir que era o outro. Porque o outro estava com problema, que pegou doença de mulher. Aí eu falei: ‘Não!’ e expliquei: ‘A situação dele cada vez vai piorar’. Eles esperam da gente levar tudo, tudo. Eles não conseguem marcar uma consulta, número de desistência, não conseguem e às vezes eles encontram muita resistência na portaria”. [A9]

A necessidade de **desabafar e de conversar** também surge com grande frequência no discurso dos agentes. Uma das ACS conta que é procurada pelo morador que diz: “‘Ah, eu preciso conversar contigo’. Às vezes conversar não tem nada a ver com a área de saúde, vem falar da família mesmo, vem conversar como amigo mesmo, a gente fica mais naquele bate papo na rua do que uma consulta de trabalho. Fica uma coisa legal”. [A1]

Outros depoimentos neste sentido são: “Orientação é a segunda parte. Eles querem o número [para atendimento médico]. Orientação, no primeiro momento não é isso que eles procuram não. É lógico que você quando bate na porta, que você se mostra uma pessoa disposta a escutar ele, é claro que aquilo ali já dá um alívio, porque às vezes a pessoa tá com tanto problema, tanto problema e às vezes não tem uma pessoa pra

compartilhar isso, que só o fato de você bater lá e falar: ‘Oi tudo bom, eu sou a Fulana, sou agente comunitária, tou aqui pra ajudar a senhora, explicar o trabalho e tal’. Nisso, às vezes o morador já vai se soltando”. [A5]

“Mas também espera às vezes conversar, desabafar, isso acontece muito. ‘Ah, Dona Fulana, poxa, senta aqui que eu quero conversar um pouco com a senhora!’ Então às vezes eu deixo, eu faço [apenas] uma visita, fico só com aquela pessoa, entendeu? Aí às vezes ali ela chora... eu deixo ela desabafar. Aí ela mesmo fala: ‘Eu tou mais leve.’ Então, eu quando chego, eu tava de licença dez dias: ‘Ah, Dona Fulana, pelo amor de Deus, sumiu! Pensei que tivesse saído ou tivesse de férias, pelo amor de Deus, muito tempo’. Falo: ‘Gente, eu tava doente dez dias.’ ‘Ah não, senta aqui, poxa, toma um café, vamos conversar, botar o papo em dia’ (riso). Então, isso é gratificante”. [A6]

O sentimento de que **a expectativa é muito grande**, às vezes maior do que a capacidade do agente em atender, está presente nos seguintes depoimentos: “Olha, eles esperam tanta coisa! Eles esperam assim que a gente marque consulta pra eles. Eles acham que a gente pode estar marcando consulta. Igual quando eles estavam pensando que o Posto ia dar cesta básica. ‘Olha, bota o meu nome lá.’ O caso deles é facilidade. Eles querem assim, que a gente facilite o máximo possível pra eles”. Perguntada sobre o que os moradores esperavam em termos de conhecimento, diz: “Ah, eles esperam que a gente saiba de tudo. Eles fazem uma pergunta de uma doença e eles acham que a gente tem que saber na hora. Aí, nessa eu digo assim: ‘Olha, eu não sou médico, eu sou agente de saúde. Eu posso fazer o quê? Ver o que você está querendo perguntar, eu vou conversar com a enfermeira, se a enfermeira não souber, eu pergunto ao médico e venho e te dou a orientação que você quer’”. [A2]

“É, eles pensam que eu sou a salvadora da pátria [riso]. Assim, eles pensam assim: ‘Eu sei que hoje não dá, mas amanhã dá. Dá um jeitinho de arrumar alguma coisa pra mim, arrumar uma consulta’. Se eu tiver que dar alguma coisa eu dou, mas eu também sou muito enérgica. Em termos de Posto de Saúde, se eu vejo que é uma família muito numerosa, se eu arrumo uma doação de roupa, eu dou... vou dar pro meu povo lá que eu visito, que eu sei que precisa, entendeu?”. [A6]

“Muitas das vezes os moradores esperam mais do que a gente possa ter ao nosso alcance da gente fazer”. Cita como exemplo a questão das referências para serviços de maior complexidade. [A8]

O ACS também faz o **papel de “ouvidor”**: “Eles esperam da gente é um apoio, tanto moral como muitas das vezes ouvir eles falarem e até no último caso se eles conseguiram ou não o atendimento, eles fazem a reclamação pra gente”. [A3]

**A realização de procedimentos** também surge como expectativa: “Já bateram na minha casa, eu dormindo, pra verificar a pressão de não sei quem que estava passando mal e eu falei, ‘Pelo amor de Deus, essa hora?’ Tem neguinho que vai na minha casa, bate lá tarde da noite pra pedir remédio... a gente sempre é procurado aqui, às vezes até pra fazer curativo. Eu falo: ‘Ó, eu não faço curativo, eu não sou enfermeira’.” [A1]

### **Tema: Principais problemas de saúde.**

Os principais problemas mencionados foram:

**Hipertensão arterial;**

**Diarréia/verminose nas crianças;**

**Diabetes;**

**“O avanço” da tuberculose;**

**DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis)**

**Escabiose, bronquite, alcoolismo, falta de limpeza e “não ter o que comer”.**

“Verminose, verminose, muito, assim das crianças terem cólicas e diarréias, e tuberculose”. [A5] Perguntada se na sua área existe tuberculose, respondeu: “Tem, tem. Eu acho que tá voltando muito. É aquilo, às vezes, quando eu já vou saber, porque o pessoal tem muito... se sente muito constrangido em dizer. Eu tenho um, eu tenho um, não vou falar paciente não, vou falar cliente, se bem que eu também não concordo muito com cliente não, um morador que eu visito [riso], lá na minha área, que a gente conversando ele falou assim: ‘Eu não tou trabalhando’. Aí, eu falei assim: ‘Por que que o senhor não está trabalhando?’ Aí ele: ‘Não, eu tive doente, eles disseram que era pneumonia’. Eu disse: ‘Nossa, mas tá há tanto tempo!’ Aí ele: ‘É, eu tou assim já tem três meses’. Aí eu falei: ‘Tá com pneumonia há três meses?’ Aí ele falou assim: ‘Tou, eles disseram que era principio de tuberculose’. Aí eu falei assim: ‘Mas o senhor está tomando remédio ainda?’ Aí ele falou: ‘Tou, o tratamento é seis meses’. Aí, daí caiu a ficha, já tinha caído na verdade, mas quando ele disse que o tratamento era seis meses, aí ele já tinha me dito que aquilo era tuberculose, dito entre linhas, né?”.[A5]

Falando também sobre a tuberculose, outra agente disse “Eu acho que tá voltando muito”. [A6]

“E doença mesmo aqui eu acho que é mais hipertenso, mas hipertenso tem uma boa cobertura, tem Programa do Remédio em Casa, mudou bastante”. [A9]

### **Tema: A Visita Domiciliar**

A produtividade do ACS é medida basicamente por meio das visitas domiciliares realizadas durante o mês; isto indica a ênfase da estratégia de saúde da família neste tipo de atividade, que é atribuição dos agentes de saúde. Na entrevista foram abordadas as observações realizadas pelos ACS durante a visita domiciliar; a entrada no domicílio e a visita a famílias sem problemas aparentes.

### **Tema: Observações realizadas na Visita Domiciliar**

Foram mencionadas:

- **A observação de tudo;**
- **As crianças;**
- **A higiene;**
- **A situação financeira ou qualidade de vida;**
- **O idoso;**
- **A existência de filtro;**
- **A ventilação;**
- **Problemas de saúde em geral;**
- **Existência de gestantes.**

A maior parte dos agentes de saúde disse **observar tudo na casa**, reforçando a idéia de que a abordagem da família no domicílio possibilita conhecer suas condições e modos de vida. Os depoimentos revelam que os agentes consideram ser este o seu papel, embora também tenham mencionado aspectos específicos, entre os quais a observação das crianças, da higiene, da situação financeira ou qualidade de vida, do idoso, da existência de filtro, a ventilação, problemas de saúde em geral e existência de gestantes.

A **observação de tudo** aparece nos seguintes depoimentos: “Observo tudo, quando deixa entrar. Vejo logo se tem filtro na casa, como está a ventilação da casa, se tem animais, se já estão tudo vacinado se não está, como está as vacinas das crianças, se está fácil pegar o cartão pra mim ver. Como é que está a vacina dos idosos também, dos

mais velhos. Vejo tudo. ‘Posso ir no quintal, dar uma olhadinha no quintal? Lá naquela área lá, naquela época que deu os caramujos’. Aí pedia: ‘Ó, aquele entulho ali, se for possível tira o entulho dali porque rato gosta de fazer uma casinha no entulho lá’”. [A2]

“Ah, na realidade a gente observa de tudo: é o ambiente, se é arejado, se a casa está muito fechada, se existe um asseio, né, tanto na casa como no próprio morador, higiene, né? Isso tudo engloba com a saúde”. [A3]

“Ah, eu presto atenção na casa, na situação da casa, da pessoa assim. Ah, eu presto atenção em tudo, eu olho a situação da casa, a situação financeira. Porque às vezes chega lá e fala, fala, fala e a pessoa... O agente de saúde dá pra ver tudo”. [A9]

“Eu costumo observar tudo, dentro de uma casa tudo. Dá pra ver a higiene, dá pra ver como o lixo é cuidado nessa casa, as crianças que estão também, muitas vezes elas ficam curiosas, a gente tá preenchendo uma ficha, a criança fica em cima, a gente já observa aquela criança, já observa a família, tudo a gente observa”. [A8]

Na opinião de uma das enfermeiras, esta observação sobre a vida do morador pode representar uma interferência do Estado na vida da população: “Eu tenho também muita preocupação com a interferência do Estado com essas famílias, sabe? É muita interferência. O ACS chega na casa, quer saber de tudo, pergunta isso aquilo, aquilo outro, e a família está muito passiva. Eu não sei se eu deixaria essa interferência. Eu acho que na medida que há essa vigilância, sabe, como o projeto de ACS exige, nem sempre é feita, mas ele exige que a família seja visitada mensalmente, sejam vigiadas, ver se elas estão cumprindo todas as regras da saúde, pela segurança, que as crianças sejam vacinadas, levar as crianças na puericultura, eu não sei até que ponto isso prejudica”. [E1]

A prioridade na observação das **condições das crianças** possibilita inclusive a abordagem de outros assuntos: “Se tem criança. Eu acho que a primeira coisa que eu procuro são as crianças. Eu acho que até por conta de ter filho pequeno, de saber o que acontece, eu procuro ver. Aí, dar um exemplo do que aconteceu: eu procurei na casa se tinha criança, aí tinha um monte, tudo sem fralda, [riso] porque era tudo pequeno. Naquela hora que eu tava ali, tinha uma que tava com diarreia, que a criança se cagou umas três vezes, só no momento que eu estava ali. Com criança dá mais pra você falar de água filtrada, falar sobre um monte de coisa, sobre alimentação, sobre vacina, que já engloba mais”. [A5]

“Do jeito que a mãe trata os filhos é mais nisso e o resto é o que ela me fala, né?”. [A7]

**A observação do idoso e das condições de higiene e ventilação:** “Aí, outra disse que a mãe tava quase morrendo. Nem tava tanto, tava precisando de uma consulta, vir no médico. Acabou que ainda falei com ela: ‘Gente, dá um banhinho nela, vê se ela se anima mais, que a velhinha tava fedendo, coitada!’ Num quarto cheio de mofo, encalhada ali, fedendo, cada vez mais com aquele mofo tava piorando”. [A9]

**Tema: A entrada no domicílio.**

Apesar de não ter sido feita uma pergunta específica sobre este tema, as agentes de saúde falaram sobre como se dá sua entrada no domicílio das pessoas de sua micro-área. Por um lado revelam a importância do **cuidado, para saber onde podem e onde não podem ou não devem entrar; por outro lado a importância de se estabelecer uma boa relação com os moradores para que possam entrar no domicílio.**

“Mais costume entrar. Só não entra quando o morador não conhece o teu trabalho, não sabe o que é o agente comunitário, que isso eu acho mais difícil, porque o projeto já tá aqui tem oito anos, então é difícil você não entrar; ou quando tem alguma coisa, mas aí você já entende que não é pra entrar. A gente já tem esse *feeling*, né? Já procura às vezes nem fazer cadastro. Fala assim: ‘Eu passo aí outra hora e tal’. Depois você procura ver o que está acontecendo ali naquela casa”. [A5]

“Eu sei, família por família. Tem famílias que eu entro e sento, tem outras que eu não posso. Chego na porta e pergunto: ‘E aí, tudo bem? Tá precisando de alguma coisa?’ Eu tenho que entregar um comunicado, mas eu sei que aquilo ali é um vespeiro. Eu posso estar ali dentro e de repente sair um tiroteio dentro daquela casa e morrer alguém. Então, eu sei a terra que eu tou pisando”. [A6]

**Tema: A realização de visitas domiciliares a moradores que não aparentam ter um problema de saúde**

A maioria dos agentes de saúde declarou que realiza visita domiciliar a todos os moradores de sua área, considerando que seu trabalho é de prevenção de doenças e promoção da saúde. Isto não depende de existir ou não algum problema de saúde conhecido na família; às vezes o problema só pode ser descoberto por meio da visita. Três ACS afirmaram que priorizam a atenção àquelas pessoas que têm problemas de saúde conhecidos: “A gente visita mais àqueles que têm problema, que a gente tem que estar todo mês, mas esses que não têm nada a gente visita também, até pra ver se está tudo direitinho: se a família está bem, se é a mesma família realmente ainda”. [A1]

Outra diz que não visita com frequência moradores que não têm problema: “Volto, mas não com a frequência igual eu vou na casa dos que têm problema”. [A7]

“Umas têm problemas mais graves, outras podem até, por muita família que a gente tem, por excesso de família, eles vêm menos a gente, mas não significa que lá não tenha problema. Lá tem problema, mas só que uma família tem mais problema, precisa mais de mim do que aquela outra. Então a gente tem que trabalhar com prioridades. A prioridade é o quê? Ter pressão alta, hipertensão, diabetes, crianças, gestantes, tem essas prioridades. Quando a gente consegue, idosos, quando a gente consegue atingir, atingir entre aspas, essas prioridades, a gente vai pular pras outras casas que aparentemente não tenha problema, mas que de repente ali tá acontecendo uma violência doméstica, a auto-estima da esposa está baixa, por ela não fazer nenhum curso, por ela ficar só ali dentro de casa ouvindo no ouvido dela criança chorar, marido reclamar, e ela fica estressada daquilo, não faz um curso, não faz nada, a auto-estima fica lá embaixo”. [A8]

“A nossa visita é ao domicílio, independente. Porque nós trabalhamos com promoção e prevenção, então não é com a doença. Geralmente a gente trabalha com a promoção e a prevenção, é pra prevenir e orientar, né?”. [A3]

Perguntada se visita moradores que não têm nenhuma doença, responde: “Tem que visitar, né? [riso] Tem que visitar, ora! Hoje ele não está com nada, mas amanhã ele pode estar, ou eu posso falar alguma coisa que ele esteja fazendo pra ele não fazer mais pra ele não ficar doente”. [A5]

“Um problema muito grande na minha área é DST, muito grande. Então, quer dizer, aparentemente ela não tem nada, mas tem muita coisa”. [A6]

### **Tema: Importância do papel do ACS**

A valorização positiva do papel dos agentes esteve presente em todos os depoimentos, tendo sido ressaltado:

- **O sentir-se útil;**
- **O reconhecimento por parte dos moradores;**
- **O fato de servirem de elo entre a comunidade e o Posto de Saúde;**
- **O fato de ser um sentinela da saúde;**
- **O fato de serem ouvidores da população.**

**Sentir-se útil:** “Eu tenho muito orgulho de ser agente de saúde, eu poderia ser ACD [auxiliar de consultório dentário], eu poderia tá lá terminando o curso de THD,

mas eu acho que eu vou me sentir um peixe fora d'água. Eu acho que eu vou me aposentar e vou fazer trabalho voluntário pra comunidade, porque eu gosto, eu me sinto útil, entendeu?". [A6]

**O reconhecimento da população:** “É, a gente se torna assim conhecida também, né? Só no passar, até as crianças: ‘Ih, lá vai a tia do Posto’, entendeu? Aí eu acho muito legal. Isso é muito gratificante, né?”. [A4]

Uma das enfermeiras também destaca este reconhecimento: “A maioria das agentes de saúde tem um ótimo relacionamento com a comunidade, a comunidade dá muito valor a elas, porque elas dão muita atenção às famílias. Agora, têm algumas que são as exceções, tem umas que não dão muita atenção, aí a família também não dá importância. Quanto ao resto, pelo menos pelos registros e pelas avaliações que muitas vezes a gente tem quando a gente visita as casas ou fala com as pessoas, você vê que eles orientam legal, que dão atenção a eles”. [E1]

**O ACS como elo:** “A gente fica um elo entre a comunidade e os outros funcionários que trabalham no Posto. Isso acaba abrindo o leque pra gente dos dois lados”. [A3]

“Tentar resolver os problemas dos moradores da minha micro-área e assim porque dizem que nós somos o elo entre a comunidade e o Posto. Porque às vezes a pessoa trabalha e não tem tempo de marcar uma consulta, né? Ou às vezes tem até vergonha. Já teve caso assim da pessoa estar com coceira né, na vagina e ter vergonha de chegar no Posto de falar. E pô, me pedir: ‘Marca uma consulta!’”. [A7]

Um dos médicos destaca o papel do ACS como elo entre o morador e a comunidade de maneira geral: “Muitas dessas famílias são pessoas idosas e sós... ficam isoladas. Com o papel do agente de saúde, esse isolamento é diminuído”. [M1]

**Prevenção:** “Ah, eu acho que é a importância da divulgação do trabalho, do trabalho de saúde, do quê que tem a se oferecer na área de saúde, do quê que as pessoas precisam estar sabendo quanto à vacinação, quanto ao trabalho de prevenção, basicamente é isso”. [A1]

**O ACS como sentinela:** “Eu vejo assim a importância que a gente está atenta todo dia, todo dia mesmo, até final de semana, porque mora aqui. Tá atento a tudo que acontece. Isso, como a gente pega saúde como um todo, saúde não é só não estar doente, mas é todo um conjunto, meu papel é estar de olho todos os dias enquanto profissional de saúde. É um sentinela, vamos dizer assim. Porque todo dia você está ali. E é aquilo,

né, se precisarem da tua ajuda, independente do teu horário de trabalho ou não, você vai ajudar, porque você mora ali, porque é teu vizinho”. [A5]

**A possibilidade de identificar riscos** também foi destacada por uma das enfermeiras: “O ACS, se estiver preparado, identifica riscos que ele discute com o enfermeiro. Se não estiver preparado, ele não vai ver nada. O que é mais interessante é o ACS, não sei se todos os dias ou semanalmente, todos os casos novos que ele tiver, ele possa estar discutindo com a enfermeira, para a enfermeira ver qual encaminhamento precisa ser dado”. [E1]

**O ACS como ouvidor:** “Olha, eu creio que a importância do meu papel na comunidade é o mais importante possível, porque o agente de saúde é o primeiro a ouvir, a ouvir queixas, reclamações, elogios, mau humor, TPM. De repente, você tá chegando numa casa que ela é acostumada a te atender, mas hoje ela não tá a fim. Então por você conhecer, ter aquele conhecimento daquela família, você sabe que naquele dia ela não tá bem pra te atender, ela quer mais é ficar sozinha, então você respeita e marca um outro dia pra gente voltar. Aí no outro dia a gente volta, aí a porta já tá aberta, aí comenta daquele dia, o que que aconteceu, o que que aborreceu, então a gente é muito importante por causa disso. Porque os médicos não têm tanta disponibilidade, os outros profissionais, de ouvir tanto como o agente de saúde”. [A8]

A importância dos agentes de saúde para a avaliação do serviço é reconhecida no discurso de uma enfermeira que destaca: “Quando o agente de saúde faz um trabalho bem feito, ele acaba descobrindo a maneira como o trabalho é feito na Unidade, tipo avaliação. Os clientes se queixam quando são mal atendidos. E o agente de saúde fica com cara de tacho”. [E1]

Um dos médicos destacou a importância de o agente de saúde **indicar a necessidade de visita domiciliar a ser feita pelo médico e a facilitação da adesão do cliente ao tratamento e à prevenção:** “Nós, que trabalhamos numa área carente, vemos isso no dia a dia, que a maior dificuldade e as pessoas que menos têm acesso à área de saúde são justamente aquelas que mais necessitam. Então a importância do agente de saúde trazendo o estado dessas pessoas esquecidas muitas vezes, fazendo com que o profissional tenha condições de ceder o atendimento a domicílio dessas pessoas”. [M1]

“[...] importante de tudo é salientar a importância do agente de saúde, o desempenho dele facilita em muito, não só a adesão ao tratamento como também na prevenção de todo tipo de doença infecto contagiosa, além do que o conhecimento que é passado pelo agente de saúde à comunidade como agente multiplicador faz dele uma

importância fundamental no sentido de aumentar o conhecimento da população, no que tange à parte de higiene, no que tange à parte de saneamento, no que tange à parte de educação de uma maneira geral. Isso é muito importante. Veio melhorar, facilitar muito a vida do próprio profissional da área de saúde”. [M1]

### **Tema: O trabalho do ACS fora do horário**

Das nove agentes de saúde entrevistadas, oito afirmaram serem abordadas pelos moradores em vários lugares da comunidade e em qualquer horário, principalmente para:

- **Solicitar informações sobre o Posto de Saúde;**
- **Facilitação do acesso;**
- **Saber como tomar remédio;**
- **Ter informações sobre outros serviços de saúde.**
- **Solicitações de procedimentos, como verificar pressão ou fazer curativos,** também foram mencionadas por três ACS.

Esta abordagem aos agentes de saúde feita pelos moradores provoca sentimentos contraditórios de prazer e desgaste pela sobrecarga de trabalho. As agentes que expressaram prazer neste trabalho fora do horário convencional entendem que esta demanda significa um reconhecimento da população; já outras relataram o incômodo por não terem um período de descanso definido. Por outro lado, uma das ACS afirmou que as abordagens fora do horário de trabalho haviam diminuído o que aparentemente era almejado por ela: “Olha, hoje em dia é menos. Porque eles próprios, por exemplo, comigo eles têm assim um, vamos dizer assim, um respeito: ‘Ah, você já tá saindo, amanhã no Posto eu converso com você’. Então hoje em dia eles têm aquele certo limite, né. Anteriormente ia gente lá em casa: ‘Ah, você pode verificar minha pressão? Amanhã vai ter consulta no Posto?’ Tem vacina, tem medicação, essas coisas todas, mas hoje em dia é menos, mas eu já fui muito abordada. Até de estar no mercado fazendo compras: é a menina do Posto, aí já pára, pergunta sobre o Posto, como que faz, se tem médico, se o médico já chegou, etc”. [A8]

**Sobre a solicitação de informações:** “A gente vai no mercado, a gente vai no açougue, tem sempre alguém perguntando. É sobre um exame que vai fazer, sobre uma consulta marcada que perdeu, se eu posso ir lá remarcar, qual o horário, se chegou remédio, se chegou camisinha. Isso aí é 24 horas. Realmente, onde você vai, até no centro da cidade já pararam para perguntar sobre o Posto. É interessante, por isso eu

realmente me sinto uma profissional de saúde realmente. Pelo reconhecimento da população. Isso engrandece, né?”. [A3]

“O agente comunitário de saúde não tem férias, não tem feriado, não tem nada. Porque chega um sábado, um domingo, um feriado, tu vai no mercado, tem alguém querendo saber alguma coisa sobre o Posto. Ah, eu acho bacana, eu até acostumei. Sabe, vem gente até na minha casa à noite, pra saber alguma coisa”. [A4]

“Tem gente que trabalha o dia todo, aí me vê à noite, sabe que eu trabalho no Posto, aí vem perguntar sobre o atendimento”. [A7]

**Sobre a solicitação de procedimentos:** “Ontem mesmo. Sete e meia da noite, me procuraram lá do Salsa. ‘Ah, mas ela tá morrendo, você tem que ir lá’. É, mandou vir de bicicleta me pegar lá pra verificar pressão”. Perguntada se tinha aparelho de pressão, diz: “Não, eu pego no Posto. Eu já tive, não tenho mais não, se não, não tenho sossego.” [A6]

“Acontece da gente estar na rua igual, eu fui almoçar e a mulher tava ganhando neném. Me chamaram, fazer o quê, tive que ir. Tá passando mal, vai ganhar neném, aí vê que tem uma agente. Pela blusa, aí vê algum agente, aí acha que tá mais seguro se a gente ir”. [A9]

“Ah, com certeza, já bateram na minha casa eu dormindo pra verificar a pressão de não sei quem que estava passando mal e eu falei: ‘Pelo amor de Deus, essa hora?’ Às vezes até pra fazer curativo. Eu falo: ‘Ó, eu não faço curativo, eu não sou enfermeira, isso aí só com enfermeira. Tem que procurar amanhã o Posto de Saúde’ e tal, eu até descarto. Muitas vezes a gente é procurado mesmo, com certeza, isso em qualquer horário”. [A1]

**Tema:** Além da visita domiciliar, várias foram as atividades citadas como sendo atribuições dos agentes de saúde:

- **Trabalho de educação em saúde e de promoção** foi a atribuição mais citada;
- **Elaboração de relatórios;**
- **Atividades de auxiliar de enfermagem;**
- **Atividades burocráticas;**
- **Acompanhar o morador na consulta ou nos exames.**

Apesar de as **ações coletivas e educativas** serem mencionadas nos documentos oficiais como fazendo parte das atribuições dos agentes de saúde, na realidade não

existe uma cobrança oficial sobre este tipo de trabalho. O Sistema de Informação de Atenção Básica preenchido mensalmente pelos ACS não dispõe de espaço para seu detalhamento. Embora as atividades de prevenção e promoção sejam mencionadas pelos agentes como fazendo parte de seu trabalho, a maioria relata ter sentido prazer em realizá-las: “Tudo que dê assim promoção e prevenção: sala de espera, campanhas, peças de teatro também tem a ver com nosso trabalho, sobre a Dengue, por exemplo, sobre várias coisas. Nosso trabalho não é só no domicílio”. [A3]

“É o papel de fazer a prevenção coletiva, fazer atividades coletivas. Fazia mais no outro Posto e eu gosto muito de fazer. Ah, eu me metia em tanto grupo! Ó, gestantes, hipertensos, de adolescente... até grupo de meio ambiente a gente tinha formado com os jovens da Baía de Guanabara. É um trabalho que eu gosto de fazer, atividade coletiva. Outra coisa que eu gosto é a sala de espera. Eu gosto muito da sala de espera, porque ali é uma hora; o morador, o usuário, vamos botar assim, o usuário tá lá, tá tenso porque o médico está demorando. Aí, é justamente nessa hora que você entra, você fala sobre alguma coisa, você troca idéia ali”. [A5]

“Eu gosto também de fazer uma sala de espera, quando as pessoas estão reunidas, estão nervosas, aguardando o médico, o médico se atrasou. Dar uma orientação, que ali a pessoa... uns não ouvem muito bem não, mas se você consegue que dez pessoas assim te olhem, já está bom. Aquilo ali vai ficar... Alguém vai lembrar do que você falou. Você tem que fazer um trabalho que você também não canse a pessoa. Você seja objetiva e que não seja chato, entendeu? Leve na brincadeira, vai levando”. [A6]

“O papel do agente de saúde, além de visita domiciliar, é na promoção, né? Você fazer grupos com dinâmicas, como antigamente a gente trabalhava até juntas né, dinâmicas com adolescentes, incluindo vários temas, de gestante, de hipertensão, de diabético, porque não de crianças também? Então, assim, o papel do agente de saúde é muito importante também na promoção”. [A8]

As enfermeiras também destacaram a importância do trabalho de educação que deveria ser feito pelo agente de saúde: “Ah, eu acho que ela deveria ter a atribuição de trabalhar com grupo na comunidade, é uma das atribuições que ela deveria ter, mas que nem sempre acontece”. [E1]

“Promoção, a prevenção, tanto na visita como também o acompanhamento do paciente, do cliente também na comunidade, também dentro da Unidade. Como eles

moram na comunidade, eles não devem ficar somente restritos somente ao horário de serviço”. [E2]

Quanto à elaboração de **relatórios para a enfermeira supervisora**, de maneira geral as agentes afirmaram fazer anotações sobre suas visitas, mas só passaram para o enfermeiro os casos mais graves: “Nem todas as anotações que eu faço eu passo pra enfermeira, porque a gente tem que passar pra ela os casos mais graves”. [A1]

A realização de tarefas fora de suas funções, como as de **auxiliar de enfermagem e as atividades burocráticas** também é mencionada; esta realidade desperta sentimentos contraditórios, já que algumas ACS gostam de fazer estas atividades e sentem que aprendem, enquanto outras se sentem fora de função: “Ah, ultimamente eu tenho sido auxiliar aí dentro, porque tava faltando auxiliar, pegaram um monte de agente de saúde e botaram como auxiliar. Então a gente ficou auxiliando os pediatras, pesando, medindo, depois verificando pressão também, uma espécie de tapa buraco, né?”. [A1]

“Aí a gente está sempre preenchendo as lacunas: arquivo, tirei as férias do povo lá; vacinas, quando elas estão apertadas na sala de vacina aí a gente ajuda; agora, teste do pezinho, eu estava ajudando lá, preenchendo aquele papel do teste do pezinho. Porque ela, coitada, ficava na vacina e no teste do pezinho. Gosto, é bom pra aprender. Muita gente não gosta. Ah, é, e também tem os anticoncepcionais também, que são da enfermeira e ela me ensinou a entregar, fazer o cadastro do pessoal do planejamento familiar. Então é assim, todo o pessoal do anticoncepcional, pra entregar, tem que passar por mim. Porque se não fez planejamento não vai pegar [anticoncepcional], porque aquilo ali vem certinho, vem contado”. [A2]

Outras atribuições mencionadas, embora realizadas de forma esporádica, foram **levar o morador para fazer exame e acompanhar o cliente na consulta**: “Ah é, a gente acompanha alguma pessoa que não tem com quem ir para fazer exame. Tem que levar na emergência, não tem parente, não tem ninguém na hora, quem vai é o agente de saúde”. [A2]

“Aí quando o paciente está marcado, quando eu sei, eu já não saio no horário. Eu já fico ali rodando até o paciente entrar [na consulta]. Aí o paciente entra, aí o doutor M1 pergunta se eu posso entrar, aí o paciente deixando, eu entro junto pra conversar”. [A2]

## **Tema: Dificuldades para cumprir suas atribuições**

O processo de trabalho do agente de saúde tanto desperta sentimentos positivos, ao produzir resultados desejados, como também sentimentos de frustração, diante das dificuldades em alcançar os resultados. Procurei conhecer o reflexo das dificuldades, tanto no trabalho do ACS como no seu próprio ânimo. Também as enfermeiras apontaram as seguintes dificuldades para o ACS desenvolver seu trabalho:

- **Ao não serem atendidos, os moradores manifestam uma reação negativa para com o ACS;**
- **Fazer o morador cumprir as recomendações;**
- **Conseguir mudar o modo de vida do morador;**
- **Burocracia do PACS;**
- **A letra do médico;**
- **O grande número de famílias por agente.**

Foram abordadas também duas formas opostas de enfrentar a dificuldade de acesso do morador ao serviço. Em uma delas a ACS aborda diretamente o problema com o morador; na outra a ACS, sentindo-se culpada, procura se desculpar.

Quase todos os agentes de saúde opinaram que, **ao não serem atendidos, os moradores manifestam uma reação negativa para com o ACS**: “Tem morador lá que quando não consegue ser atendido lá, eles até falam assim: ‘Ó, não quero ninguém mais na minha porta, não quero agente de saúde na minha porta, porque acha que a gente também é culpada. Aí eu falo assim: ‘Olha só, a gente não tem a culpa de que você não foi atendido na Unidade, o nosso trabalho é aqui fora. Lá na Unidade se você não foi atendido é porque não tinha número’”. [A2]

Uma outra agente também comenta a reação do morador quando ele não é atendido: “É, aí não é mole não. Agente de saúde é pára-quadras, pára-raios é tudo, né? Ela vem em cima da gente. Igual eu já falei mesmo. ‘Ah é porque eu não consegui nada, eu fui naquele Posto, não consegui nada’. É onde a gente leva, tá bom, a gente leva pra quem, a gente leva pras enfermeiras do PACS o problema daquela pessoa. A gente visita, a gente sabe das condições dela. Aí a enfermeira do PACS vai e tenta marcar uma consulta, né?”. [A4]

“[...] quando a gente foi fazer a pesquisa de quantas caixas [d’água] não tinham tampa. A primeira coisa que eles perguntam... [Se a agente iria dar a tampa.], mas acho que isso não é dificuldade não”. [A5]

As dificuldades de referências e contra-referências também foram indicadas pelas enfermeiras como um problema que repercute no trabalho e no próprio estado de ânimo dos ACS: “O ACS é um profissional angustiado, por causa da falta de recursos. Ele reclama muito disso. Existe muito cliente que precisa de fisioterapia, que precisa de internação, que é sozinho, que não pode se locomover, que não tem dinheiro para se locomover. Então não tem recursos para eles, não tem referência. Contra-referência, nem falar! Não existe. Esse negócio de PSF, o médico vai, atende, a enfermeira vai, mas chega um ponto que acaba. Que eles não têm mais como caminhar para fazer o atendimento”. [E1]

**Fazer o morador cumprir as recomendações:** “Já, em relação a fazer o paciente tomar o remédio. Foram só umas duas pessoas que eu encontrei isso. Porque eles falam assim: ‘Não, eu não estou sentindo nada, então eu posso parar com o remédio de hipertensão’. Na verdade só quer tomar o remédio quando está sentindo dor de cabeça, sentindo tonteira”. [A1]

“Seria a mesma coisa que eu disse antes. Antes eles achavam que era bobeira, bobeira esse negócio de caminhada, bobeira negócio de alimentação, quero comer mesmo, comer o que der vontade. Isso no início parecia que não ia ser entendido por eles, mas hoje em dia a gente viu que foi entendido”. [A3]

“Isso é, aí é tipo trabalho de formiguinha, tem gente que no primeiro instante não aceita, então se a gente insistir a pessoa acaba aceitando né, mas tem gente que é demorado mesmo aceitar, entendeu? No meu caso, eu tinha um certo receio, por eu morar na comunidade, a pessoa me conhecer, eu fiquei com medo dessas pessoas não abrir a porta, mas graças a Deus a maioria abre”. [A4]

“É, nem tudo você consegue não. Você não consegue resolver todos os problemas. As pessoas concordam, aceitam tudo numa boa e não vai fazer nada daquilo, entendeu? Você tem dificuldades”. [A6]

Uma agente de saúde menciona a própria frustração com a dificuldade de referência para a população: “O que me chateia mais, bom, com enfermeiro eu já aprendi a pedir pra todos os lado e nem acho que seja um grande problema pra mim atualmente não, já foi no passado, já foi. E você vê que a pessoa pode morrer e você não pode fazer nada. Depende de hospital grande, precisa de uma cirurgia. Os tratamentos, precisam de certo tipo de exames que tá muito difícil marcar, muito difícil mesmo. E pra fazer uma ultrassonografia uma mulher, uma mulher com suspeita de câncer, pra conseguir uma consulta no próprio INCA. Aí o médico detectou, ah, mas é urgente. O

médico manda, mas aí, não tem lugar, tem que esperar dois, três meses, como eu já vi um caso de câncer de mama que agora já avançou, tá lá a mulher num estado gravíssimo”. [A6]

**Conseguir mudar seu modo de vida:** “é difícil a pessoa ter um modo de vida e saber que aquele modo de vida dele, dela ou da família está totalmente fora do saudável, então é difícil a pessoa ter que mudar os hábitos, ter que mudar muitas das vezes certas situações de você, de uma criança por exemplo, estar doente direto e você saber que é por um modo de vida da mãe ou de alguém da casa que esteja atingindo a saúde daquela criança”. [A8]

**Burocracia do PACS:** “Olha, infelizmente eu falo até assim, infelizmente, o nosso trabalho agora tá muito burocrático, muito. Antigamente a gente tinha que se preocupar mais assim com a família. Hoje em dia a gente tem que dividir: preocupar com a família e se preocupar também com a burocracia, porque tudo a gente tem que anotar nessa SSA2 e fora na ficha na FVD, muitas anotações, uma família que você visita você tem que anotar em três lugares”. [A8]

A burocracia também é citada por uma das enfermeiras como um fator negativo no desenvolvimento do trabalho do ACS: “O sistema cobra muitas contas. Tem uma ficha para o hipertenso, para a gestante, ficha B de Tuberculose, hanseníase, então é muita coisa, então, na medida em que o ACS é cobrado de tanta ficha, de tanta estatística... Eu acho isso assim uma loucura. Então desvirtua a pessoa do agente de saúde para fazer um trabalho realmente educativo de reflexão em saúde. Quando a gente trabalha sem essas cobranças, você faz muito mais... da saúde mesmo. Na verdade o agente comunitário, pelo menos onde eu trabalho, ela é pra tudo. Se, por exemplo, o médico falta, não atende aquele dia, todos os clientes que estavam com consulta marcada, a agente de saúde é que tem que ir na casa dele para remarcar. Faz papel de *boy*. Agora, tiveram a idéia de avisar quando chega o resultado de exame. Como é que o ACS vai fazer trabalho com os grupos da comunidade, com os grupos de adolescentes? Ela não tem tempo. Acho que se o trabalho fosse feito com os grupos na comunidade, seria feito um trabalho muito maior de conscientização sobre a gravidez precoce, sobre a aids, e tudo isso. Mas eu acho muito difícil ele ter tempo para isso, na medida em que é cobrado para ele tanta estatística, tantos números”. [E1]

As enfermeiras apontaram ainda duas dificuldades que não haviam sido abordadas pelos ACS:

**A letra do médico:** “Olha, lá onde eu trabalho, se o ACS entendesse a letra do médico, ele poderia até orientar. Mas acontece que a maioria dos médicos tem a letra horrível, que são indecifráveis, então a gente procura passar os esquemas da rotina, do tratamento dos hipertensos e dos diabéticos, mas acontece também que os clientes, tem muitos que saem daquele esquema e tem muito uma questão de faltar medicação, falta muito. Aí o médico substitui e é muito complicado para o ACS orientar as pessoas”. [E1]

**O grande número de famílias por agente como dificuldade para o trabalho:** “A comunidade reconhece assim o trabalho do agente de saúde, aquela fatia da comunidade que pode ter contato com o agente de saúde. Porque como no projeto de agente comunitário de saúde a responsabilidade de cada agente de saúde é muito grande, ela fica sobrecarregada de muitas famílias, ela não tem tempo de se relacionar com um maior número de famílias que ela deveria se relacionar”. [E1]

**Diferentes formas de enfrentar a dificuldade de acesso do morador ao serviço:** “Quando eu não consigo ajudar, eu falo: ‘Infelizmente não deu por causa disso, disso, não tive condições’. ‘Não, não, tudo bem, eu vi o teu esforço, tua boa vontade’, né. Então eles não ficam tão chateados porque eles sabem que já não parte da gente”. [A8]

“Porque se eu chegar lá ou então não levar a resposta, nossa, naquela casa eu nem vou mais. Às vezes eu vou numa casa a pessoa fala que não resolveram, aí eu falo: ‘Mas não sou eu, a senhora vai ter que dar outro voto de confiança!’”. [A9]

#### **D) FORMAÇÃO**

Neste eixo foi abordada a formação do ACS. Procurei conhecer, do ponto de vista dos próprios agentes, quais as suas necessidades no sentido de poderem desempenhar sua função. A formação, sem dúvida, exerce uma grande influência na mediação realizada pelo agente, tanto na metodologia presente em sua ação, como em termos de conteúdo abordado. A formação foi analisada sob o ponto de vista da escolarização, dos conhecimentos de saúde considerados necessários, e sobre a formação em saúde da qual os agentes participaram. Também foram ouvidas as enfermeiras, que são as supervisoras dos agentes de saúde, e os médicos com quem o contato é mais esporádico.

### **Tema: Nível de escolarização necessário**

No que se refere ao ensino formal, a exigência anterior a julho de 2002, era que para poder ser contratado o agente de saúde deveria saber ler e escrever. A partir desta data, com a aprovação da Lei nº 10.507, que criou a profissão dos ACS, passa a ser exigido o ensino fundamental. Já em 2004 o Ministério da Saúde aprovou, em conjunto com o Ministério da Educação, o “Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde”. O curso está previsto para ser feito em três etapas, sendo que para seguir a última etapa o ACS deve estar cursando ou já ter concluído o Ensino Médio.

Na perspectiva dos agentes de saúde, a grande maioria (sete) foi unânime em dizer que **a formação mínima exigida para o ACS deveria ser o ensino fundamental completo**, mas também foi externada a opinião de que **o bom desempenho profissional independe de certa forma do nível de escolarização**.

A importância de se **ter o ensino fundamental completo** foi expressa em alguns comentários: “Eu acho que pelo menos o primeiro grau completo. Pra pelo menos estar na porta falando direitinho, né? Não estar passando informação e falando tudo errado, né? Pelo menos estar sabendo o que está falando. [riso] Eu acho importante”. [A1]

“Pelo menos o fundamental tem que ter. Porque não adianta, faz o curso por fazer, aí depois consegue a vaga, mas chega lá não sabe escrever direito, não sabe falar direito. Aí você diz assim: ‘Poxa, estou falando com uma pessoa que não entende nada, que tá falando tudo errado, que vem cheio de gíria na minha casa. Poxa, a pessoa vem cheio de gíria na minha casa, eu vou pensar o quê, morando onde a gente mora? Então não vou falar nada com essa pessoa, porque ela está cheio de gíria, eu vou pensar: essa mulher anda no meio da noite. Ela vai beber, vai fazer lá não sei o quê e vai começar a falar da minha vida lá pro vizinho’”. [A2]

Uma das agentes considerou que **o trabalho do ACS às vezes exige maior formação do que o ensino fundamental**: “Apesar de que a estatística que a gente tem que preencher, muitas vezes ela é além de alguém que tenha primeiro grau. O que exigem da gente no dia a dia, eu acho que é além disso”. [A3]

Outra opinião comum a três ACS, foi a de que **o bom desempenho do ACS independe de certa maneira de sua formação**: “É complicado responder essa pergunta, sabe por quê? Eu vejo tanto agente comunitário de saúde que não tem grande nível de escolarização e que trabalha muito bem”. Perguntada se poderia ser analfabeto,

diz: “Não, não dá, porque você tem que escrever. O mínimo é quinta série. É lógico que ele precisa ser motivado a estudar, a melhorar, é lógico que ele precisa. Não tou querendo que ele pare por ali, se contente com a quinta série dele não. Eu acho que ele tem que estudar. E se a gente for botar, eu acho que a escolaridade seria o segundo grau, porque aí a gente pode trabalhar em cima de até de algumas disciplinas que são dadas”. [A5]

“E tem pessoas que não têm estudo e é um bom agente de saúde. Um exemplo: a Rita. A Rita, ela não é mais agente de saúde, mas eu falei pra ela que ela não deixa de ser agente de saúde porque ela tá na Igreja e ela tá ajudando as pessoas, ela tá orientando, entendeu? Eu sempre encontro com a Rita, eu falei: ‘O teu trabalho continua, Rita. Porque uma vez agente de saúde, sempre agente de saúde’”. [A6]

“Eu acho assim que tendo o ginásio já tá bom, porque pelo menos pra pessoa saber fazer uma caligrafia pelo menos que pede. Agora, se expressar e educação nem faz parte do estudo, porque vem de casa mesmo. Às vezes eu não tenho um estudo, mas eu tenho educação, sei como chegar na casa da pessoa”. [A9]

As enfermeiras não coincidiram nas suas opiniões: para uma delas, o primeiro grau completo seria suficiente e para a outra o ACS deveria ter o segundo grau: “Acho que deveria ter o primeiro grau completo, quer dizer, até oitava”. [E1]

“Olha, eu acho que o agente de saúde deveria ter realmente o segundo grau. Porque não vale a pena somente falar. Ela tem que ter uma boa escrita e muitos deles são chamados a falar em público, dar orientações em público, participar de palestras...”. [E2]

Entre os médicos, um deles achou que o nível primário seria suficiente e o outro considerou que bastava saber ler e escrever. Cabe ressaltar que estes profissionais têm pouco contato com as fichas e relatórios escritos pelos agentes e não fazem seu acompanhamento direto.

“O nível primário seria suficiente, já que, desde que tenham um bom adestramento e um curso, uma boa formação, seria suficiente para cumprir suas funções com eficiência. Nível primário, acredito eu, seria suficiente, até mesmo pela faixa salarial...”. [M1]

“Se o agente souber escrever e ler e fazer conta básica, né? Eu não identifico, no contato que eu tenho com eles, que seria necessário muito mais do que isso, entendeu? Eu percebo que a questão é outra, não passa pela escolaridade, entendeu? Passa por uma

questão que é de uma disponibilidade, que é de uma vontade, de um desejo, que é de uma habilidade, uma competência”. [M2]

### **Tema: Conhecimentos necessários para um bom desempenho da profissão**

Como foi abordado no capítulo referente à revisão bibliográfica realizada, o Guia Prático do PSF (2001) indica que o candidato à vaga de ACS não precisa ter conhecimentos prévios na área de saúde. Menciona ainda que após sua aprovação, ele deverá receber treinamento sobre as ações a desenvolver e estará sob constante supervisão do seu enfermeiro/supervisor. Em documentos oficiais é feita a orientação do Treinamento Introdutório, pelo qual deveriam passar todos os profissionais da equipe de Saúde da Família. Para os ACS, de maneira geral, este treinamento é “repassado” pelos enfermeiros supervisores. A proposta inclui: princípios e diretrizes do SUS; conceito de saúde; importância do trabalho de prevenção e promoção; diagnóstico comunitário; mapeamento e outros conhecimentos necessários para a instrumentalização das equipes na organização inicial do seu processo de trabalho. Em 2004, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação lançam um documento com as diretrizes para a organização do Curso Técnico de formação dos ACS, com a duração de 1.200 horas divididas em três etapas formativas. Na bibliografia consultada, não foram encontradas muitas referências com relação às experiências de formação dos ACS; no entanto, parece existir uma expectativa dos próprios ACS em obterem maior acesso ao saber biomédico, o que corresponde, por sua vez, às expectativas que a população e o próprio serviço têm com relação aos conhecimentos que os agentes de saúde precisam possuir.

As necessidades de conhecimentos mencionadas pelos ACS foram:

- **Conhecimentos que se referem ao saber biomédico, como: noções de higiene, vacinas, conhecimentos sobre doenças, verificação de PA, primeiros socorros e outros;**
- **Conhecimentos de pedagogia;**
- **Conhecimento específico para a região onde o ACS trabalha.**

No que se refere ao **conhecimento biomédico**, foi mencionado: “Tem que saber olhar um cartão de vacina, que é muito importante, que a gente tem muita criança; saber um pouco sobre higiene, que é o básico. Chega lá de qualquer jeito, despenteada. Aí a pessoa já olha assim: ‘Poxa, essa pessoa não tem nada de agente de saúde’. Às vezes tem muito idoso lá que não sabe ver uma receita, que às vezes o médico também bota

cada uma letra que é fogo, né? Aí, pelo menos entender o remédio do idoso, do hipertenso, saber um pouco do hipertenso, diabético, gestante, saber das vacinas dos idosos; um pouco das doenças infantis. Tem que ter noção de tudo, um pouquinho de tudo”. [A2]

“Conhecimentos gerais, de tudo um pouquinho. Por exemplo, tem uma palestra sobre câncer no colo do útero. Ir naquela palestra, procurar sempre informações, sobre aquilo ali, pra você ter bagagem, pra você explicar à pessoa porque ela tem que fazer o preventivo”. [A8]

“Na verdade a gente trabalha com promoção e prevenção, mas a gente tem que ter conhecimento de doença, né? Pra trabalhar com promoção e prevenção, a gente tem que ter conhecimento, pra até saber orientar e saber como promover a saúde pra que não venha a ficar doente...”. [A3]

“É, cabe orientar, saber as doenças mais comuns que tem na comunidade e assim, saber lidar com as pessoas”. [A7]

“Às vezes, agora, o agente de saúde não verifica a pressão. Então eu acho que falta mais, porque até que a gente venha chamar uma enfermeira pra ir naquela casa, o agente de saúde poderia estar prestando este papel”. [A4]

“E tem que saber de primeiros socorros. Porque tu tá na comunidade, tá na tua área vai que uma criança caiu; pô, tem agente de saúde ali, eu vou correndo falar com ela. Aí chega lá ni mim, ‘Ah, eu sinto muito, mas eu não sei fazer nada sobre isso, não posso fazer nada’. Pelo menos se agente tem aquela noção básica. ‘Ah, cachorro mordeu, lava com bastante água e sabão...’” [A2]

Os dois médicos ressaltam a necessidade de se aprofundar os conhecimentos nesta área, sendo que um deles acrescenta a aprendizagem sobre o relacionamento interpessoal. “De maneira geral, conhecimento no que tange a higiene, sanitarismo, e relacionamento, na parte cultural geral, que facilita, digamos assim, um relacionamento interpessoal agente/comunidade, então um aspecto social. E a parte técnica, no que tange a doenças infecto contagiosas e profilaxias de maneira geral. Os conhecimentos de psicologia básicos, rudimentares”. [M1]

“Eu vejo assim, que tem determinadas alterações de saúde, alterações de saúde orgânica, né, não de saúde social ou de saúde mental, mas alterações de saúde orgânica que eles deveriam ser melhor treinados pra observar. Eu sinto que, por exemplo, impetigo, que é uma coisa muito comum na comunidade, muitas vezes é confundido com micose ou muitas vezes é confundido com a própria sarna, sabe?”. [M2]

**A preocupação com a pedagogia e o prazer com a profissão** também surgiram na fala dos agentes: “Acho que tem que ser passado nesse curso até se tivesse uma maneira mais fácil de estar conscientizando esses moradores do que que é saúde, o que vale a pena estar fazendo na educação desde a criancinha, até os pais também. Porque os pais assim: ‘Ah, eu fui criado assim mesmo, tou aqui até hoje, meu filho vai ser do mesmo jeito’, a gente escuta muito falar isso”. [A1]

“Porque o importante não é você falar: ‘Não, você tem que fazer o preventivo’. Você tem que explicar pra quê! Você tem que fazer o auto-exame de mama, mas pra quê? Pra que a vacina da pólio? Pra que a DPT? Pra que as vacinas em gerais? O que que elas servem? Tudo isso tem que buscar informações. Se não, não vai poder explicar nada”. [A8]

“Tem que gostar de ouvir o pessoal falar e se preocupar. Ouvir com atenção. Não é deixar entrar e sair pelo ouvido. É tentar resolver aquela situação. Que às vezes só uma conversa com a pessoa ela já fica diferente. Então você tem que gostar do ser humano. Gostar de si próprio e do ser humano”. [A3]

“Eu acho que a pessoa tem que gostar de ser agente de saúde. De dar atenção à pessoa, porque se a pessoa não gostar daquilo, é melhor não entrar. Então eu acho que tem que gostar do que faz e ter o curso mesmo, pra poder ter a visão que é...”. [A4]

A necessidade de se ter conhecimento sobre educação popular é ressaltada por um dos médicos e por uma das enfermeiras; a outra enfermeira também menciona a necessidade de formação para realizar trabalhos educativos: “Não sei na prática o quanto elas aplicam a questão da educação popular. O modelo que ela observa no Posto, da relação da enfermeira, ou da relação dos próprios médicos com os pacientes, não é uma ordem de troca, não é uma ordem de respeito. É uma ordem totalmente vertical, então nesse modelo eu não sei o quanto que elas acabam de fato reproduzindo isso, né?”. [M2]

Uma das agentes de saúde opina que **o conhecimento necessário depende da região onde o ACS vive e trabalha**: “Aqui no Rio de Janeiro tem que ter alguma coisa sobre drogas. Ter um curso sobre drogas, sobre violência, alguma coisa que enfoque isso. É diferente lá no Norte, no Nordeste, a pessoa é picada por cobra, sabe? Lá o pessoal tem que socorrer as pessoas que são picadas por cobra, por escorpião. A história do lugar, diretrizes do SUS. Como você vai trabalhar com o SUS sem saber como funciona? De primeiro você tem que estudar o SUS, as diretrizes, as normas. Se você não sabe isso, como você vai ser ACS?”. [A5]

Neste tema foram manifestadas duas opiniões divergentes com relação às conseqüências do aumento de informação sobre saúde do ACS na sua relação com o morador. De acordo com uma das entrevistadas, **o conhecimento pode distanciar o ACS do morador**: “O próprio agente de saúde, quando faz o curso, até porque foi oferecido pelo PROFAE, teve toda essa facilidade do agente de saúde virar auxiliar de enfermagem, ele muda o discurso dele, ele começa a falar mais difícil, ele começa a não que ele não vá se identificar, mas ele começa a se distanciar do morador, como se ele fosse uma pessoa mais... Ele se coloca assim, ele deixou de ser agente comunitário, ele deixou de ser o cara que trabalha na rua, agora ele tem mais conhecimento”. [A5] Outra entrevistada opina que **o conhecimento não distancia o ACS do morador**: “E as pessoas têm a visão muitas das vezes que a gente não precisa saber de certas doenças. Só que isso tá errado. Qualquer conhecimento em qualquer profissão é válido... Não existe isso de você ter um grau mais elevado e que você não serve mais pra ser isso ou aquilo. Isso é ignorância. Porque o conhecimento jamais vai atrapalhar qualquer profissão”. [A3]

As duas enfermeiras destacam a necessidade de um conhecimento maior sobre os programas de saúde bem como de uma de preparação para trabalhar na perspectiva da promoção da saúde e prevenção das doenças: “Conhecimentos principalmente a questão da educação popular, a questão do conteúdo dos programas, porque de qualquer maneira elas trabalham com a doença, né, os programas trabalham com as doenças, então deve ser abordada toda a questão da prevenção, educação, a questão da ética precisa ser muito reforçada, a questão do sigilo profissional é importante”. [E1]

“Porque às vezes eles se envolvem tanto com o problema daquela família, sofre tanto, que tem uma família que pode passar por aquilo novamente e ele esqueceu desse detalhe logo que ele se apresentou. Falou só o básico: ‘Tá tudo bem?’ Mas deveria se aprofundar mais em prevenção, em promoção, pra que isso não venha se repetir tantas vezes. Eu acho que eles deveriam se preocupar tanto... a doença tem que se preocupar, sim, mas como podemos prevenir, como podemos evitar, e não depois da coisa instalada. Aí quando a coisa tá instalada, a criança tá sozinha, tá sofrendo, tá apanhando, o fulano é hipertenso. Como é que chegou até aí? O que é que eu fiz o que que eu poderia ter feito pra evitar de chegar até esse ponto, entendeu?”. [E2]

### **Tema: Projeção do curso para formação de ACS**

Em relação a este tema foram abordados:

- **Tempo de duração;**
- **Vinculação teoria e prática;**

As opiniões das agentes de saúde quanto ao tempo que deveria durar um curso de formação para os ACS foram muito variadas, indo de quatro meses a dois anos, mas a importância de a prática complementar a teoria foi apontada em vários depoimentos.

No que se refere ao **tempo de duração**, foi dito que: “Eu acho que seis meses seria indicado, porque teria que ser assim quatro meses de teórica e dois meses de prática”. [A1]

“Ele tem que ter, esse básico de quatro meses é muito pouco, o mínimo, mínimo, se for primeiro grau é um ano – o curso de agente de saúde. Porque depois que eu passei a trabalhar, eu vi que a FAMURJ foi só uma palhazinha só”. [A3]

Sobre a **vinculação da teoria com a prática**: “Não, não dá pra aprender tudo num curso. Tem que ser no dia a dia mesmo”. [A2]

“Eu não diria quanto tempo o curso deveria durar, porque como eu falei, a gente aprende com o trabalho, mas assim, o núcleo sendo o trabalho da gente no dia a dia, tá bom. Ele aprendendo o que a gente faz, sabendo as informações sobre as doenças...” [A7]

**Quanto ao novo Curso Técnico de ACS, o tema ainda não estava claro para as agentes**, mesmo porque até o momento da entrevista ainda não haviam sido abordados com elas seus objetivos, conteúdo e organização: “Como agente comunitário de saúde a gente sabe da função que a gente exerce; agora, como técnico de agente de saúde eu não sei se vai ter uma função mais abrangente ou se vai continuar a mesma. Quer dizer, eu não sei a fundo isso aí”. [A8]

### **Tema: A formação permanente**

A importância da formação permanente foi unânime entre as entrevistadas, tendo sido justificada pelos seguintes motivos:

- **O conhecimento não é estático e necessita ser atualizado;**
- **A formação inicial não foi suficiente;**
- **A importância de incorporar a prática na formação.**

“Vai mudando o cartão de vacina, tem hora que tem mudança, você tem que estar se atualizando, também eu acho assim, que na hora de sair os esquemas de exames, de local pra fazer os exames, de local pra ser atendido, quando não tem atendimento, eu

acho que seria interessante todo ano estar fazendo alguma coisa nesse sentido. Tipo um curso mesmo de atualização. Eu acho que fora isso teria que ter um curso que ensinasse a verificar a pressão, só isso”. [A1]

“Toda profissão tem que ter reciclagem, uma atualização realmente. Então, tanto faz ter uma reciclagem como agente de saúde, ou eu fazer um curso extra”. [A3]

A maioria reconhece que a **formação inicial não foi suficiente** para o exercício da profissão: “Não, com certeza não. Até porque com a experiência do trabalho que a gente aprende. Nem se eu fizesse um curso de dois anos eu não ia aprender o que eu sei hoje. Eu acho que a gente aprende mais com o trabalho, no dia a dia. E com treinamento também, porque a gente faz o treinamento com a enfermeira”. [A7]

**A importância da prática** é mencionada novamente: “E aí o bom mesmo é que depois que a gente entra é que a gente pega a prática. Porque antes disso a gente não tem prática de nada. Só lá no dia a dia mesmo que a gente vai aprendendo tudo”. [A2]

### **Tema: A contribuição dos profissionais de nível superior na formação das ACS**

Por serem as profissionais de nível superior às quais as agentes estão diretamente vinculadas, ambas as enfermeiras demonstraram um envolvimento direto na formação das ACS, tanto no treinamento inicial como na educação permanente. No entanto, comentam que este trabalho não é formalmente exigido delas: “Quando os agentes de saúde entram, elas geralmente elas têm um treinamento da admissão, que são oficinas sobre os programas, sobre educação, orientação sobre visita domiciliar, isso é um treinamento que se faz, sobre a questão da ética, sigilo profissional, isso é um treinamento que se faz logo que ela é admitida e depois essa educação fica continuada através da supervisão, acompanhamento das visitas”. [E1]

“Ah, nós contribuimos, as enfermeiras do PACS com uma supervisão, com uma educação continuada e principalmente com cada caso que elas identificam e trazem pra gente, a gente contribui orientando-a, e elucidando sobre aquele caso da melhor maneira que a gente pode”. [E1]

“A ACS, quando ela tem a sorte de ter um profissional que trabalha com ela que tem essa noção [de educação em saúde, de prevenção], essa preocupação de refletir junto com ela esta questão, então o trabalho acrescenta bastante à comunidade, sabe? Agora, como não é uma coisa formal, não é exigido na formação do ACS, acredito que nem todas as agentes comunitárias trabalham dessa maneira e que a comunidade seja beneficiada com esse objetivo”. [E1]

Entre os médicos, um não teve nenhuma participação formal no trabalho de formação dos ACS e a outra participou com o tema de educação popular em saúde. Uma das ACS opina sobre a falta de participação dos médicos na formação continuada, que poderia ser realizada no trabalho e geralmente fica a cargo da enfermeira: “Os médicos poderiam passar algumas coisas pra gente de vez em quando, umas palestras, umas informações, as enfermeiras também, mas os médicos já não passam”. [A9]

### 3. ACOMPANHAMENTO DAS VISITAS DOMICILIARES E OUTRAS OBSERVAÇÕES

A observação participante foi realizada por meio do acompanhamento de cinco agentes de saúde em 16 visitas domiciliares, durante o mês de março de 2006. Constam ainda da análise desta observação algumas informações que foram colhidas entre 2005 e 2006 e faziam parte do meu diário de campo. Das cinco ACS, quatro foram entrevistadas para esta pesquisa. A que não havia participado de entrevista anterior precisou sair comigo para que eu atendesse um caso de sua micro-área e aproveitei para acompanhá-la em outras visitas. Procurei saber quanto tempo cada uma dedicava às visitas domiciliares e fiquei sabendo que três saíam de manhã e à tarde; uma saía só na parte da manhã por ter outro trabalho à tarde dentro do Posto; a última só saía duas horas e meia por dia, devido a desempenhar trabalho administrativo. Foi elaborado um roteiro, composto por temas que haviam sido abordados na entrevista, mas poderiam ser mais bem observados no acompanhamento das agentes:

1. Os critérios utilizados pelos agentes de saúde para definir a visita domiciliar que seria realizada;
2. A reação dos moradores frente à ACS;
3. A forma como a ACS realiza a abordagem durante a visita (forma de realizar a mediação);
4. A opinião da agente de saúde sobre o morador visitado.

Com relação aos **critérios utilizados pelos agentes de saúde para definir a visita** domiciliar a ser realizada, observei que todas já saíram do Posto já tendo definido que casas iriam visitar e os critérios utilizados para tal foram:

- Moradores com problemas de saúde, dos quais as agentes de saúde queriam informações sobre: o estado de saúde; se ainda tinham remédios; se já haviam marcado sua consulta ou que deveriam ser avisados de que a consulta havia sido marcada. Uma das agentes de saúde explicitou que priorizava a visita aos hipertensos, diabéticos e tuberculosos, porque o programa exige que sejam visitados mensalmente. Comentou que às vezes não tinha tempo para visitar pessoas sem problemas, por causa da

exigência do programa e da quantidade de pessoas que existente na sua micro-área.

- Moradores com problemas sociais, como o caso de uma criança sem documentação e fora da escola; um caso de violência doméstica; outro caso de falta de documentação e um de abandono de idoso. Acredito que este critério foi influenciado pelo fato de a pesquisadora ser assistente social e a ACS querer aproveitar a oportunidade para orientar estas pessoas; por outro lado, o fato de a agente de saúde poder direcionar desta forma as visitas demonstra um conhecimento sobre esta problemática.
- Uma moradora com a qual havia sido criado um mal-estar com relação a seu atendimento no Posto de Saúde e a ACS foi visitar para tentar desfazer o mal-estar.
- Duas agentes de saúde saíram especificamente para levar os remédios para hipertensos e diabéticos que a Prefeitura envia pelo correio ao Posto de Saúde para que os ACS façam a entrega a domicílio.

No que se refere à **reação dos moradores frente à ACS**, notei já no caminho que quase todas as agentes de saúde foram abordadas pelas pessoas; algumas faziam perguntas, outras cumprimentavam ou faziam algum comentário. No caminho encontramos com uma cliente do Posto de Saúde, com problemas de saúde mental, que tem oito filhos e engravidara recentemente. Ela pára a ACS 9 para falar que já teve o neném, pré-maturo, com seis meses, pesando um quilo e pouco. A criança ficou internada e ela estava indo para o hospital. Depois que nos afastamos, a agente de saúde comentou que a mulher tentou abortar aos seis meses, tomando Citotec e por isso a criança nasceu antes do tempo. A9 reprova essa atitude, mas conta que a mulher queria ligar as trompas e não tinha conseguido.

Também pude observar que, de forma geral, as agentes de saúde conhecem a situação das famílias visitadas e são bem recebidas. A agente de saúde<sup>1</sup>, por exemplo, é recebida nas casas como pessoa bem conhecida: senta-se e ela mesma me convida a sentar. Uma das moradoras diz: “Tenho andado tão doente, só você pra me ajudar! Orei muito pro Senhor trazer você!”. A1 explicou que agora estava fazendo trabalho

administrativo dentro da Unidade na parte da manhã e distribuição de camisinhas depois das 15h30, de modo que não podia sair tanto.

Com a agente de saúde 7, fomos visitar D. Beatriz, uma senhora de 65 anos que morava num bloco de apartamentos cuja parede tinha a marca de muitos tiros. Ao chegar, A7 anunciou quem era e a senhora mandou entrar. A porta não estava trancada. D. Beatriz estava num quarto escuro, de janela fechada, deitada na cama. Entramos, nos sentamos num sofá e a senhora comentou que estava pensando em A7 e por que ela não tinha vindo.

Com A4 fizemos três visitas, relacionadas com um caso delicado, de abandono de idoso e de violência doméstica. Mesmo ao abordar o suposto agressor, a agente de saúde foi respeitada e a reação do morador foi se colocar na defensiva com relação ao abandono da idosa, dizendo que iria mudar a situação. Já com relação a sua companheira, cujo caso estava na justiça, mostrou-se intransigente e agressivo.

Quanto às duas agentes de saúde que fizeram as visitas domiciliares com o intuito de entregar os remédios, ambas são reconhecidas como representante do Posto de Saúde e os moradores solicitam seu apoio. A9 é bem recebida e mostra conhecer as famílias visitadas, enquanto que A10 mantém uma distância na sua relação com os moradores visitados.

Outro aspecto observado foi **a forma como se dá o processo de mediação** durante a visita. A1 entra em todas as casas, orienta, explica e cobra o cumprimento das prescrições, recomendações, marcações. Durante a entrevista, explica (traduz) questões burocráticas e procedimentos de trabalho do Posto e de outras instituições. Na primeira visita, encontra uma senhora obesa, hipertensa e diabética, que já perdeu a consulta três vezes. A1 de certa forma chama a atenção e diz que a filha deve levá-la desta vez, porque é difícil ficar remarcando consulta. O remédio da senhora já havia acabado e ela estava recebendo remédio de vizinhos. A televisão ficou ligada todo o tempo.

Com a agente de saúde A4, que acompanhei nas visitas aos casos sociais, senti que existia também uma postura de orientação e argumentação no sentido de resolver os problemas; citou exemplos de outros casos, sem mencionar nomes. Também escutou e apoiou as atitudes positivas dos moradores e encaminhou para outras instituições. A4 entrou em duas das quatro casas e em uma loja. Na primeira visita, comentou que o antigo dono daquele prédio tinha sido expulso; hoje em dia as pessoas moravam lá de favor e havia vários casos complicados. Chamou a moradora com quem queria falar, que desceu a escada e veio acompanhada de um homem que a ACS não conhecia. O

homem assumiu uma posição de resolver o problema e estava tentando conseguir a vaga na escola. Ficamos todo o tempo conversando na rua. Numa outra visita, a agente explica que a moradora havia ido ao Posto; a enfermeira havia entendido que a mesma já não morava na Vila do João e questionou se ela continuaria seu tratamento lá. Pelo comentário, parece que se havia criado um pequeno mal estar que A4 procurou contornar.

Ao visitar D. Beatriz, a agente de saúde A7 se interessa por sua história, que mostra já conhecer, e me explica que a moradora tem dificuldade em ir ao médico, porque não tem quem a leve. Dona Beatriz fala sobre suas dores e conta que já fez exame de sangue duas vezes no Posto de Saúde, mas não recebeu o resultado porque perderam seu prontuário. Diz que não quer mais fazer exame no Posto e prefere esperar para fazer particular. A agente de saúde diz que vai verificar no Posto e pedir que a médica faça uma visita domiciliar a ela. Numa das casas em que entrou, A7 comentou que a criança que estava brincando no chão era sua prima. Nesta casa, de início a ACS verificou uma pendência com relação a um remédio; depois a conversa girou em torno da educação de crianças e programas de TV (a televisão estava ligada).

Com relação às duas agentes de saúde que saíram da Unidade com o propósito de entregar o “Remédio em Casa”, observamos que a conversa girou em torno do remédio e elas não entraram na casa dos moradores. Uma delas se sentou num degrau da escada, pediu a receita, documento de identidade e anotou tudo numa ficha. No momento em que estávamos fazendo esta entrega, chegou outra vizinha, que ouviu a voz de A9, disse que já estava ficando sem remédio e estava esperando que chegasse sua caixa. A ACS confirmou que trouxera seu remédio e pediu-lhe que buscasse seus documentos. Esta segunda senhora devolveu uma parte de remédios que estavam sobrando da caixa anterior, pois a médica diminuía a quantidade de medicamento. Quando ainda estávamos paradas na escada, uma menina de uns três anos subiu chorando, de mãos dadas com uma senhora de cabelos brancos. A agente de saúde mostrou conhecer o caso e procurou mediar a situação entre a menina e a senhora.

A outra agente de saúde que fez as visitas para entregar as caixas de remédio não demonstrou interação com os moradores visitados. Na primeira visita, a agente chamou um senhor que custou a atender. Uma vizinha disse que ele estava em casa, mas a ACS já estava pensando em ir embora quando eu o vi. Ele veio atender, recebeu o remédio, buscou seu cartão de consulta e a agente anotou. Ficamos todo o tempo na rua. O senhor disse que sua esposa queria falar com a ACS, mas ela disse que voltaria mais tarde. Em

outra casa, uma senhora nos atendeu no portão e disse que gostaria que a agente conseguisse uma consulta para ela. A10 disse que ela teria que ir ao Posto, tentar uma desistência. Ao sair comentou que a senhora era nojenta, porque havia ido ao Posto e dito que nunca recebia visita domiciliar. A agente havia pegado sua ficha para mostrar que sempre visitava essa senhora.

As **opiniões das agentes de saúde sobre as famílias visitadas** foram: “casos sérios, cabeludos e difíceis, só caso brabo”, mas ao mesmo tempo: “As pessoas me atendem bem. É tudo legalzinho”. Outra ACS se refere às famílias visitadas como: “caso complicado, ali é uma bagunça, caso cabeludo”. Já A7, ao sairmos de uma visita, comenta que a senhora estava muito abandonada e acabada. Diz que ela estava mais acabada que sua mãe, que na verdade parece ser sua filha. Em uma outra visita, comenta que o casal é alegre e adora conversar. Diz também que é difícil fazer muitas visitas porque diversas vezes as pessoas querem ficar conversando.

Da observação participante realizada nessas visitas, cabe ainda destacar: os casos de **solidariedade entre os moradores; a solidariedade das ACS com os moradores e os casos de violência** com que entrei em contato. Ao sair de uma visita, A9 conta que a menina perdeu a mãe, que tinha 15 anos, e morreu de um tiro que levou quando estava no Piscinão de Ramos. A criança ficou com a avó, que trabalhava na casa de uma família, e os vizinhos ajudavam tomando conta da criança. A avó da criança não pagava aos vizinhos para cuidar. Descemos as escadas e A9 me mostra a porta de um apartamento onde morava um senhor com problemas mentais. Contou que os vizinhos localizaram a família do senhor em Alagoas, avisaram que o homem estava mal, agressivo e tinha sido internado e a família veio buscá-lo. Ela também comenta que o apartamento parece ter novo morador; decerto a família nem conseguiu vender o apartamento, que talvez tenha sido invadido.

Ainda acompanhando a mesma agente de saúde, soubemos que acontecera um incêndio numa comunidade vizinha. A9 comenta que, se for ver o local do incêndio, provavelmente conhece quem perdeu a casa e vai se sentir na obrigação de ajudar. Chegamos ao local do incêndio, no qual quatro casas foram queimadas, e realmente a ACS conhecia o primeiro morador, que perdeu tudo. O rapaz estava chocado e sem rumo. Chegou a polícia com dois camburões e um carro. Havia muitos policiais andando pela rua armados. A9 descobre que seu filho mais novo estava lá olhando o incêndio e vai para casa, chamar a atenção da moça que deveria estar cuidando do menino e estava dormindo.

Alguns casos, fora das visitas domiciliares, me chamaram a atenção, como profissional que não mora na comunidade. Eles se inserem no eixo temático CONTEXTO e têm a ver com a violência, a solidariedade, a cultura e os hábitos de vida dos moradores.

**Violência.** Ainda que a violência tenha sido mencionada em várias ocasiões durante a pesquisa, a maior parte das referências era sobre a violência policial e a atuação dos bandidos. Um médico e uma das agentes de saúde mencionaram a violência intrafamiliar, sobretudo com relação às crianças, como uma característica comum aos moradores, o que é abordado no item 1.4. Nas observações a seguir relato situações de violência contra a criança que fazem parte do cotidiano da comunidade.

- Passando na rua, em frente à escola, escutei uma professora gritando com uma criança: “Este banheiro deve ser muito cheiroso mesmo! Os meninos ficam meia hora aí dentro”.
- Eu estava na escola quando ouvi uma mãe, que foi chamada à escola por causa de mau comportamento do filho, dizer a ele: “Eu tomei um monte de remédios, mas você é tão ruim que veio ao mundo! Você é uma peste, uma praga! Bate na cara, em vez de bater na professora!”.
- Em uma reunião na creche, com as educadoras, o tema era violência. As educadoras contam que desde cedo a violência está presente e que notam isso já no berçário, no comportamento das criancinhas. Falam da violência verbal, quando as mães xingam “seu burro”, “seu desgraçado”; da agressão corporal, quando a mãe agride o filho ou as mães que exigem que a criança responda à violência de uma criança também com atos violentos. Nesta creche havia também caso de abuso sexual de uma criança de quatro anos pelo pai.
- Entrei na escola, a professora aos gritos, acho que com a voz impostada, briga com um menino e uma menina; ameaça, só não bate porque não pode. Manda chamar a mãe dos dois no dia seguinte. Os dois tinham brigado, mas a atitude da professora é de mais briga. Por acaso a mãe do menino tinha ido buscá-lo e entra. Humilde, diz para a professora que quando ela quiser brigar com o filho, pode. A professora se acalma, muda de tom, se explica, até diz que o menino é bom aluno.

- Outra professora fala com dois meninos de uns seis anos para não saírem de trás da porta até ela mandar. “Só podem sair do castigo quando eu decidir”.

**O espírito de luta** tinha sido abordado pelo médico quando falou das características comuns entre os moradores da favela. Ilustro este espírito de luta com o caso de um jovem que, apesar de todas as adversidades, procura realizar seu sonho de estudar na universidade e a batalha de um pré-adolescente para se manter vivo e ser reconhecido na sua própria existência. Este também é um tipo de violência, nutrida pelos obstáculos que as próprias condições de vida impõem aos moradores da favela.

- Lúcio foi bem classificado no Enem e ganhou bolsa de estudos para a Faculdade Estácio de Sá, mas teve dois problemas: 1º O comprovante não chegou pelo correio, conforme deveria ter acontecido. 2º Não conseguiu imprimir o comprovante pela internet porque seu CPF aparecia como inválido, apesar de na página da Secretaria de Receita Federal constar como válido. A mãe de Lúcio estava com câncer, sem poder ajudar, e o pai com erisipela. Mais tarde, Lúcio passa no vestibular para a UERJ, mas como sua escola deu uma declaração de conclusão de curso em vez do certificado, o segurança sequer deixou que Lúcio subisse para fazer a pré-matrícula.
- Kewin acha que tem 11 anos. Nunca teve documentos, nunca estudou, sua mãe é doente mental. Chega ao Posto com fortes dores de barriga e médica pede internação, mas Kewin não tem quem o acompanhe, porque foi expulso de casa pelo padrasto. Vivia na rua, na própria Vila do João, ou às vezes ficava numa casa aberta a todo tipo de gente. O padrasto acusa Kewin de andar em más companhias e roubar. O caso foi comunicado ao Conselho Tutelar, que dias mais tarde pede que levemos Kewin para lá. Ele aceitou ir para o abrigo e justificou: “já estou cansado dessa vida”. Várias semanas depois encontro o irmão de Kewin, que me pede para ser internado no abrigo também. A casa onde morava tinha um só cômodo para aproximadamente nove pessoas, péssimas condições de higiene, ventilação, iluminação e, além disso, o menino trabalhava para o padrasto. Como não pude interná-lo, semanas mais tarde o próprio Kewin foge do abrigo e leva o irmão para lá. Numa visita posterior ao

abrigo, pergunto o que lhe parece aquele lugar em comparação à vida que estava levando antes. Kewin me responde: “De uma coisa eu tenho certeza, aqui eu ainda estou vivo. Lá talvez eu já tivesse morrido”. Kewin também descobriu que tinha 13 anos, mas seis meses depois ainda não tinha nenhum documento por questões burocráticas e seu desejo de estudar tinha que se limitar a um estudo informal.

**Solidariedade:** Também procuro ilustrar esta característica mencionada antes com casos que acompanhei como assistente social, em que pessoas são de certa forma adotadas por outras, que nem sempre têm condições de vida muito melhores.

- Antônio, um rapaz de 17 anos, com síndrome de down, morava com sua mãe de 63 anos, numa casa própria. Na noite de Natal, um carro aparentemente roubado, entrou correndo na comunidade e atropelou a senhora, que morreu. Antes de morrer, ela pediu para avisar seu irmão, que na verdade não fora presente na vida do rapaz. Antônio foi acolhido por Dona Denise, que já havia feito faxina na casa dele, e morava na mesma comunidade. Fui avisada pela agente de saúde para comparecer à antiga casa de Antônio, onde se encontrava o casal de tios do rapaz, que já tinha 70 anos e estava em pânico com a possibilidade de ter que ficar com ele. Achavam que eu iria obrigá-los a cuidar de Antônio. A senhora dizia que sua vida ia acabar, já que ambos eram doentes, e chorava o tempo todo. Dona Denise já tinha três filhos que criava sozinha, um dos quais tinha síndrome de down; só que ele tinha evoluído muito melhor do que Antônio: falava, ajudava em casa, interagia, enquanto Antônio não falava, usava fraldas e era muito dependente. Visitei Dona Denise que estava tranqüila cuidando de Antônio e disse que cuidaria do menino enquanto necessário, mas que não poderia ficar com ele, nem se ganhasse uma pensão. Os tios, quando foram à casa, recolheram todos os documentos da casa, inclusive o passe livre de Antônio e sua certidão de nascimento. O caso foi encaminhado ao Conselho Tutelar. Os tios não moravam em favela, tinham carro e uma situação financeira aparentemente melhor, ainda que modesta. A situação financeira de Antônio não era ruim, já que a casa em que havia morado com sua mãe era própria e poderia ser alugada. Além disso, ele tinha direito à

aposentadoria que sua mãe recebia antes de morrer. Os tios não queriam ficar com o menino, mas queriam receber o dinheiro a que ele tinha direito e repassá-lo a Dona Denise. É lógico que o juiz não concordou com isso; então os tios tentaram levar Antônio um fim de semana para sua casa, mas já no segundo dia, devolveram o rapaz para Dona Denise, que apesar de ter dito no início que não ficaria com ele, acabou ficando com sua tutela.

- Irene veio há um ano e meio do interior de São Paulo, com o marido e a filha de três anos. A agente de saúde me levou para esta visita domiciliar porque Irene sofre agressão do marido, que também ameaçou sair de casa no dia seguinte. Irene fez exame preventivo de câncer, o resultado foi NIC III e sua cirurgia estava marcada para dentro de cinco dias. Vive em condições econômicas muito precárias. Não tem com quem deixar a filha e solicita vaga na creche. Diante da gravidade da situação, foi conseguida uma vaga na creche da comunidade e uma vizinha se ofereceu buscar criança na creche e ficar com ela de noite durante a internação de Irene.
- Eliane veio do Nordeste com sua mãe. Tem 45 anos, mas nunca teve certidão de nascimento. Tem problema de saúde mental, já esteve internada, cata material reciclável. Sua mãe morreu e seu pai voltou para o Nordeste com um irmão que também tem problema mental. O pai deixou Eliane no Rio para “cuidar” da casa. Sua prima, que mora numa comunidade vizinha e foi visitada, não quer ajudar Eliane a ir embora, porque acha que a casa pode ser invadida. Eliane é apoiada por uma vizinha de 70 anos que perdeu um filho há pouco tempo. Come e muitas vezes dorme na casa desta vizinha.

**Gravidez na adolescência.** Entre os profissionais de saúde que trabalham com adolescentes é comum abordar o tema dos métodos anticoncepcionais visando informar aos adolescentes uma forma de evitar a gravidez, além de prevenir as doenças sexualmente transmissíveis. Relato duas situações em que o desejo de engravidar é a tônica e a gravidez na adolescência não é percebida como um problema indesejado.

- Na sala de espera do Conselho Tutelar, uma mulher de 30 anos comentava que lutou para tirar suas filhas do abrigo porque ela queria educar suas filhas, mesmo com dificuldades. Agora, o que mais a

orgulhava era ter um neto de oito meses de sua filha de 14 anos. Dizia que tinha torcido para sua filha engravidar, pois só assim a menina iria parar quieta. Falou que teve sorte com o genro que é trabalhador, carrega caixas, trabalha pesado!

- Uma enfermeira comenta que foi procurada por uma menina de 13 anos para saber o que fazer para engravidar, porque as amigas já tinham neném e ela não conseguia. Mais tarde, andando pela favela, vi um grupo de cinco meninas de aproximadamente 13 ou 14 anos, cada uma com um neném, inclusive aquela sobre a qual a enfermeira tinha falado.

### **Situações relacionadas com o tráfico**

- Diálogo entre um grupo de “meninos” do tráfico num beco. O primeiro diz: “A gente aqui é TCP”. O outro comenta: “A gente não, nós é TCP!”.
- Uma pessoa da comunidade comenta que quando um morador precisa de ajuda financeira dos “meninos”, tem que ir no meio da noite ao encontro do chefe para fazer o pedido.
- O motorista comentava comigo que só tinha sabido de venda de pessoas na época da escravidão, mas que agora a polícia fazia pior. Pega um traficante e tenta vendê-lo a sua facção por uma quantia de dinheiro. Se a facção não quiser dar a quantia pedida, a polícia oferece o traficante capturado à facção inimiga, que o compra para se “divertir” com ele.

## IV DISCUSSÃO

No capítulo anterior apresentei os dados oriundos de diferentes procedimentos de coleta realizados em dois contextos históricos de desenvolvimento do trabalho da UBS estudada. A memória documental continha registros institucionais anteriores ao projeto desta pesquisa (relatórios, projetos, trabalhos científicos e fichas de acompanhamento) cujos conteúdos foram analisados na perspectiva de sua contribuição para o entendimento da mediação de saberes realizada pelos ACS. As entrevistas seguiram um roteiro elaborado de forma específica para este estudo e foram sua principal fonte de informação, enquanto a observação participante foi um procedimento complementar.

Neste capítulo procuro relacionar o material coletado por meio dos diferentes procedimentos entre si e com o referencial teórico, para afinal discuti-lo na busca de resposta à questão central desta pesquisa: **Como se dá a mediação entre o conhecimento tecnocientífico e o conhecimento popular vivenciados pelos agentes de saúde em seu processo de trabalho?**

As informações referentes ao contexto da experiência estudada indicam uma realidade como a mencionada por Gilberto Velho<sup>23</sup>, em que a maioria da população vive em condições de desvantagem no acesso a oportunidades se comparada a outros setores de uma sociedade altamente diferenciada e desigual. E é esta desigualdade que fundamenta a necessidade de indivíduos que façam o papel de mediadores entre diferentes experiências, saberes, condições e estilos de vida; mediadores estes que lidam com vários códigos por viverem diferentes papéis sociais.

De acordo com Mendonça<sup>10</sup> o pertencimento à comunidade é uma forma de garantir a vinculação com a população local. Todos os entrevistados reconhecem que a identificação do agente de saúde com os moradores facilita a mediação e o diálogo entre ambos.

Na abordagem do tema mediação, Duarte<sup>70</sup> aponta a reconstrução permanente de uma sociedade moderna ocidental, dividida em segmentos tais como: erudito e popular, Zona Sul e Zona Norte, asfalto e morro, cidade e sertão, sendo que uma das metades é sempre hierarquicamente superior à outra. Uma das questões levantada pelo autor e ligada à qualidade da mediação é: Como se dá a capilaridade entre os dois pólos da “grande divisão?”.

Neste estudo os principais segmentos mediados são: a população residente na Maré, em seus diferentes estratos, e os profissionais do sistema local de saúde. A

mediação é realizada pelos agentes, em sua condição simultânea de moradores e profissionais de saúde.

Procurei identificar, nas práticas mediadoras dos ACS e nos seus discursos, características que possibilitassem a aplicação da tipologia de mediação abordada na Introdução (p.4) deste trabalho, na qual me refiro à mediação convencedora, à mediação reprodutora e à transformadora. Lembro que para a construção desta tipologia tomei como referência a contribuição de Luckesi<sup>17</sup>, apresentada nos Referenciais Teóricos (p.24). Reconheço a possibilidade de existirem várias lógicas nas mediações feitas por uma mesma pessoa. Retomo a seguir a tipologia de mediação, no sentido de facilitar a discussão dos resultados encontrados:

- **Mediação convencedora**, por meio da qual se busca transmitir ou repassar informação sobre atitudes e comportamentos considerados corretos, retificando os desvios existentes. Sua atuação se dá como algo “externo” e seu papel é o de integrar harmonicamente os indivíduos no todo social já existente, corrigindo seus desvios.
- **Mediação reprodutora**, por meio da qual se pretende viabilizar a reprodução da força de trabalho nas suas dimensões biológicas e culturais, visando a perpetuação da sociedade. A necessidade da sociedade de reproduzir-se para perenizar-se pode justificar uma educação vertical e autoritária. No caso da saúde, o medo da morte ou as conseqüências do não cumprimento da prescrição podem ser as argumentações deste tipo de mediação.
- **Mediação transformadora**, na qual se enfatiza a transformação da sociedade numa perspectiva democrática. A educação é uma instância dialética que media esta transformação. Uma mediação deste tipo contribui para novas práticas em saúde, abertas ao reconhecimento da existência de diferentes saberes sobre a saúde, sejam eles médicos ou não médicos, que fazem parte da vida.

Para fundamentar a discussão elaborei um quadro retomando as categorias prévias definidas no Capítulo II, relacionando-as ao contexto e a cada eixo temático, no intuito de entendê-los sob um determinado ângulo. Foram ainda acrescentadas duas categorias que emergiram do trabalho de campo, principalmente na fala dos entrevistados, que são: Solidariedade e Espírito de Luta. Em cada coluna do quadro foram colocadas as idéias chaves correspondentes a um tipo de procedimento de coleta,

sendo que na coluna referente às entrevistas coloquei também uma expressão-chave sintetizada a fim de ilustrar a discussão. Estas expressões que se encontram em itálico no conteúdo da discussão correspondem à síntese da fala de um dos entrevistados na qual procurei manter a forma de expressão original. Visando exemplificar o caminho percorrido, encontra-se abaixo o quadro de fundamentação sem preenchimento e no Anexo IX uma parte deste mesmo quadro já preenchido, somente para o eixo Modelo de Atenção.

**Quadro 2 - Categorias, Eixos temáticos e Idéias Centrais por tipo de procedimento de coleta.**

1. **Categoria** [1. Risco, 2. Violência, 3. Pobreza, 4. Educação, 5. Família, 6. Solidariedade, 7. Espírito de Luta]
- 1.1. **Contexto e Eixos** [1.2. Modelo de Atenção, 1.3. Atribuições, 1.4. Formação, 1.5. Mediação]

Relatórios, Projetos	Fichas de Acompanhamento	Entrevistas – expressão síntese	Observação Participante

A organização das informações por categorias prévias e categorias emergentes possibilitou um melhor entendimento do contexto e de cada eixo delimitador do objeto de estudo. Assim, por exemplo, a categoria risco, que no projeto de pesquisa foi entendida como categoria de classificação e priorização do trabalho em saúde, foi ampliada, abrangendo também situações que fazem parte do contexto do grupo social estudado e afetam a dinâmica de trabalho e de vida dos profissionais e da população.

A partir da classificação realizada no Quadro 2, procurei discutir os achados à luz do quadro teórico de referência do projeto inicial e de novos referenciais decorrentes da reflexão sobre esses achados. Este capítulo está dividido em três segmentos:

1. **Contexto:** no qual discuto a informação sobre a sociedade tal como é percebida pelos entrevistados, relatada nos documentos analisados e por

mim observada, em confronto com referenciais teóricos consultados para esta discussão.

2. **Sistema local de Saúde:** neste segmento são discutidas as informações referentes aos eixos temáticos Modelo de Atenção, Perfil profissional/Atribuições dos ACS e Formação. Agrupei a discussão dos primeiros eixos temáticos, buscando caracterizar o conteúdo da mediação realizada pelos agentes de saúde, deixando por último a discussão sobre a formação necessária para realizar esta mediação.
3. **A forma de mediação:** segmento no qual procuro discutir e oferecer respostas à questão central deste estudo.

### 1. Contexto

As informações referentes ao contexto institucional foram relatadas de forma ampla no item Universo da Pesquisa (Capítulo II), bem como no item referente à memória documental (Capítulo III). Cabe destacar neste contexto a marca da violência, que motivou o fechamento da Unidade no início da década de 1990, dificultou a lotação de funcionários públicos para o local e motivou a terceirização do Projeto. A violência justificou também o afastamento da orientação técnica, que deveria ser realizada pela CAP 3.1. interferindo no modelo de atenção implantado. O fato de a oferta de serviços no local não ter sofrido interrupção devido à violência nos leva a questionar a descontinuidade da supervisão, que deveria ser realizada pela coordenação de área, e a refletir sobre a relação entre o sistema local de saúde e o poder municipal.

Ao mesmo tempo analisamos o contexto social mais amplo, apontando para a importância do espírito de luta da população da área, a qual lutou pela reabertura da Unidade de Saúde, por meio das Associações de Moradores, do Conselho Distrital e do grupo de mulheres organizadas no GAVJ (Grupo de Amigos da Vila do João), com o auxílio da solidariedade de agentes de saúde, que trabalharam voluntariamente para preservar aquele espaço. O esforço local também se refletiu na busca de doações e na recuperação de equipamentos que viabilizassem a reabertura da Unidade em 2000.

No que se refere às condições e possibilidades de vida da população, as informações mais gerais encontram-se no item Universo da Pesquisa, no Capítulo II. Procurei no material coletado informações mais específicas sobre o contexto onde se desenvolveu esta pesquisa, incluindo a percepção e as vivências dos profissionais de saúde, sobretudo dos ACS.

Estas condições apareceram nas respostas dos entrevistados à pergunta sobre a caracterização da Maré como favela ou bairro. Os resultados indicam não haver unanimidade. Vários critérios foram usados para expressar este entendimento, tais como: a existência ou a falta de recursos e infra-estrutura; o tipo de comportamento; o tipo de moradia; a presença da violência; a frequência à educação escolar.

Mesmo não havendo unanimidade quanto à identificação da Maré como bairro ou favela, fica claro que o entendimento do espaço como bairro decorre, em grande parte, de características consideradas positivas, tais como: a existência de comércio desenvolvido, saneamento básico, ruas asfaltadas, moradias construídas segundo um planejamento urbano. Já a classificação do espaço como favela se deve, em grande parte, a aspectos negativos, tais como: a violência, a pobreza, problemas na educação formal e o comportamento dos moradores. As ACS entrevistadas mencionam o sentimento de injustiça e discriminação quando se referem ao fato de serem igualadas a outros moradores que têm problemas ou à forma como os moradores são abordados pela polícia. No entanto, ao longo das entrevistas são citadas características positivas atribuídas ao local e que não se encontram “lá fora”, como a união, a solidariedade entre os moradores e o espírito de luta.

Na literatura específica consultada sobre as características peculiares a bairros e favelas encontrei critérios variados. A presença de uma conotação negativa na caracterização das favelas é, no entanto, citada por vários autores. Segundo Lago<sup>71</sup>, a representação de favela como o lugar da criminalidade, exposta hoje em dia ao público através da mídia, “gerou uma contra-fala” por parte dos moradores, que utilizam o termo “comunidade” para designar seu local de moradia.

Burgos<sup>72</sup> afirma que a conotação negativa com relação à favela vai sendo construída em oposição ao que caracteriza modernamente a cidade, tal como: a urbanidade, a higiene, a ética do trabalho, o progresso e a civilidade. Outras características deste território mencionadas em seu artigo são: a existência de uma ordem jurídica singular, com autoridades informais locais, que muitas das vezes se transformam em representantes do poder público junto à população das favelas; a presença de um comércio local desenvolvido, resultante da presença de um mercado consumidor interessante; e a violência, expressa nos confrontos entre as gangues de traficantes, entre estas com a política, na estigmatização dos moradores (pela polícia e pela mídia).

No que se refere à oposição favela-bairro, Ribeiro e Lago<sup>73</sup> comentam que desde o início do século XX as favelas têm sido representadas como pertencentes a um mundo social e cultural diferente do mundo da cidade, identificado pela carência e pela desorganização. Consideram que:

“A análise da situação das favelas perante a dos bairros sugere a existência de importante divisão no espaço social da cidade do Rio de Janeiro. A oposição favela/bairro parece ser a expressão espacial das notórias desigualdades que marcam a sociedade brasileira, já que concentra os segmentos sociais que apresentam maiores desvantagens no acesso às oportunidades: os mais jovens, os não-brancos e os de baixa escolaridade”. (p. 152)

As idéias centrais sobre a influência das condições e possibilidades de vida da população no processo saúde-doença indicam que, na percepção das ACS, múltiplos fatores interferem neste processo, extrapolando, portanto o conceito de risco como resultado de opções individuais. Com esta observação não quero ainda me referir à forma de mediação realizada pelas agentes, mas apenas apontar que as informações referentes ao contexto trazem à tona o conceito de vulnerabilidade de massa abordado por Castel<sup>74</sup> no qual ela é resultado da precarização das relações de trabalho e das proteções correlatas, expressando um *déficit de integração* com relação ao trabalho, à moradia, à educação, à cultura, etc. (p.41).

As informações referentes ao contexto de vida da população são classificadas nas categorias: Risco; Violência; Pobreza; Educação; e Família. Elas abordam as suscetibilidades resultantes de um conjunto de fatores não só individuais, mas, sobretudo coletivos e contextuais que apontam para sua vulnerabilidade social. Por outro lado, a Solidariedade e o Espírito de Luta referem-se a estratégias de vida adotadas pelos moradores no enfrentamento de seus problemas. De acordo com o comentário feito antes, estas duas categorias emergentes aparecem como valores positivos, que caracterizam o contexto local em contraposição a um espaço exterior, um “lá fora”, onde as entrevistadas entendem não haver a mesma solidariedade, união, espírito de luta.

Embora todos os entrevistados reconheçam que há uma estratificação econômica entre a população da Maré, referindo-se à existência de famílias com boas condições de moradia, emprego e educação, esta não é a realidade da maioria. Em relação às pessoas

que têm boas condições econômicas, é feita a ressalva de que, de maneira geral, esta situação é fruto de trabalho honesto; além disso, mesmo tendo condições de morar fora da Maré, muitas vezes estas pessoas preferem permanecer ali, por terem menores gastos com moradia (condomínio, IPTU, taxa de incêndio e outras) e transporte, devido à maior proximidade do trabalho.

Os agentes de saúde consideram sua situação entre razoável e boa quando comparada a outras famílias da área. Esta avaliação com certeza leva em consideração o fato de estarem empregadas, com carteira assinada e, portanto desfrutarem de direitos laborais, além de receberem um salário um pouco acima do mínimo nacional. Stotz<sup>75</sup> (p.56) comenta que a partir de 1940, quando o salário mínimo foi regulamentado e implementado no Brasil, a linha de pobreza passou oficialmente a ser definida em termos desse nível. Aponta também a constante diminuição do emprego formal, com carteira assinada, o que torna este segmento minoritário entre os trabalhadores.

Informações do Censo Maré<sup>57</sup> indicam que das três comunidades pertencentes à área de abrangência da UBS estudada, a Vila do João possui os piores índices quanto à percentagem de crianças entre sete e 14 anos fora da escola, trabalho infantil e analfabetismo entre maiores de 14 anos. Esta diferença entre as três comunidades aparece também no discurso de uma das enfermeiras ao abordar as condições de moradia, que considera serem piores na Vila do João, onde há famílias numerosas que moram aglomeradas e várias famílias que alugam cômodos com banheiros coletivos, que são utilizados por todos. As condições de vida precárias e as dificuldades financeiras mencionadas pelos agentes de saúde em várias fichas de acompanhamento são relacionadas à situação de saúde de várias famílias, sendo apontadas como causa de desnutrição, depressão, hanseníase e verminose. Corroborando a explicação de Telles<sup>64</sup>, o desemprego é indicado por várias agentes de saúde como uma das principais causas da pobreza.

Nestas circunstâncias, muitas famílias recorrem aos programas assistenciais como o Cheque Cidadão, o Bolsa Família, cestas básicas, que além de não produzirem direitos de cidadania, são entendidos por duas das ACS como um fator de acomodação.

A pobreza é ainda mencionada como um dos fatores que ocasiona a entrada de jovens para o tráfico devido à sedução do consumo:

*A criança faz 14 anos, 12 anos, vê outra limpinha, direitinha, com a roupinha, com a bicicleta, vê que em casa não tem, vai pro tráfico, que o tráfico dá. A mãe deixa, porque uma criança de dez anos, 12*

*anos, teria como a mãe mandar sair. Se a mãe não quiser e pedir ajuda, até eles mesmos, da cabeça torta, da pá virada, vão ajudar.*

[A9]

Em pesquisa realizada pelo Observatório de Favelas<sup>76</sup>, a situação de pobreza também é mencionada como fazendo parte do contexto dos adolescentes e jovens entrevistados: “Os pais, em sua maioria, têm baixo nível de escolaridade e vínculos de trabalho muito precários”. (p.57).

O risco como categoria de priorização do trabalho em saúde é mencionado na observação participante, quando relato que todas as agentes de saúde saíram para realizar as visitas domiciliares com seu roteiro já definido. Os critérios utilizados foram: moradores com problemas de saúde; a necessidade de entrega do “remédio em casa” e o problema de uma moradora na relação com a UBS, mas também foram priorizadas as visitas a moradores com problemas sociais. Nos outros procedimentos de coleta são mencionados riscos mais relacionados à violência e à situação de pobreza da população. Tanto na análise dos resultados da observação participante como na análise dos demais resultados, fica claro o conhecimento que os agentes de saúde têm do risco advindo da violência local, o que pode ser exemplificado pelo seguinte relato:

*Tem famílias que eu entro e sento, tem outras que eu não posso. Chego na porta e pergunto: “E aí, tudo bem? Tá precisando de alguma coisa?” Eu sei que aquilo ali é um vespeiro.* [A6]

A violência é mencionada principalmente em relação ao contexto, sendo percebida como uma ameaça constante na vida da população e uma influência direta nas condições de trabalho da equipe de saúde. Nos relatórios e na observação participante é mencionado o fato de as portarias dos edifícios quase sempre permanecerem fechadas, em decorrência da violência existente na área. Esta atitude dos moradores dificulta o acesso dos ACS aos apartamentos. Outras conseqüências mencionadas foram: a dificuldade de contratação de funcionários para trabalharem nesta área; a opressão sentida pela população, que se manifesta pelo silêncio sobre este assunto; a depressão e a incorporação do ciclo de violência na vida de famílias.

Nas entrevistas foram abordadas as formas específicas que a violência assume em bairros e em comunidades onde vivem populações mais pobres:

*Lá fora, nos bairros, eles [os bandidos] vão buscar mais o dinheiro, vão buscar meios pra poder sobreviver aqui dentro. Aqui dentro, aí já*

*é com o Estado [a polícia] e as forças interiores mesmo [os bandidos] um contra o outro. [A5]*

Outras agentes de saúde referem-se à violência policial, que além de discriminar os moradores, tratando todos como se fossem envolvidos com o tráfico, irrompe nas casas sem nenhuma autorização oficial.

*Uma das piores coisas daqui é a forma dos policiais abordarem, porque em classe média ou alta, eles pra entrarem numa casa, precisam de autorização judicial. Aqui no caso na favela, eles metem o pé e entram. [A8]*

A violência acaba se entranhando também no tecido social, o que é abordado por vários entrevistados e se reflete no discurso de um dos médicos, o qual relata a contradição existente entre a “grande capacidade afetiva com os filhos” dos pais e a dificuldade dos mesmos em lidar com a autonomia da criança na medida em que ela vai crescendo, o que acaba resultando em agressões à criança.

No que se refere à categoria família, aparece nos projetos e relatórios um conceito de família construído pela equipe de saúde com base na realidade local. Foi considerada família aquelas pessoas que viviam sob o mesmo teto, usavam o mesmo fogão e compartilhavam a renda.

Nas demais fontes de informação (entrevistas e fichas de acompanhamento) relacionam-se as famílias matrifocais e extensas (mulheres com muitos filhos), em situações de vulnerabilidade social. Na pesquisa realizada pelo Observatório de Favelas<sup>76</sup> com 230 crianças, adolescentes e jovens atuando na rede do tráfico de drogas no varejo, no Rio de Janeiro, verifica-se que:

*“no contexto estudado predominam famílias monoparentais, matrifocais e extensas, aspecto diretamente relacionado ao processo de feminização da pobreza no Brasil. Este fenômeno tem provocado uma maior vulnerabilidade econômica nas famílias, já que ainda são grandes as dificuldades enfrentadas pelas mulheres no mercado de trabalho, tanto em termos de acesso como na luta pela igualdade de rendimentos.” (p.13).*

Na mesma pesquisa<sup>76</sup> (p. 56), a família é indicada como o bem mais importante na vida de 89,1% dos entrevistados; isto reforça o entendimento sobre a importância da questão familiar como elemento fundamental no trabalho com aqueles jovens. Também no nosso estudo, a família é tomada como um parâmetro na avaliação da relação das

agentes de saúde com os moradores. Em vários momentos as agentes de saúde se referem a sua boa relação com a população como uma relação de família. Nas visitas domiciliares também pude observar que a abordagem das agentes de saúde é feita com relação a toda a família.

Uma situação muitas vezes relatada nas entrevistas, nas fichas de acompanhamento e também por mim observada é o abandono de idosos, cuja atenção é mediada pelo ACS junto a seus familiares. Também é freqüente a gravidez na adolescência, para a qual a agente de saúde dedica uma atenção especial. De acordo com a observação participante, muitas vezes a gravidez, além de não ser evitada pelas adolescentes, é na realidade desejada, o que é contraditório com o trabalho de difundir o planejamento familiar realizado pelos profissionais de saúde. Chama a atenção o caso em que a gravidez é percebida pela mãe da adolescente como uma forma de a jovem “sossegar”. Duas agentes de saúde mencionam a acomodação ao sofrimento como um comportamento transmitido pela família, num discurso que incorpora uma visão fatalista ao direcionamento da vida destes moradores.

Na observação participante pude constatar que as condições e situações de vida das famílias são conhecidas pelos ACS e este conhecimento é utilizado para se estabelecerem prioridades para a realização de visitas domiciliares. A maioria dos casos acompanhados era considerada difícil, cabeluda, braba.

Diante das dificuldades enfrentadas, a solidariedade é mencionada como um comportamento comum entre os moradores, tanto nas fichas de acompanhamento como nas entrevistas, que também pude confirmar na observação participante por meio de vários casos acompanhados. A solidariedade é vista como uma característica local que não é observada nos bairros:

*Isso aí lá fora a gente já não vê. A gente vê cada um fechado nas suas casas com medo até de fazer amizade com os vizinhos. [A1]*

A solidariedade é apontada também pelos profissionais de nível superior, chegando mesmo a emocionar um dos médicos, que antecede sua fala por um longo silêncio (p. 105).

O espírito de luta é outra característica comportamental presente no material empírico coletado. Na apresentação dos resultados da observação participante, por exemplo, relato o caso de Lúcio, um jovem que procura vencer todas as barreiras para poder realizar seu sonho de estudar na Universidade e o de Kewin, morador de rua na própria Maré, cuja mãe é doente mental, que nunca teve certidão de nascimento, e luta

pela sua sobrevivência e pela de seu irmão (p. 168). No discurso de uma das agentes de saúde existe o reconhecimento de que o morador da Maré é um “resistente”, pelo fato de lutar contra as adversidades da vida.

No quadro referente à categoria educação, foram abordados principalmente aspectos da educação formal. Os agentes se referiram às dificuldades de vida que implicam na baixa escolaridade da população, mencionando como exemplo a necessidade de tomar conta de outros irmãos ou de ajudar à mãe no trabalho, o que dificultaria a frequência da criança à escola.

A estas dificuldades somam-se aquelas ocasionadas pelo próprio sistema de ensino, que são mencionadas nas fichas de acompanhamento. Ao analisar os motivos que levaram 93% dos adolescentes e jovens entrevistados pelo Observatório de Favelas<sup>76</sup> a deixar a escola, a pesquisa aponta que “os principais argumentos remetem ao sentido penoso e opressor do âmbito educativo e à necessidade de investir em outras atividades que gerassem uma retribuição econômica imediata”. (p.14).

Segundo o Censo Maré<sup>57</sup> 2000, (p. 46), 94% das crianças em idade de sete a 14 anos do bairro estavam matriculadas na escola, percentual que se aproxima da taxa geral de ingresso no sistema de ensino fundamental no Brasil, que alcança 94,9%. No entanto, ao pesquisar o perfil das crianças que permaneciam fora da escola, o Observatório Social da Maré, citado no Censo Maré, observou que existiam fatores decorrentes da condição de vulnerabilidade social das famílias em questão, tais como: desemprego dos pais, ingresso precoce de crianças no trabalho, conflitos familiares e determinadas doenças que afetavam um ou mais membros da família.

No que se refere ao ensino médio, em 2003 é mencionada a existência de três escolas, sendo que nenhuma se situa na área de abrangência da UBS estudada. Destas escolas, uma funciona nos três turnos com o Ensino Médio, as outras duas oferecem este ensino apenas no turno da noite.

Esta situação é vista como resultado de um preconceito social, como se pode constatar na expressão de uma das ACS: *A favela, pra sociedade, ela só tem pessoas sem estudo, né?* [A7]. Na realidade, há muita dificuldade para a população continuar os estudos, inclusive no que se refere ao ensino universitário. Segundo os dados da Pesquisa socioeconômica em comunidades de baixa renda citada por Jailson e Silva<sup>77</sup>, 62% dos jovens moradores de 53 favelas da cidade do Rio de Janeiro não completaram o ensino fundamental e apenas 1% tem 12 anos ou mais de estudo. A desigualdade fica mais evidente ao se comparar estes dados com as informações da Pesquisa Nacional por

Amostra de Domicílio (PNAD), citada pelo mesmo autor, segundo a qual 38% dos jovens não concluíram o ensino fundamental e 12% têm 12 ou mais anos de estudo.

No que se refere à educação informal, são mencionados alguns hábitos negativos como jogar lixo nas ruas, deixar as crianças sujas, jogadas na rua, hábitos que, para os moradores, se aproximam do conceito de favela; no entanto, é ressaltado que estes são hábitos de uma minoria.

## **2. Sistema Local de Saúde - O que é mediado e formação para a mediação**

Nos referenciais teóricos desta pesquisa, abordei a proposta que está presente em todos os documentos oficiais e em grande parte da literatura a respeito da Estratégia de Saúde da Família, de reorientação do modelo de Atenção Básica e do estabelecimento de uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde. A reorientação busca substituir o modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e “hospitalocêntrico”, por um outro modelo, cujas principais características são: o enfoque sobre a família a partir de seu ambiente físico e social, como unidade de ação; a adscrição de clientela por meio da definição do território de abrangência da equipe; estruturação de equipe multiprofissional; a ação preventiva em saúde; a detecção de necessidades da população ao invés da ênfase na demanda espontânea; a atuação intersetorial com vistas à promoção da saúde. Comento também os questionamentos a este “discurso mudancista” entre os quais menciono: a normatividade da proposta do PSF; a mitificação do médico generalista; a falta de garantia na mudança do modelo “médicocentrado”, e a lenta resposta das instituições de formação de profissionais com um novo perfil.

A experiência estudada se refere a uma Unidade Básica de Saúde com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, portanto suas características são diferentes do PSF. Não foi encontrada nenhuma diretriz de reorientação do funcionamento da Unidade de Saúde à qual os ACS estão vinculados na literatura revisada. Alguns dos questionamentos antes mencionados não se aplicam ao caso estudado, por se tratar de uma Unidade de Saúde com médicos das três especialidades básicas (pediatria, clínica médica e ginecologia). Mesmo assim, por ser uma Unidade onde foi implantado o PACS, entendo que também sejam esperadas mudanças no modelo que constam nos documentos referentes a este programa.

As informações coletadas por meio dos diferentes procedimentos permitem identificar questões referentes à reorientação pretendida. Como a Unidade de Saúde

estudada passou por diferentes momentos, considero que a proposta de mudança de modelo assistencial deve ser analisada em relação ao primeiro momento, no qual o esforço da equipe e da própria CAP tinha este objetivo.

No início deste capítulo, afirmei que os ACS fazem a mediação entre o sistema local de saúde e as necessidades e demandas de saúde da população. Ao sistematizar os achados da pesquisa, constatei que esta mediação é feita em relação a:

- Informações sobre as condições de vida da população que são disponibilizadas aos demais profissionais e servem de referência para a própria atuação do ACS;
- Acesso dos moradores aos serviços de saúde e outros serviços;
- Funcionamento do serviço local;
- Trabalho educativo, incluindo a percepção das necessidades da população e/ou disponibilizando informações biomédicas para os moradores.
- Situações que extrapolam a temática específica da saúde.

### **Mediação das informações sobre condições de vida**

A inserção do ACS na comunidade e as visitas domiciliares realizadas possibilitam à equipe abordar a família a partir de seu ambiente físico e social, assim como detectar as necessidades da população.

Confirmei o conhecimento que os agentes de saúde têm em relação às condições e situações de vida das famílias na minha observação participante, tanto durante o caminho como também durante as próprias visitas domiciliares.

No entanto, algumas ACS afirmam que os médicos nem sempre utilizam a informação disponibilizada por elas como referência para seus atendimentos.

Na expressão de um dos médicos entrevistados, uma das razões para a limitação na troca de conhecimentos com os ACS é a falta de oportunidades que viabilizem esta relação, entendida por eles como necessária.

“A gente fica confinado naquele consultório e a nossa relação com os outros profissionais é uma relação bastante limitada”. [M2]

A valorização do conhecimento do agente de saúde sobre o contexto e a situação de vida das famílias é mencionada pelo mesmo médico como uma contribuição ao seu

atendimento. Cita como exemplo as ocasiões em que o preparo anterior à consulta é realizado pelo agente de saúde, apesar de esta não ser sua função:

*Se o agente tá preparando e ele vem me trazer o caso, ele em geral traz o caso já falando um pouco da situação familiar. Mesmo que ele não conheça, mas ele ali já percebe, ele tem um olhar que é um olhar que extrapola o técnico. [M2]*

De maneira geral, os agentes de saúde consideraram que sua atenção às situações de risco na comunidade é permanente:

*Meu papel é estar de olho todos os dias, enquanto profissional de saúde. É um sentinela, vamos dizer assim. [A5]*

O risco é entendido nesta experiência como uma categoria de classificação e priorização do trabalho em saúde; isto pode ser constatado pelo sistema de triagem implantado na UBS estudada, para organizar a demanda espontânea em substituição ao atendimento por ordem de chegada, utilizado pelas demais Unidades de Saúde da área. Ao mesmo tempo, o risco é também utilizado pelas agentes de saúde como critério na priorização de visitas, ainda que exista a consciência da necessidade de visitar domicílios que parecem não apresentar nenhum problema. A importância destas visitas se justifica pelo fato de que nem todos os riscos podem ser detectados à primeira vista, como é o caso das doenças sexualmente transmissíveis, da violência doméstica e a “baixa auto-estima”.

Nas fichas de acompanhamento e nas entrevistas são relatadas situações de vulnerabilidade que são monitoradas e apoiadas pelos agentes de saúde, tais como: violência doméstica; problemas de desenvolvimento infantil; mediação entre idosos e familiares; questões como a própria localização do endereço em que a pessoa mora e a busca de recursos para a sobrevivência de moradores. São monitorados também problemas específicos da saúde como casos de hanseníase, tuberculose, gravidez sem pré-natal.

Ao relatarem nas fichas de acompanhamento aspectos das condições de vida da população relacionados aos problemas de saúde, as agentes de saúde demonstram ter uma concepção de risco que inclui fatores não específicos da saúde; este foi o tema de uma formação específica na qual se discutiu o risco a partir das observações dos ACS.

Nas entrevistas e nas fichas de acompanhamento pude constatar a abordagem integral feita por uma ACS, que observa desde a higiene e a ventilação no domicílio, até a existência de animais e a situação econômica da família. Uma das enfermeiras

questiona esta atitude como uma possível interferência do Estado na vida da população, na medida em que existe um controle sanitário sobre a família. Por outro lado, pude observar nas visitas domiciliares em que acompanhei as ACS, a satisfação da maioria dos moradores em recebê-las.

### **Mediação do acesso dos moradores aos serviços**

A “super-heroização” do agente de saúde mencionada por Tomaz<sup>27</sup> não se refere somente às expectativas institucionais que, segundo este autor, atribuem a este profissional o papel de ser a “mola propulsora da consolidação do SUS”. Também as expectativas da população são enormes, como foi mencionado nos depoimentos das entrevistadas; uma delas, em tom de brincadeira, revela que os moradores pensam que ela seja a “salvadora da pátria”. A principal expectativa dos moradores é a facilitação do acesso ao serviço de saúde.

*Orientação no primeiro momento não é isso que eles procuram não. Eles querem o número para atendimento médico. [A5]*

Esta expectativa vai além do sistema local de saúde, incluindo as referências para serviços de maior complexidade, o que muitas vezes provoca na agente um sentimento de fracasso, quando não logra realizar esta mediação.

Os moradores esperam também que os ACS tenham informações biomédicas e nas entrevistas realizadas fica claro que o agente de saúde procura se informar para corresponder a esta expectativa.

Para o morador, o agente de saúde representa ainda a possibilidade de um primeiro atendimento imediato, já que o acesso aos demais profissionais pode demandar um período de tempo maior.

A demanda por serviços de saúde superior à oferta e fatores organizativos do próprio serviço dificultam o acesso dos moradores ao serviço; as reclamações decorrentes destas dificuldades são enfrentadas de diferentes formas pelos agentes de saúde:

*Quando eu não consigo ajudar, eu falo: ‘Infelizmente não deu por causa disso, disso. Não tive condições.’ E o morador diz: ‘Tudo bem, eu vi o teu esforço, tua boa vontade, né?’ [A8]*

*Se eu chegar lá e não levar a resposta, nossa, naquela casa eu nem vou mais. [A9]*

Uma das agentes de saúde prefere falar diretamente com o morador sobre as dificuldades encontradas e diz ser entendida por eles, enquanto a outra fica temerosa da reação do morador e procura se desculpar pelo insucesso na mediação, assumindo de certa forma a responsabilidade da instituição.

### **Mediação do funcionamento do serviço local**

A visita domiciliar aparece neste estudo como a principal atividade realizada pelos agentes de saúde, mesmo que o modelo implantado na Unidade de Saúde estudada demonstre valorizar outras atividades educativas de cunho coletivo.

Assim como no estudo feito em Porto Alegre<sup>24</sup>, também no caso desta pesquisa verifica-se que o grande número de famílias sob a responsabilidade de um só agente de saúde dificulta o acompanhamento destas famílias. Na divisão de micro-área para cada ACS não se conseguiu manter o número de famílias por agente de acordo com as normas do PACS. Este número foi sempre superior, de início devido ao pequeno número de agentes de saúde, e depois por causa do desvio de vários agentes das suas funções. A equipe entendia que não era possível deixar de atender uma determinada área, mesmo que com isso os ACS ficassem sobrecarregados. Na medida em que a equipe e a própria Unidade estavam situadas dentro da comunidade era impossível excluir um grupo do atendimento. A área de abrangência da Unidade foi definida como sendo o Conjunto Esperança, o Conjunto Pinheiro e a Vila do João e as visitas domiciliares eram feitas apenas nesta área. No entanto, mesmo havendo uma adscrição de clientela, existia uma demanda espontânea de moradores de outras áreas que também era atendida.

A família como unidade de análise e de atenção é mencionada nas várias fontes consultadas. Na organização inicial do serviço, a equipe buscou um consenso sobre o conceito de família tendo como base as situações relatadas pelos agentes de saúde. Os prontuários dos membros das famílias foram mantidos juntos, a fim de possibilitar sua análise como grupo. No entanto, na prática as consultas médicas continuaram sendo individuais e somente o PACS trabalhou com a Unidade Familiar, tanto em relação às informações registradas nas fichas como nas visitas feitas ao domicílio.

Na Unidade de Saúde estudada, a visita domiciliar do médico foi acordada desde o início de seu funcionamento e esta era uma inovação em relação ao modelo de atenção das Unidades de Saúde tradicionais. A indicação de casos que necessitavam de visita domiciliar do médico partia em geral da agente de saúde e esta necessidade era avaliada

pela enfermeira supervisora. As visitas eram sempre acompanhadas pelos agentes de saúde da área.

Entre as mediações realizadas pelos agentes foram mencionadas: a identificação de riscos para a saúde na comunidade, a facilitação tanto da adesão do morador ao tratamento como da comunicação entre os profissionais de nível superior e os moradores.

De maneira geral as agentes de saúde entrevistadas afirmaram que os moradores as abordavam para solicitar informações sobre o Posto ou sobre outros serviços de saúde em vários lugares da comunidade e em qualquer horário. Esta abordagem provoca sentimentos contraditórios: prazer pelo reconhecimento da população: “Eu acho muito legal e gratificante quando as crianças dizem: ‘Ih, lá vai a tia do Posto’” [A4] e desgaste pela sobrecarga de trabalho.

Nas fichas de acompanhamento e nos relatórios é mencionada a falta de recursos básicos na Unidade de Saúde, tais como material para curativos, medicamentos e outros, o que interfere no tratamento da população. Este fato é agravado pela pobreza da própria família, que muitas vezes não dispõe de recursos para comprar remédios. Este tipo de situação acaba afetando o trabalho de toda a equipe, mas, segundo uma entrevistada, angustia, sobretudo, o agente de saúde. Ao mesmo tempo, pelas fichas de acompanhamento pude observar a persistência e o espírito de luta da população em busca do atendimento de suas necessidades.

Uma atribuição que surge da prática do agente de saúde é a de ouvidor do próprio serviço ao qual está vinculado; isto lhe possibilita contribuir na avaliação do trabalho, desde que exista um espaço para a exteriorização de suas observações. Durante a observação participante acompanhei dois casos em que os moradores fizeram queixas sobre o Posto de Saúde para as ACS.

*Quando o agente de saúde faz um trabalho bem feito, ele acaba descobrindo a maneira como o trabalho é feito na Unidade, tipo avaliação. Os clientes se queixam quando são mal atendidos e o agente de saúde fica com cara de tacho. [E1]*

Na Maré a entrega do remédio em casa (Programa Remédio em Casa) é cumprida porque o agente de saúde executa esta tarefa. A empresa contratada para realizar a entrega leva a pilha de pacotes de remédio para o Posto de Saúde, de onde os agentes saem para fazer a entrega nas casas. Oficialmente se recomenda que a entrega do remédio sirva de oportunidade para que a agente de saúde realize uma visita àquela

família. No entanto, na observação participante em que acompanhei duas ACS que saíram da Unidade com este objetivo, verifiquei que ambas fizeram apenas a entrega dos remédios; o tema da conversa girou em torno de hipertensão, diabetes e consultas e as ACS não entraram nos domicílios.

A realização de tarefas fora de suas funções, como a de auxiliar de enfermagem e as atividades burocráticas foi mencionada por várias entrevistadas; algumas ACS gostam destas atividades e sentem que servem de aprendizado, outras se sentem fora de função. A justificativa oficial para este desvio de função é a grande diminuição de funcionários administrativos e de auxiliares de enfermagem no convênio assinado entre a SMS-RJ e a Unimar em 2004.

Por último, é importante mencionar o depoimento da enfermeira que expressa a indignação dos agentes de saúde, os quais muitas vezes são culpabilizados por outros profissionais devido a situações que acontecem na UBS. Esta situação pode ser fruto de um preconceito, considerando que dentre os profissionais da área de saúde, o ACS é aquele que recebe o menor salário, não lhe era exigida formação profissional ao ingressar no trabalho e é o único da equipe de saúde que deve ser um morador da área.

*Os ACS se queixam demais sobre o desrespeito. Tudo que acontece de ruim é culpa do agente de saúde. [E1]*

De acordo com minha experiência nesta e em outras equipes de saúde da família, apesar de a população e a maioria dos profissionais reconhecerem a importância do papel do ACS como mediador, existem duas contradições fundamentais:

- O salário do agente de saúde é o mais baixo da área técnica da equipe, quase a metade do salário do auxiliar de enfermagem, que também não necessita ter o ensino médio;
- O fato de o ACS ser obrigado a desempenhar grande parte das funções burocráticas, inclusive a de auxiliar de enfermagem quando necessário, de certa forma pode ser interpretado como uma desvalorização de suas atribuições específicas.

### **Mediação do trabalho educativo**

Devido à prioridade que o enfoque educativo assumiu na experiência estudada, vários registros do material empírico (documentos, entrevistas) foram classificados na categoria Educação. Entendo que se pode falar em educação popular, ainda que o conhecimento teórico da educação popular não fosse generalizado na equipe. O

processo de trabalho procurou se nortear pelos princípios da educação popular, ao reconhecer a importância da história da população e buscar a participação de todos na elaboração e no desenvolvimento do projeto da própria UBS. No item 3, em que abordo a forma de mediação presente no trabalho dos ACS, aponto a ambigüidade existente nas diferentes abordagens do processo educativo, que pode ser encontrada também no trabalho dos demais profissionais de saúde.

Os trabalhos educativos realizados em creches, escolas e nos logradouros da comunidade foram uma constante nos primeiros anos. Também foram levados para as praças procedimentos de rotina efetuados dentro da Unidade, com o intuito de se estabelecer uma aproximação e intercâmbio com a população. O tema educação popular foi discutido em algumas oportunidades com a equipe, levando-a ao entendimento de que cada contato com a população poderia ser uma oportunidade educativa. Neste sentido, a recepção na portaria da Unidade, a busca de faltosos no domicílio, as avaliações periódicas e as consultas coletivas eram consideradas como atividades educativas. A concepção da educação como um processo continuado também está presente na fala de algumas ACS.

A inserção dos médicos neste processo foi mais restrita, em parte devido à falta de disponibilidade da maioria dos profissionais, que se limitavam a cumprir o atendimento ao número de consultas estipulado. Por outro lado, existia uma cobrança da própria população e dos demais profissionais de saúde, que esperavam do médico o atendimento aos doentes. Esta situação se deve, em parte, à discrepância entre a demanda e a oferta de consultas e também corresponde ao modelo tradicional de atenção, predominante na prática dos profissionais de saúde.

Houve consenso entre os entrevistados quanto ao reconhecimento da dificuldade, sobretudo dos médicos, em se comunicar com a população, o que justificaria a necessidade de uma “tradução” feita pelo agente de saúde. Foram citados exemplos em que o morador pede ao agente de saúde explicações que haviam sido dadas antes pelos médicos, mas não foram entendidas.

Uma das ACS interpreta esta atitude dos médicos como uma falta de reconhecimento da capacidade da população em entender o conhecimento científico; segundo sua interpretação, esta postura corresponde a uma concepção de educação.

*Tem ‘n’ vezes que a gente chega no consultório, o cara fala um monte de coisas que a gente não entende, sai de lá não entendendo nada do que você tem. E eu acho que por trás disso também tem um discurso*

*né? Tá implícito aí que o cara tá dizendo que você não entende nada, por isso ele não te falou de um outro jeito. [A5]*

Nesta expressão podem ser identificadas características da concepção chamada por Paulo Freire<sup>46</sup> (p.67) de “educação bancária”, em que a transmissão de conhecimentos é feita de forma unilateral, partindo do saber técnico, hierarquicamente superior, sem levar em conta o saber popular.

As ações coletivas e educativas são mencionadas nos documentos oficiais como fazendo parte das atribuições dos agentes de saúde, mas na realidade não existe uma cobrança oficial sobre este tipo de trabalho, já que a ênfase da avaliação se volta para a produtividade baseada em ações individuais e para os indicadores de saúde registrados no Siab (Sistema de Informação da Atenção Básica). Os agentes de saúde reconhecem que estas atividades fazem parte de suas atribuições e nas entrevistas foram mencionadas as “salas de espera”, grupos de adolescentes e peças de teatro. Segundo o depoimento de algumas agentes, estas atividades eram mais freqüentes no início do trabalho na UBS estudada.

Um dos fatores que dificulta o desenvolvimento de atividades educativas é a sobrecarga de trabalho do ACS, com tarefas burocráticas que fazem parte das suas atribuições, e o desvio de função, que era freqüente na experiência estudada, devido à falta de pessoal administrativo e auxiliar.

*Olha, infelizmente o nosso trabalho agora tá muito burocrático, muito. Antigamente a gente tinha que se preocupar mais assim com a família. Hoje em dia a gente tem que dividir: preocupar com a família e se preocupar também com a burocracia. Uma família que você visita tem que anotar em três lugares diferentes. [A8]*

*Na verdade o agente comunitário, pelo menos onde eu trabalho, ela é pra tudo. Se, por exemplo, o médico falta, todos os clientes que estavam com consulta marcada, a agente de saúde é que tem que ir na casa dele para remarcar. Como é que o ACS vai fazer trabalho com os grupos da comunidade? Ela não tem tempo. [E1]*

Apesar de o desvio de função ser decorrente de uma sobrecarga no trabalho assistencial, ele é fruto também de uma falta de entendimento sobre a importância da função do ACS, uma vez que esta priorização das atividades assistenciais e burocráticas implica num deslocamento para segundo plano das atribuições dos agentes de saúde.

## **Mediação de situações que extrapolam a temática específica da saúde**

Na literatura, além do papel do ACS como mediador entre o serviço e a comunidade e entre diferentes saberes, Nogueira *et al.*<sup>11</sup> apontam a facilitação do acesso aos direitos de cidadania de modo geral como uma das vertentes da mediação. As informações encontradas no material coletado revelam que o conteúdo da mediação se define de acordo não só com as orientações fornecidas pela instituição, mas também com a realidade encontrada pela agente de saúde durante o desenvolvimento de seu trabalho.

*O agente de saúde tem que ter uma abrangência maior de conhecimento, inclusive porque ele lida com todos os problemas das famílias, seja problema de saúde, seja problema de falta de recursos na educação, relações familiares, e eles têm que, de alguma maneira, participar disso. [E1]*

A escolha dos assuntos a serem abordados na visita domiciliar depende também da prioridade estabelecida pelo agente. Por exemplo, a ACS 8 procura falar sobre estratégias de enfrentamento das dificuldades da vida, sobretudo encorajando o morador a vencer os problemas:

*Eu procuro sempre falar sobre a importância da auto-estima. Que a pessoa sempre se esforce para passar pelas barreiras. Às vezes as pessoas falam assim: ‘Ah porque na minha família todo mundo é pobrezinho, ninguém tem estudo, não tem nada’. Mas se chegou até você, você tem que mudar essa situação. [A8]*

Nas fichas de acompanhamento foram relatados casos de mediação de problemas dentro da própria família, como o da adolescente grávida que não conseguia contar sua situação para a mãe, os casos de abandono de idosos e também aqueles em que as agentes de saúde tiveram que acompanhar o morador em exames ou consultas devido à ausência de algum familiar.

O apoio emocional e psicológico é mencionado pela pesquisa de Levy *et al.*<sup>29</sup>. Sem dúvida este é um importante foco do trabalho do agente de saúde. Vários foram os depoimentos neste sentido:

*Às vezes esperam conversar, desabafar, isso acontece muito. ‘Ah, Dona Fulana, poxa, senta aqui que eu quero conversar um pouco com a senhora!’ Então às vezes eu deixo, eu faço só uma visita, entendeu?*

*Aí às vezes ali ela chora... eu deixo ela desabafar. Aí ela mesma fala: 'eu tou mais leve'. [A6]*

Na discussão sobre o perfil do ACS, Nogueira *et al.*<sup>11</sup> fazem referência ao seu papel como um trabalhador genérico, que não tem similar entre as profissões de saúde tradicionais, caracterizando-o como um trabalhador *sui generis*. No entanto, considero importante frisar que, mesmo abordando temas variados, que fazem parte da própria situação de vida com a qual o ACS se depara durante as visitas domiciliares, seu foco principal é a saúde, sobretudo se considerarmos que os fatores que incidem sobre o processo saúde-doença são multicausais. Reforçam ainda seu papel como trabalhador de saúde por um lado, as expectativas da população, que reconhece no ACS um mediador do acesso a este serviço e por outro, a própria orientação e a cobrança feitas pelas instituições de saúde sobre seu trabalho.

### **Formação para a mediação**

Procurei conhecer, do ponto de vista das próprias agentes de saúde e da equipe com a qual trabalham, qual era a formação profissional considerada necessária para a realização da mediação pelo agente de saúde. Foram encontradas referências à formação dos ACS nos relatórios, nos projetos e nas entrevistas, já que nos outros dois procedimentos de coleta não constavam anotações sobre o tema.

A escolarização necessária para exercer a profissão é um tema polêmico; antes de julho de 2002, para que o ACS fosse contratado, era exigido apenas que soubesse ler e escrever. Com a aprovação da Lei 10.507, que criou a profissão do ACS, passou a ser exigido o ensino fundamental; em 2004, no Referencial Curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde<sup>30</sup> está previsto que para cursar sua última etapa o ACS deve estar cursando ou já haver terminado o Ensino Médio.

Na perspectiva dos agentes de saúde, sete consideraram que a formação mínima a ser exigida para o ACS deveria ser o ensino fundamental completo, mas ao mesmo tempo, três agentes de saúde externaram a opinião de que o bom desempenho profissional independe de certa forma do nível de escolarização.

Por outro lado, a educação permanente foi considerada fundamental, tanto por agentes de saúde como pelos profissionais de nível superior. Uma das agentes de saúde exemplifica a importância da educação permanente falando das mudanças ocorridas no aprazamento das vacinas e no próprio conhecimento científico, o que implica na disposição permanente para o aprendizado.

*Porque a gente nunca sabe de tudo, não é que nunca pode dizer, é que nunca sabe mesmo, porque a saúde, ela muda, a cada momento ela muda. [A8]*

Durante as entrevistas foram dados vários depoimentos citando a importância da formação relacionada com a prática do ACS.

Na experiência estudada, a formação do primeiro grupo de agentes de saúde foi iniciada ainda antes de sua contratação pela equipe da CAP 3.1. O treinamento introdutório na perspectiva da estratégia de saúde da família só foi realizado em 2001, pelo Pólo de Capacitação em Saúde da Família da UERJ. Deste treinamento participei junto com a enfermeira supervisora do PACS, mas independente deste treinamento oficial, a equipe organizou logo no primeiro mês de trabalho uma oficina fundamentada nos princípios da educação popular. Todos os temas foram abordados a partir da situação local, sendo problematizados por meio de uma reflexão conjunta da equipe. A oficina se estendeu por dois meses, durante os quais foi iniciado o trabalho de campo, tendo sido complementada por um estágio prático em Unidades de Saúde de referência.

Como foi mencionado no Capítulo III, o investimento realizado na educação permanente da equipe foi grande durante o período analisado (1998-2002). Além das oportunidades educativas no próprio trabalho, como por exemplo, as avaliações e reuniões de equipe; também houve diversas atividades que aconteceram em parceria com outras instituições.

O conceito de risco e a sistematização das informações foram os pontos centrais de uma das oficinas realizada em parceria com o Elos/Ensp, UERJ e UFRJ. Como foi abordado no referencial teórico, a identificação do risco é a primeira das ações sugeridas ao agente de saúde no documento: “O trabalho do agente comunitário de saúde”<sup>7</sup>. Neste sentido foi entendido como um conceito chave na sua capacitação. Uma das enfermeiras também destaca a importância da formação relacionada a este tema:

*O ACS , se estiver preparado, identifica riscos que ele discute com o enfermeiro. Se não estiver preparado, ele não vai ver nada. [E1]*

Por meio do trabalho educativo procurou-se sistematizar a experiência dos próprios agentes de saúde, retomando os formulários e fichas preenchidas no sentido de construir um conceito do risco que apoiasse a priorização de suas ações. Esta foi também uma oportunidade, para todos os participantes, de vivenciar a construção coletiva do conhecimento.

Segundo Nunes *et al.*<sup>2</sup> existe uma grande valorização por parte dos agentes de saúde dos conteúdos e práticas relacionados à biomedicina, o que poderia distanciá-los da valorização do conhecimento popular que lhes é genuíno. Várias entrevistadas também discutem esta questão. Por um lado, existe o reconhecimento da necessidade do conhecimento biomédico, tanto por parte dos agentes de saúde como do pessoal de nível superior. A argumentação se apóia na necessidade de se ter este tipo de conhecimento para poder identificar, prevenir e orientar determinadas alterações de saúde. Por outro lado, uma das enfermeiras afirma que a valorização do conhecimento popular e da cultura local não é inerente ao morador da comunidade. Lembra a estratificação existente dentro da própria comunidade e o fato de que nem todos falam a mesma linguagem. Neste sentido, a valorização do conhecimento popular também precisa fazer parte da formação. São apontados ainda outros conhecimentos que precisam integrar a formação do ACS, como por exemplo: metodologia de educação, ética, relações humanas. A importância da formação ética é sustentada pelo fato de o agente de saúde ser vizinho das pessoas a quem visita e saber de informações que podem ser sigilosas.

Como foi mencionado nos Referenciais Teóricos, Silva & Dalmaso<sup>26</sup> apontam a importância da flexibilidade nos processos e metodologias de preparação de pessoal devido às diferenças de contexto em que a estratégia de saúde da família é implantada. Os autores destacam, ainda, a importância da supervisão para a manutenção da qualidade. Uma das ACS entrevistadas exemplifica esta diferença, ao afirmar que no Rio de Janeiro as ACS deveriam estudar os temas drogas e violência.

Na Unidade de Saúde estudada, nenhuma das agentes de saúde havia participado do curso técnico de formação de ACS e entre os entrevistados não havia clareza com relação aos resultados esperados. Na expressão de uma das agentes, sua função como ACS já era conhecida, mas como técnico agente de saúde não estava claro se haveria outras funções.

Os resultados encontrados no material analisado reiteram o entendimento de Mendonça<sup>10</sup> no que se refere à complexidade e à diversidade de conhecimentos que transcendem o campo da saúde e necessitam ser abordados no processo de formação dos agentes de saúde. Alguns desses conhecimentos foram apontados nos resultados da pesquisa, mas, considero importante preservar um espaço para as temáticas referentes ao contexto no qual a equipe trabalha. Na medida em que a educação popular não seja só um tema que faz parte do currículo do agente, mas sim a metodologia que conduza o processo de formação, todo o processo educacional terá como base o contexto de vida

da população. Até mesmo temas como ética, cultura e outros mencionados pelos entrevistados farão parte da vivência da equipe que necessita ser aprofundada.

### **3. A forma de mediação presente no processo de trabalho dos ACS**

Deixei a discussão sobre a forma de mediação para o final deste capítulo, por ser este o eixo central da pesquisa que, portanto, contribui mais para responder à questão formulada no início.

Encontrei várias formas de realizar esta mediação entre as nove entrevistadas. A meu ver, este fato está relacionado às diversas formas de reconhecer o conhecimento popular. Segundo Valla<sup>49</sup>, ao oferecer o seu saber para a população, o profissional manifesta o entendimento de que o saber popular é insuficiente e, portanto, inferior, quando na realidade é apenas diferente.

Em vários casos existem contradições no discurso de uma mesma pessoa, como, por exemplo, no da agente de saúde A2. Ela fala de troca de conhecimentos, mas ao citar o conhecimento do morador parece não valorizá-lo como positivo. Por outro lado, ao falar sobre sua prática, indica haver uma transmissão de seu conhecimento numa posição vertical, bem como a expectativa de uma aceitação tranqüila:

*Então a gente como profissional vai lá na casa do morador pra poder escutar, a gente vai lá pra ajudar, ensinar como estar prevenindo a doença. A gente não vai lá pra ensinar tudo. A gente leva um pouco sim do que a gente sabe, mas a gente aprende muito também.* [A2]

Ao mencionar o conhecimento existente entre os moradores, diz:

*Bom, na minha área lá é assim: sentiu uma dor de cabeça, toma logo dipirona; sentiu dor de barriga, ou faz um chazinho de broto de goiaba ou fala logo que é verme, aí assim eles vão indo. Lá eles gostam muito de tomar remédio do jeito que eles acham. Aí o vizinho fala, ‘ah eu tomei esse remédio, toma você também’.* [A2]

A conquista da confiança do morador favorece, neste caso, a construção de um espaço para “chamar a atenção”:

*Porque eu não vou chegar assim na casa e falar: ‘Ó, varre a sua casa, que está suja!’ No outro dia a mulher não deixa eu nem passar na porta. Mas quando a gente vai pegando intimidade, aí a gente já é praticamente parte da casa. Chego lá ela quer me dar café, aí eu já posso falar. Já sei que se eu dizer assim: ‘Olha, essa criança está*

*descalça, bota chinelo nela. Ó, vai lavar a mão, tua unha está suja, não põe na boca', aí a mãe já não esquento de estar falando. [A2]*

Sobre o conhecimento abordado com os moradores menciona: o tratamento da água, o cuidado com a dengue, o exame preventivo, auto-exame de mamas. No entanto, reconhece que às vezes não adianta falar, porque se o morador não acredita nestes conhecimentos ela não consegue convencer. De qualquer forma, ela diz tentar e comenta:

*Eles podem às vezes assim fingir que vai fazer. Mas eles prestam bastante atenção, aceitam tranquilos numa boa. Agora quando eu saio de lá, se eles vão fazer o que eu falei, aí não dá pra saber. [A2]*

Outra ACS entende o processo de educação como transmissão de saber; neste caso a agente de saúde manifesta a opinião de que o outro não tem conhecimento:

*Eu me considero um profissional de saúde à medida que eu passo as informações que me são passadas, pra orientar as pessoas, pra melhorar a saúde, informar o que elas precisam fazer, o como fazer, aonde se dirigir. Eu acho importante! [A1]*

Sobre o conhecimento da população, opina:

*Conhecimento de fato, eu acho que não tem. Tem muita gente curiosa e tem gente que se mete a médico. Tá com isso, toma isso; ele passou pra mim, toma pra você também. A gente escuta muito isso aqui. Aí a gente aconselha: ' não, não pode, o remédio que serve pra você não serve pra ele, você tem um organismo, ele tem outro'. [A1]*

Ao mesmo tempo, quando perguntada se achava que tinha aprendido alguma coisa com a população, esta agente de saúde afirmou que aprendera no dia a dia, com a experiência de vida que a população **passou** para ela, além de obter informações atualizadas sobre o funcionamento de serviços; diz ainda que seu filho havia ficado bom rapidinho da crise de bronquite com a utilização de plantas medicinais indicadas por uma moradora.

Por meio das fichas de acompanhamento foi possível detectar algumas características da mediação realizada pelos agentes de saúde. Por exemplo, no caso do Sr. Gilson, que estava com hanseníase, foi possível observar que o morador teve a liberdade com a ACS para manifestar sua vontade de abandonar o tratamento. Talvez esta atitude não fosse a mesma se ele estivesse conversando com outro profissional. Esta abertura do morador possibilitou à ACS argumentar, fundamentada no

conhecimento científico, para que ele não abandonasse o tratamento. Outras características mencionadas em várias fichas foram: o cuidado na abordagem de problemas graves, no sentido de não alarmar a família; a persistência no acompanhamento o que supõe uma responsabilidade com o resultado de seu trabalho e o processo de conquista da confiança dos moradores.

Segundo as agentes de saúde, as “estratégias” adotadas na mediação são aprendidas na sua própria experiência de trabalho. Algumas das “estratégias” mencionadas são: o diálogo; a importância de ouvir e mostrar interesse pelo problema do morador; entender a ação educativa como um processo, cujos resultados nem sempre são percebidos de imediato; compreender a situação do outro e saber aguardar o momento adequado para desenvolver seu trabalho. Estas “estratégias” podem ser utilizadas para as várias maneiras de realizar a mediação, mas de qualquer forma significam o reconhecimento de que não pode haver uma imposição.

Minha experiência durante o trabalho na Maré indica que mesmo os profissionais que vêm de fora da área são levados a entender que a imposição de regras, que muitas vezes existe em Unidades localizadas fora das comunidades, não pode acontecer da mesma forma numa Unidade situada dentro da comunidade. É como se o fato de estar no terreno do outro exigisse o respeito a sua cultura e a suas regras. O “respeito” pode ser fruto de um real interesse ou de uma abertura para o conhecimento do outro, mas pode também ser fruto do medo à violência, e neste sentido pode ser uma farsa, e pode ainda ser fruto de uma situação profissional, em que o empregador faz parte da comunidade local. Mesmo assim, existem variações, uma vez que a imposição de regras é menos viável nas visitas domiciliares, nas quais o profissional se desloca para o espaço do morador, e mais viável no consultório, onde, a portas fechadas, o poder do profissional é maior.

Uma mediação transformadora supõe, como vimos no capítulo referente à educação popular, o reconhecimento da existência de um saber prévio dos educandos, adquirido através de sua história de vida, de sua prática social e cultural. O reconhecimento da existência de diferentes saberes é abordado por diversos autores (Carvalho *et al.*<sup>38</sup>, Freire<sup>46</sup>, Vasconcelos<sup>44</sup>, Stotz<sup>48</sup>, Valla<sup>49</sup>, Santos<sup>52</sup>) e fundamenta a relação dialógica no processo de aprendizagem. Neste sentido, procurei conhecer, na perspectiva do ACS, quais os conhecimentos sobre saúde existentes entre a população. Foi possível encontrar uma resposta mais próxima a uma mediação transformadora no

discurso em que, além de reconhecer que todos têm um saber, a agente de saúde afirma partir dele para sua ampliação.

*Ah, nenhuma pessoa, nenhum morador não é totalmente indouto. Todo mundo tem um certo conhecimento. Uns têm pouco, outros têm menos ainda, outros têm mais, mas sempre alguém tem um certo conhecimento. E dentro daquele conhecimento que ele tem, aí a gente vai apenas abrindo o leque, apenas abrangendo. Vai trabalhando com eles próprios. [A8]*

Esta mesma agente de saúde afirma orientar seu trabalho a partir das necessidades detectadas no diálogo com o morador e exemplifica a lógica problematizadora no processo educativo.

*Eu aprendi que o agente tem que muitas das vezes ouvir mais do que falar, às vezes a pessoa tá precisando de uma palavra de ânimo, até mesmo fora da saúde. [A8]*

*Quando vejo a criança com corrimento no nariz, pergunto: ‘Ele está resfriado, tá com alergia?’ E a mãe diz: ‘Ah, tem um tempão que ele está assim.’ Aí vejo as condições da casa e com cuidado, pergunto: ‘De repente pode ser muita poeira, né?’ Aí a mãe diz: ‘Ah é, aqui tem muita poeira’. Aí a gente sempre dá uma orientação. [A8]*

Mesmo havendo práticas diferentes de mediação, nas visitas em que acompanhei os agentes de saúde pude observar a satisfação dos moradores em recebê-los, o que por outro lado também é motivo de satisfação para o agente. Todos os entrevistados expressaram esta mesma percepção e uma das ACS que fora contratada mais recentemente manifestou sua surpresa diante da boa receptividade da população:

*Tem casa que eu chego, aí a pessoa já vai abrindo a porta, já manda entrar, conversa, antes d’eu perguntar a pessoa já tá falando. Teve caso da primeira visita minha, quando eu bati na porta a pessoa já começou a falar, porque já conhecia o trabalho do agente. [A7]*

O material de estudo permitiu conhecer um contexto desafiador, marcado pela violência, pela pobreza e a falta de oportunidades para seus moradores, que exige solidariedade, espírito de luta e criatividade para enfrentar as adversidades. Nem todos têm as mesmas condições para este enfrentamento; alguns são capturados pelo ciclo de problemas, no qual o desemprego, a grande quantidade de filhos, o baixo nível escolar dificultam a superação da pobreza que, por sua vez, também dificulta a melhoria das

condições para enfrentar a vida. Estes moradores precisam, sobretudo, de uma voz de alento; esta é também a percepção dos agentes de saúde, que ao mesmo tempo em que priorizam em suas visitas aqueles moradores que se encontram entre os critérios de monitoramento do PACS, dedicam parte do seu tempo àqueles que precisam mais de seu apoio, e são os que se encontram em situação de maior vulnerabilidade.

O contexto desafiador, ao mesmo tempo em que provoca repulsa ou temor naqueles que se recusam a entrar, atrai e fascina os profissionais que procuram entendê-lo, aproveitando esta grande oportunidade de aprender e exercer a criatividade.

O modelo de atenção implantado nos primeiros anos teve como características a abertura para a aprendizagem coletiva; a união da equipe e o prazer em sentir-se participante de uma construção coletiva da UBS. Existia uma permeabilidade do serviço à mediação das agentes de saúde que eram sempre ouvidas pela equipe no que se refere às explicações sobre o contexto, às queixas, sugestões e necessidades da população. Além disso, participavam de um processo de educação que buscava o crescimento de toda a equipe. No entanto, a experiência foi frágil, por falta de apoio institucional e por não ter chegado a significar um fator de luta pela sua preservação por parte da população. Cabe lembrar que a gestão da Unidade era feita pela Associação de Moradores, responsável administrativa pelas mudanças que aconteceram. Por outro lado, a população não tinha outros meios de organização, espaço que poderia ter sido criado por meio de uma instância como um Conselho Gestor da Unidade.

O reconhecimento da população da mediação realizada pelo ACS está presente no discurso de vários entrevistados; este é um fator de legitimação deste profissional, para o qual as portas das casas são abertas, antes mesmo de ele se manifestar, e no qual muitos depositam sua confiança e revelam suas situações de vida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao buscar uma resposta à forma de mediação presente no trabalho desenvolvido pelas agentes comunitárias de saúde, tive a oportunidade de rever o processo de implantação e desenvolvimento da UBS da Vila do João, no qual estive empenhada por sete anos. Reconheci na própria gestão do serviço a presença dos princípios da educação popular, além do envolvimento e dedicação da equipe participante da etapa inicial (1998-2002), que por conta do desejo de garantir a qualidade do serviço, assumiu tarefas que extrapolavam suas funções.

Exemplos da incorporação dos princípios da educação popular são: o desenho do projeto inicial, que parte da história e da experiência locais, incorporando novos conhecimentos adquiridos no estudo de outras experiências e a criação de espaços coletivos de programação e avaliação das atividades da UBS.

Durante praticamente toda a minha vida profissional busquei implementar estes princípios, com os quais entrei em contato de início no Movimento de Educação de Base, onde fiz meu último estágio como estudante de Serviço Social, na década de 1970. Daí em diante, ao trabalhar com pescadores no norte fluminense, com o controle da erosão na zona rural do México e nos últimos 28 anos com a saúde da população na Nicarágua e no Rio de Janeiro, estes foram meus parâmetros de trabalho. Pelo fato de ter sempre atuado em serviços, talvez nem sempre tivesse a preocupação de explicitar meus referenciais teóricos e as metodologias empregadas. Com o doutorado tive a oportunidade de rever minha última experiência laboral.

Uma vez que o foco da pesquisa foi a mediação de saberes feita pelos agentes de saúde, pude perceber com mais clareza meu próprio papel de mediadora: filha de pais judeus alemães, meus filhos nasceram na Nicarágua, de pai chileno; minha infância e adolescência foram vividas na zona Sul do Rio de Janeiro. Fui presa política, passei 13 anos fora do Brasil, sendo 11 anos na Nicarágua, durante o governo sandinista em época de guerra. Trabalhar na Maré foi um novo desafio, pois entre minhas experiências não havia nenhuma em bairro popular com características de favela.

A escolha do tema de estudo se deu, por um lado, pela importância do tema Saúde da Família na política de saúde brasileira; por outro lado, pela identificação de uma potencialidade nos agentes de saúde para assumirem a posição de educadores populares, o que me levou à questão sobre a forma de mediação. Albuquerque & Stotz<sup>53</sup> apontam o potencial existente no PSF para o desenvolvimento da educação popular em saúde por ser esta a principal estratégia para a reorientação do modelo assistencial a

partir da atenção básica, a qual é o *lócus* em que prioritariamente devem ser desenvolvidas ações de educação em saúde. Considero que também o PACS tem esta potencialidade e durante o período do doutorado apresentei dois trabalhos em congressos que abordaram este tema, um intitulado “O agente comunitário como educador em saúde”<sup>67</sup> e o outro “PACS/PSF como ambiente favorável ao desenvolvimento da educação popular”<sup>78</sup>. Existem hoje em dia mais de 218 mil agentes de saúde, atuando em 5.291 municípios brasileiros; na medida que sua mediação seja transformadora, fortalece-se a construção de um sistema de saúde humanizado e a luta por uma sociedade mais justa. Considero importante destacar a necessidade de desenvolver este potencial, no sentido de que sua mediação tenha cada vez mais um cunho transformador.

O projeto de pesquisa, em seu formato inicial, havia sido pensado tendo como material empírico os documentos coletados entre 1998 e 2002. Com meu retorno ao Projeto de Saúde da Maré em 2004, abriu-se a possibilidade da realização de entrevistas e observação participante que enriqueceram o estudo, agregando a percepção dos ACS, dos outros profissionais da equipe e a minha própria percepção sistematizada.

A partir do exame de qualificação, ficou clara a necessidade de aprofundar a leitura sobre o método de análise dos resultados e neste sentido tomei como principais referências os autores Minayo<sup>55 e 56</sup> e Lefèvre & Lefèvre<sup>66</sup>. Como forma de abordagem no tratamento dos dados da pesquisa, o caminho escolhido foi o que Minayo<sup>56</sup> denomina a hermenêutica-dialética.

“Uma análise hermenêutico-dialética busca apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório. Portanto, levando em conta que os indivíduos vivendo determinada realidade pertencem a grupos, classes e segmentos diferentes, são condicionados por tal momento histórico e, por isso, podem ter simultaneamente interesses coletivos que os unem e interesses específicos que os distinguem e os contrapõe” (Minayo<sup>56</sup> p. 101).

A análise documental possibilitou a contextualização do material coletado, ao mesmo tempo em que apontou contradições no processo de trabalho e permitiu à pesquisadora colocar suas próprias concepções e sua inserção na experiência analisada.

Para a classificação e análise das informações segui os passos descritos na metodologia (p.52), mas em diversos momentos voltei à transcrição das entrevistas para enriquecer ou verificar as informações.

Apesar de não ter feito a construção do “Discurso do Sujeito Coletivo” (DSC) indicada por Lefèvre & Lefèvre<sup>66</sup>, senti a necessidade de construir “Expressões-Chaves Síntese”, que são apresentadas no capítulo IV e me possibilitaram manter as características do discurso individual, expor a idéia do entrevistado de forma sintética e organizada. Na construção desta “Expressão-Chave Síntese” procurei manter a idéia e o vocabulário do entrevistado, recortando idéias e palavras recorrentes e editando o texto da transcrição com palavras que facilitassem o entendimento da expressão.

Na discussão dos resultados senti a necessidade de acrescentar a leitura sobre as características e a diferenciação entre os conceitos de favela e bairro (Lago<sup>71</sup>, Burgos<sup>72</sup>, Ribeiro e Lago<sup>73</sup>) aprofundar as referências sobre mediação (Duarte<sup>70</sup>), o conceito de vulnerabilidade (Castel<sup>74</sup>) e pobreza (Stotz<sup>75</sup>). Durante o período em que elaborei a discussão dos resultados, presenciei a divulgação dos resultados de pesquisa do Observatório de Favelas<sup>76</sup> que, por conter informações relevantes, foram incorporados à discussão.

Para responder à pergunta inicial sobre a forma de mediação de conhecimento presente no processo de trabalho dos ACS, foi importante a leitura de Velho<sup>23</sup>, que fundamenta a necessidade da mediação na desigualdade existente numa sociedade em que a maioria da população vive em condições de desvantagem no acesso a oportunidades. Procurei também aprofundar minhas referências sobre pobreza (Stotz<sup>75</sup>), considerando ser este o pano de fundo e, ao mesmo tempo, o vetor de toda atuação das ACS. A percepção das agentes de saúde e dos demais profissionais entrevistados é que as famílias mais pobres são, de fato, aquelas que têm maior risco de adoecer; portanto a percepção de pobreza faz parte do olhar e da orientação da ação destes profissionais.

Nos referenciais teóricos relato a existência de unanimidade quanto ao papel mediador do agente de saúde, mas como aponta Duarte<sup>70</sup>, mediação supõe a existência de diferentes pólos; portanto cabe saber também se existe a dominância de algum pólo na mediação realizada pelo agente de saúde. Nesta pesquisa, os principais pólos mediados são: a população residente na Maré e os profissionais do sistema local de saúde.

Tendo como referência a classificação de Luckesi<sup>17</sup> para as concepções pedagógicas, construí uma tipologia de mediação considerando a dimensão pedagógica

presente no trabalho das agentes de saúde. Busquei caracterizar as diferentes formas de mediação: convencidora, reprodutora e transformadora e considero que esta tipologia foi fundamental na caracterização das práticas e discursos dos ACS apesar do entendimento, desde o início de sua formulação, da possibilidade de existência de várias lógicas de mediação feitas por uma mesma pessoa.

Para a discussão dos resultados elaborei um quadro retomando as categorias prévias definidas no Capítulo II (risco, violência, pobreza, educação e família) e acrescentei duas categorias que emergiram do trabalho de campo (solidariedade e espírito de luta). Este quadro possibilitou a organização das informações que haviam sido classificadas inicialmente no contexto e em cada eixo temático de acordo com categorias que permeiam o material coletado.

Como afirmei antes, os principais segmentos mediados pelos agentes de saúde são: a população residente na Maré em seus diferentes estratos, e os profissionais que conformam o sistema local de saúde. O conteúdo desta mediação abrange principalmente os conhecimentos sobre situação de saúde e condições de vida da população que são disponibilizadas aos demais profissionais; o conhecimento biomédico disponibilizado à população; a viabilização do acesso dos moradores aos serviços de saúde; a facilitação do funcionamento do serviço local de saúde e a promoção da cidadanização viabilizando o acesso da população a outros serviços e informações.

A forma como cada um exerce sua função mediadora é muitas vezes contraditória e depende em parte de opções individuais e em parte das cobranças institucionais. David<sup>4</sup> aborda esta ambigüidade vivenciada pelos ACS no que se refere à mediação de conhecimentos. Por um lado, devido a sua origem e experiência de vida, o agente se encontra imerso no conhecimento popular; por outro lado, pela sua formação e experiência profissional, incorpora o conhecimento científico.

Ao mesmo tempo em que:

- Existe a identificação e um sentimento de pertencimento (Mendonça<sup>10</sup>) dos ACS em relação à comunidade que ficou claro nas entrevistas e se fundamenta nas suas experiências de vida no mesmo contexto do restante da população;
- Existe confiança e reconhecimento dos moradores em relação ao ACS;
- Existe a cobrança do morador em relação ao ACS no sentido da resolução de seus problemas;

- Existe um compromisso da maioria dos ACS com o resultado do seu trabalho, o que pode ser constatado pela persistência com que os casos são acompanhados, inclusive fora do seu horário de trabalho.

Por outro lado, as ACS entrevistadas estão empregadas formalmente na UBS estudada; portanto:

- Não se incluem no estrato mais pobre da população da Maré, pelo fato de terem carteira assinada e seus direitos laborais garantidos;
- Recebem uma formação que valoriza sobretudo o conhecimento tecnocientífico.
- Fazem parte também do sistema local de saúde, que é um dos pólos mediados e cujo poder se impõe sobre seu trabalho.

As formas de mediação praticadas pelos ACS resultam em grande parte desta ambigüidade, na medida em que fazem parte dos dois principais segmentos mediados. O ACS, cujo principal procedimento de trabalho é a visita domiciliar, nutre o pólo correspondente ao sistema local de saúde com as informações sobre condições de vida, formas de comunicação, comportamentos, e até sobre a situação de violência. É considerado pelos outros profissionais como um elemento fundamental na equipe. No entanto, apesar de ser reconhecido como mediador pelos dois segmentos, este fato não determina a forma de mediação, que depende em grande parte da “capilaridade entre os dois pólos da grande divisão” (Duarte<sup>70</sup>).

O risco de que o agente de saúde assuma uma mediação convencedora ou reprodutora é grande, na medida em que o pólo da população não possua instâncias organizativas que possibilitem a cobrança da permeabilidade do serviço às suas necessidades e demandas e que a equipe de saúde assuma uma tendência normatizadora e tecnicista. O conhecimento que o agente de saúde tem sobre a experiência e a linguagem da população pode ser utilizado de forma vertical para passar informações, viabilizar a continuidade de tratamentos e a atingir as metas do serviço. Um exemplo de mediação convencedora é o caso de Rosa e Roberta (p.91), mães adolescentes de 13 e 15 anos, acompanhadas por uma agente de saúde que durante algum tempo tenta convencê-las sobre a importância de se inscreverem no planejamento familiar do Posto de Saúde. Na quarta visita, a agente de saúde descobre que as meninas não haviam feito a inscrição por não saberem o que significava planejamento familiar.

Considero que o processo de formação realizado com a equipe inicial da UBS estudada contribuiu para a criação dos alicerces de uma mediação transformadora. Na apresentação de resultados foi possível constatar a disponibilidade dos agentes de saúde para a escuta, a construção do conhecimento num movimento de “abertura de um leque” partindo do próprio conhecimento do morador, a valorização da auto-estima, do enfrentamento de problemas, da superação de barreiras. A meu ver isto indica resultados que, mesmo não podendo ser atribuídos apenas ao processo educativo inicial, foram por ele reforçados.

Conforme mencionei no capítulo I (p.27), as cobranças institucionais feitas ao agente de saúde encontram seu suporte no Siab, que é o principal instrumento de monitoramento e avaliação das ações do PACS e do PSF. Estas cobranças privilegiam a forma de mediação convencedora, na medida que pretendem convencer a população a seguir comportamentos e atitudes considerados corretos. Em outros momentos é privilegiada a mediação reprodutora, uma vez que se limitam à dimensão biológica e buscam garantir que a população siga um padrão estabelecido como necessário para a manutenção ou recuperação da saúde. O ACS, depois de “ganhar a confiança” do morador, se sente autorizado a “cobrar” ou mesmo “chamar a atenção” daqueles que não seguem este padrão, seja com relação ao planejamento familiar, ao uso da camisinha, ou à prescrição de um tratamento. A vulnerabilidade do usuário pode justificar a falta da necessidade de convencimento e a opção por uma mediação reprodutora, em que a obrigação de seguir determinados comportamentos é justificada pelo medo, como por exemplo, o medo da morte.

A função mediadora dos ACS pode ser de grande importância na mudança do modelo assistencial. Mas cabe perguntar se a estratégia de saúde da família contém os elementos que permitem o desenvolvimento do potencial transformador dos ACS.

Ao abordar a reorientação de modelo assistencial almejada por meio da implantação da estratégia de saúde da família, as principais características mencionadas são: o enfoque sobre a família, a adscrição de clientela, a estruturação da equipe multiprofissional, a ação preventiva em saúde, a detecção de necessidades da população ao invés da ênfase na demanda espontânea. Estas são características organizativas, que não influem necessariamente numa mudança de modelo que contemple a equidade, a integralidade, a humanização e a participação popular. Como foi possível perceber neste estudo, mesmo que o agente de saúde tenha uma proximidade cultural e conheça as condições de vida, as necessidades e demandas da população, o serviço não está

permeável a esta escuta. A tendência ao controle sanitário, à burocratização das atividades e à focalização da atenção básica nos segmentos mais pauperizados da população dificulta ou até mesmo impede o fortalecimento do vínculo com a população. Por sua proximidade com os demais moradores, a relação acaba se tornando em parte uma relação pessoal, visto que o compromisso com as necessidades e demandas locais não é assumido institucionalmente. Por outro lado, dado o papel e as atribuições dos ACS, existe uma pressão no sentido da institucionalização da mediação.

Nos referenciais teóricos menciono os questionamentos feitos por Franco & Merhy<sup>21</sup> (p.119) ao “discurso mudancista”, que atribui ao PSF o papel de estratégia para a reorganização da prática assistencial em novas bases. Os autores mencionam que os debates sobre o PSF têm se caracterizado por uma despolitização e superficialidade cada vez maiores, e afirmam que a implantação do PSF por si só não resulta necessariamente na mudança do modelo assistencial; isto vai depender dos diversos modos de agir dos profissionais na relação entre si e com os usuários. Considero a educação popular como uma metodologia que por suas implicações políticas (fortalecimento da autonomia, participação popular, trabalho coletivo, reflexão crítica sobre a realidade) pode ser um caminho para a mudança do modelo de gestão. Ao abordar a concepção de educação popular nos referenciais teóricos menciono Freire<sup>42</sup>, Valla<sup>49</sup>, Stotz<sup>48</sup> e Vasconcelos<sup>44</sup> para fundamentar o entendimento do papel desta metodologia no fortalecimento da mediação transformadora.

Este estudo possibilitou o conhecimento das práticas dos ACS que nem sempre são visíveis institucionalmente. Neste sentido, permite apontar sugestões, tanto no que se refere ao reforço da mediação transformadora como na permeação dos serviços às necessidades e demandas da população.

Quanto ao fortalecimento da mediação transformadora, considero necessário:

- O entendimento da educação popular como eixo estruturante, em torno do qual se dê não só a formação dos agentes, mas todo o trabalho daquela estratégia que é responsabilizada pela mudança do modelo de atenção básica. Para ser coerente com seus princípios, a educação popular não pode ser um tema entre tantos outros na formação dos agentes;
- A flexibilização da formação dos ACS com a incorporação de temáticas locais;

- A desburocratização do trabalho dos ACS e de toda a equipe de saúde (p. 192-193) e o controle sobre o desvio de função, abrindo espaço para o trabalho educativo.

Com relação à permeação dos serviços às necessidades e demandas da população, penso que a experiência estudada reforça a necessidade de:

- Avaliação permanente dos serviços pelo gestor com a equipe dos profissionais de saúde, tendo como referência os três enfoques da avaliação de qualidade sugeridos por Donabedian<sup>68</sup>: estrutura, processo e resultado e pautada na escuta dos funcionários, na escuta da população e nos registros de informações;
- Criação de espaços de troca de experiências e informações entre os funcionários das Unidades de Saúde.

A experiência de escuta da população por intermédio da caixa de sugestões colocada na UBS estudada e pela mediação dos ACS mostrou-se rica e permite reforçar a importância da criação de uma instância de participação da população em conjunto com gestores e trabalhadores da saúde.

Acredito que estas são questões fundamentais para que o modelo assistencial possa corresponder às necessidades e expectativas da população e se aproximar dos princípios de integralidade, equidade, humanização e participação popular.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Belli G. *El país bajo mi piel: Memorias de amor y de guerra*. México: Editorial Txalaparta s.l.; 2005.
2. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR & Melo MCIC 2002. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(6):1639-1646.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Consultada realizada em 20/10/2006, disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>
4. David HMSL. *Sentir saúde: a religiosidade como categoria metodológica no trabalho de educação em saúde junto às classes populares* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
5. Souza HM. Saúde da Família: desafios e conquistas. In: Negri B, Viana ALA organizadores. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão; 2002. p. 221-240.
6. 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.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
8. Fernandes JCL. Agentes de saúde em comunidades urbanas. *Cad Saúde Pública* 1992; 8(2):134-139.
9. Giffin K & Shiraiwa T. O agente comunitário de saúde pública: a proposta de Manguinhos. *Cad Saúde Pública* 1989; 5(1):24-44.
10. Mendonça MHM. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. *Trabalho, Educação e Saúde* 2004; 2(2): 353-365.

11. Nogueira RP, Silva F, Ramos Z. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde. *Textos para discussão 2000; IPEA n° 735*. Disponível em: [www.ipea.gov.br](http://www.ipea.gov.br).
12. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2001; 35 (3):303-311.
13. Solla JJSP, Medina MG, Dantas MBP. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Saúde em Debate* 1996; 51:4-15.
14. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo Etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Rev C S Col* 2002; 7(3):581-589.
15. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). Programa Agente Comunitário de Saúde – PACS [acessado em 04/09/2006]; [**cerca de 2p.**] **Está disponível em:** <http://saude.rio.rj.gov.br>
16. Bornstein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Rev C S Col* [**periódico na internet**] 2006 set. [Citado em 16 de setembro 2006]; [**cerca de 25 p.**] **Está disponível em:** <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>
17. Luckesi CC. Educação e sociedade: redenção, reprodução e transformação. In: Luckesi CC. *Filosofia da Educação*. Cortez, São Paulo; 1990. p. 37-52.
18. Brasil. Ministério da Saúde. A produção sobre saúde da família: trabalhos apresentados no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO. Brasília: Ministério da Saúde, Acervo Digital BVS MS, 2003. [Citado em 16 de setembro de 2006], [**cerca de 192 p.**] **Está disponível em:** [http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/producao\\_sobre\\_saude\\_familia.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/producao_sobre_saude_familia.pdf)
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa agentes comunitários de saúde (PACS)*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
20. Viana ALA, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de Saúde da Família. *Physis* 1998; 8(2):11-48.
21. Merhy EE & Franco TB. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? *Saúde em Debate* 2002; 26(60):118-122.
22. Favoreto CAO, Camargo Jr KR. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família

- como uma proposta transformadora do modelo assistencial. *Physis* 2002; 12(1):59-75.
23. Velho G. Biografia, trajetória e mediação. In: Velho G, Kuschnir K organizadores. *Mediação, cultura e política*. Rio de Janeiro: Aeroplano Editora; 2001. 14-28.
  24. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB*. Consulta realizada em 07/01/2007, disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caadab/monitoramento.php>
  25. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Rev C S Col* 2005, 10(2); 347-355.
  26. Silva JA, 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* 2002; 6(10):75-83.
  27. Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface – Comunic., Saúde, Educação* 2002; 6 (10): 84-87.
  28. Nogueira RP. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 2002; 6(10):91-93.
  29. Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(1):197-203.
  30. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agentes comunitários de saúde: área profissional saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
  31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
  32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Saúde da Família – PSF*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
  33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Treinamento Introdutório*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Cadernos de Atenção Básica 2.

34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Educação Permanente*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Cadernos de Atenção Básica 3.
35. Moretto VP. *Construtivismo: a produção do conhecimento em aula*. Rio de Janeiro: DP&A editora; 2002.
36. García R. *El Conocimiento en construcción: de las formulaciones de Jean Piaget a la teoría de sistemas complejos*. Barcelona: Editorial Gedisa; 2000.
37. Maturana H. *Cognição, ciência e vida cotidiana*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2001.
38. Carvalho MAP, Acioli S, Stotz EN. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: Vasconcelos EM, organizador. *A saúde nas palavras e nos gestos : reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 101-114.
39. Certeau M, Giard L, Mayol P. *A invenção do cotidiano: 2. Morar, Cozinhar*. Petrópolis: Vozes; 1997.
40. Vigotski LS. *Pensamento e Linguagem*. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
41. Demo P. Sociedade de Aprendizagem. *Saberes* 2003, Ano 4, 4(1): 2-11.
42. Freire P. *Política e Educação*. São Paulo: Cortez; 1995.
43. Stotz EN. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. *Trabalho, Educação e Saúde* 2005; 3(1):9-30.
44. Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 2001; 5(8):121-126.
45. Freire P. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro; 1967.
46. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1970.
47. Vasconcelos EM. *Educação Popular nos Serviços de Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1989.
48. Stotz EN. Enfoques sobre educação e saúde. In: Valla VV, Stotz EN, organizadores. *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993. p. 12-22.
49. Valla VV. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. *Educação e Realidade* UFRGS 1996; 21(2):177-190.

50. Brandão CR. *O que é educação*. São Paulo: Brasiliense; 1981.
51. Freire P, Betto F. *Essa escola chamada vida: depoimentos ao repórter Ricardo Kotscho*. São Paulo: Ática; 1991.
52. Santos BS. Ciência e senso comum. In: Santos BS. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal; 1989. p. 31-45.
53. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 2004; 8(15):258-74.
54. Spink MJP, Menegon VM. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: Spink MJP, organizadora. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez; 2000. p.63-92.
55. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1999.
56. Minayo MCS. Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 83-107.
57. Centro de Estudos e Ações Solidárias da Maré. Censo Maré 2000: Quem somos? Disponível em <http://www.ceasm.org.br/abertura/05redes/05observ/censo.htm> Consultado em setembro de 2006.
58. Najar AL, Marques EC. A sociologia urbana, os modelos de análise da metrópole e a saúde coletiva: uma contribuição para o caso brasileiro. *Rev C S Col* 2003; 8(3): 703-712.
59. Alves-Mazzotti AJ. O planejamento de pesquisas qualitativas. In: Alves-Mazzotti AJ, Gewandsznajder F. *O método nas ciências naturais e sociais: Pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2002. p.147-178.
60. Pinheiro OG. Entrevista: uma prática discursiva. In: Spink MJP, organizadora. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez; 2000. p.183-214.
61. Spink MJP, Lima H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: Spink MJP, organizadora. *Práticas discursivas e produção*

- de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez; 2000. p.93-122.
62. Lupton D. *Risk*. London and New York: Routledge; 1999.
63. Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública* 1994; 10(1):07-18.
64. Telles VS. A “nova questão social” brasileira: ou como as figuras de nosso atraso viraram símbolo de modernidade. *Pobreza e Cidadania*. São Paulo: Editora 34, 2001.
65. Vasconcelos EM. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate* 1999; 23(53): 6-19.
66. Lefèvre F, Lefèvre AMC. *O discurso do sujeito coletivo: Um novo enfoque em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul, RS: EDUCS; 2003.
67. Bornstein VJ, Araújo JW. O agente comunitário como educador em saúde: uma conversa na Vila do João. In: *1ª Mostra de Atenção Básica do Município do Rio de Janeiro*; 2004; Rio de Janeiro.
68. Donabedian A. *La calidad de la atención médica: Definición y métodos de evaluación*. México: La Prensa Médica Mexicana S.A.; 1984.
69. David HMSL, Araújo JW, Bornstein VJ, Stotz EN. Ambientação pedagógica no serviço de saúde: construindo uma proposta de vigilância da saúde. *Rev C S. Col* 2003; 8(2): p.694.
70. Duarte LF. Comentários. In: Velho G, Kuschnir K organizadores. *Mediação, cultura e política*. Rio de Janeiro: Aeroplano Editora; 2001. 129-136.
71. Lago LC. Favela loteamento: re-conceituando os termos da ilegalidade e da segregação urbana. In: *X Congresso Nacional da ANPUR; 2003*. [acessado em 08/2006] 12 p. Disponível em [http://www.ippur.ufrj.br/observatorio/download/anpur2003\\_lago.pdf](http://www.ippur.ufrj.br/observatorio/download/anpur2003_lago.pdf)
72. Burgos MB. Cidade, territórios e cidadania. *Dados – Rev Ci Soc* 2005; 48(1): p.189-222.
73. Ribeiro LCQ, Lago LC. A oposição favela-bairro no espaço social do Rio de Janeiro. *São Paulo em Perspectiva* 2001; 15(1): p.144-154.
74. Castel R. As armadilhas da exclusão. In: Bógus L, Yazbek MC, Belfiore-Wanderley M, organizadores. *Desigualdade e a questão social*. São Paulo: Educ; 1997. p. 15-48.

75. Stotz EN. Pobreza e capitalismo. In: Valla VV, Stotz EN, Algebaile EB, organizadores. *Para compreender a pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: Contraponto: Escola Nacional de Saúde Pública; 2005. p. 53-68.
76. Observatório de Favelas. Caminhada de crianças, adolescentes e jovens na rede do tráfico de drogas no varejo do Rio de Janeiro, 2004-2006. Pesquisa divulgada na Internet [acessado em 2006 nov 27] [cerca de 83 p.]. Disponível em:  
<http://www.observatoriodefavelas.org.br/observatorio/index2.asp>
77. Silva JS. Sobre a vivência dos moradores das favelas cariocas. Rede Social de Justiça e Direitos Humanos [Relatório 2003, capítulo 2] [acessado em 2006 Dez. 22]. Disponível em:  
<http://www.social.org.br/relatorio2003/relatorio026.htm>.
78. Bornstein VJ. PACS/PSF como ambiente favorável ao desenvolvimento da educação popular. In: *Anais do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública – 8º Congresso Brasileiro de Saúde coletiva*; 2006; Rio de Janeiro. p. 461.

## ANEXOS

## ANEXO 1

### ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO: Idade, escolaridade, estado civil, filhos, papel na família, prática comunitária anterior.

#### I. EIXO IDENTIDADE/COMUNIDADE

1. Você considera a Maré um bairro ou uma favela? Por quê?
2. Qual a diferença entre favela e bairro?
3. O que para você significa comunidade?
4. Você acha que dentro da Maré existem diferenças nas condições de vida dos moradores? Como você entende estas diferenças? Como você situa a sua própria família neste contexto?
5. O que existe em comum entre todos os moradores da Maré?

#### II. EIXO MEDIAÇÃO

6. Você se considera um(a) profissional da saúde? Por quê?
7. Quais os seus conhecimentos em saúde anteriores a sua formação como ACS?
8. O que o(a) distingue dos outros profissionais?
9. Para os moradores, qual é a diferença em ser atendido por um(a) agente ou por outro profissional?
10. O que você aprendeu com a população nestes anos de trabalho?
11. Qual o tipo de conhecimento que você procura levar aos moradores?
12. Quais os conhecimentos em saúde que você observa nos moradores independente da sua orientação?
13. Você já vivenciou dificuldades para colocar em prática as orientações do Posto de Saúde? Exemplifique. Como resolveu?
14. Como se dá a troca de saberes com os outros profissionais? Exemplifique.
15. Fora do seu horário de trabalho você é abordado(a) pelos moradores? Quais os assuntos trazidos pelos moradores nessas conversas?

### III. EIXO MODELO DE ASSISTÊNCIA/ATRIBUIÇÃO

16. O que você observa na visita domiciliar?
17. O que você acredita que os moradores esperam de você?
18. Quais são os principais problemas da população?
19. Quais são os principais problemas de saúde?
20. Você visita freqüentemente moradores que não têm nenhum problema de saúde?
21. Que tipo de problemas você descobre nas casas e que não chegariam na Unidade de Saúde por si só?
22. Diante do não cumprimento do atendimento das necessidades dos moradores (ou das famílias), o que você faz?
23. Qual a importância do seu papel na comunidade?
24. Além das visitas domiciliares, quais são suas atribuições?
25. Quantas horas por dia você gasta para informar à supervisão sobre as suas atividades?

### IV. EIXO FORMAÇÃO

26. Qual o nível de escolarização que o agente de saúde precisa ter para exercer sua função?
27. Qual a formação que um ACS precisa ter? (Quais os conhecimentos que você acha essenciais para que o agente de saúde exercer sua função?)
28. Qual a formação que você teve como agente de saúde? Você considera que foi suficiente para exercer suas funções inicialmente? O que faltou? Se houvesse um curso reconhecido para agentes de saúde, como deveria ser? Quanto tempo deveria durar?

## ANEXO 2

### ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MÉDICOS E ENFERMEIRAS DO POSTO DE SAÚDE DA VILA DO JOÃO

IDENTIFICAÇÃO: Profissão, tempo de trabalho na Maré, função no Posto, no vínculo com ACS.

#### I. EIXO IDENTIDADE/COMUNIDADE:

1. Você considera a Maré um bairro ou uma favela? Por quê?
2. Qual a diferença entre favela e bairro?
3. O que existe de comum entre todos os moradores da Maré?

#### II. EIXO MEDIAÇÃO:

4. Você considera o ACS um profissional de saúde?
5. O que distingue o ACS dos outros profissionais de saúde?
6. Você acha que algum ACS já contribuiu no seu atendimento a algum cliente? Como?
7. Algum ACS já trouxe conhecimentos importantes para sua prática?

#### III. EIXO MODELO DE ASSISTÊNCIA/ATRIBUIÇÃO

8. Qual a importância do papel do ACS na comunidade?
9. Você costuma saber com seus clientes se eles são visitados por algum ACS?
10. Em que circunstâncias você conversa com o ACS para falar sobre algum trabalho comum?

#### IV EIXO FORMAÇÃO

11. Em sua opinião, qual o nível de escolaridade que o ACS precisa ter?
12. De que forma você procura colaborar com a formação do ACS?
13. Quais os conhecimentos que você considera que precisam ser reforçados na formação do ACS?

## Cesar: traficantes da Maré estariam indicando pessoas para seis postos

Unidades na favela são administradas por ONG de associação de moradores

Luiz Ernesto Magalhães

• O prefeito Cesar Maia disse, ontem, ter recebido informações de que traficantes da Favela da Maré estariam tentando indicar pessoas da confiança deles para trabalhar nos seis postos que o município mantém no complexo. Na favela, a administração dos postos é terceirizada e está sob a responsabilidade da ONG União das Associações de Moradores da Maré (Unimar). A interferência dos traficantes foi noticiada por Ancelmo Gois em sua coluna no GLOBO.

— Recebemos denúncias de que ocorreram pressões. Mas, como não tenho muitos detalhes, ainda não informei à Secretaria de Segurança Pública — disse Cesar Maia.

O prefeito afastou, por enquanto, a hipótese de fechar os postos de saúde por falta de segurança. Segundo ele, a ONG recebe R\$ 1 milhão por mês para administrar a rede. Ele lembrou que o presidente da Unimar, Theófilo Francisco Dias, que também acumulava a presidência da Associação de Moradores da Baixa do Sapateiro, foi assassinado no fim de dezembro pelo tráfico. E que o crime poderia estar associado à tentativa dos bandidos de influírem nos postos.

Na época, a PM atribuiu o assassinato ao fato de Theófilo ter distribuído cestas básicas em comunidades controladas por facções rivais à da Baixa do Sapateiro, em meio à uma guerra dos traficantes. A ordem para a execução do líder comunitário, de acordo com os policiais, teria sido de Nel da Conceição Cruz, o Facão, preso em Bangu 1.

O comandante do 22º BPM (Maré), tenente-coronel Mário Sérgio Duarte, disse não ter recebido qualquer informação

sobre a interferência do tráfico. E considerou a denúncia da prefeitura impropriedade. Já a direção da Unimar não retornou as ligações.

— Nenhum órgão da prefeitura nem as associações de moradores fizeram qualquer comunicação oficial ao batalhão. O que, naturalmente, ocorreria se houvesse, realmente, informação sobre possível obstrução das atividades nos postos de saúde — disse o tenente-coronel Mário Sérgio, através de sua assessoria. ■



### Saiba mais sobre o caso

• Esta não seria a primeira interferência de traficantes na rotina do funcionamento de instalações da prefeitura na Maré. Entre dezembro de 2003 e início de 2004, a Vila Olímpica ficou fechada por cinco meses após a prefeitura receber denúncias de que bandidos exigiam uma taxa de R\$ 30 mil para a vila permanecer aberta.

A exemplo dos postos, a vila é administrada por uma ONG: a União Esportiva Vila Olímpica da Maré.

Alegando problemas de saúde, o presidente Amaro Domingues, decidiu deixar o

cargo. E, segundo a prefeitura depois ser pressionado pelos traficantes. Amaro, que sempre negou que tenha se afastado devido a ameaças, reassumiu o cargo meses depois e a vila foi reaberta.

Segundo a denúncia da prefeitura, a tentativa de extorsão também teria partido do traficante Nel da Conceição Cruz, que foi preso semanas depois do fechamento da Vila Olímpica. Na época, a Polícia Militar também negou que o fechamento da vila tivesse sido provocada pela interferência de traficantes.

#### ANEXO 4

### OPINIÃO DOS FUNCIONÁRIOS DO POSTO DE SAÚDE DA VILA DO JOÃO SOBRE PONTOS FORTES E PONTOS FRACOS NO FUNCIONAMENTO DA UNIDADE

#### PONTOS FRACOS

OPINIÃO	FREQÜÊNCIA
1. Falta de união, falta de respeito, desentendimento, há falsidade, desencontro de ordens.	15
2. Falta de compreensão e comunicação	3
3. Falta de nutricionista e psicólogo	4
4. Falta de atendimento médico	4
5. Baixos salários	4
6. Recursos materiais inadequados ou falta (bebedouro, ventilador, balcão do arquivo, consultório dentário, remédios).	3
7. Atraso na entrega de preventivo.	2
8. Falta de triagem.	1
9. Falta de trabalho de sala de espera.	1
10. Outros	4
TOTAL	41

#### PONTOS FORTES

OPINIÃO	FREQÜÊNCIA
1. O trabalho das agentes de saúde na Unidade, nas visitas e sua criatividade.	11
2. Bom atendimento da Unidade.	11
3. Focar a saúde e não a doença (foco na promoção e na prevenção)	3
4. trabalho em equipe, interdisciplinaridade.	5
5. Ter assistente social na equipe.	3
6. União.	2
7. Outros	8
TOTAL	43

## ANEXO 5

### TABELA DE RISCOS LEVANTADOS PELAS AGENTES DE SAÚDE.

#### DA ÁREA:

- Rato;
- Mosquito;
- Falta de saneamento (água/ esgoto);
- Lixo;
- Valão.

#### DA HABITAÇÃO:

- Banheiro coletivo;
- Pequena área para muita gente;
- Quartos de aluguel;
- Precariedade da construção.

#### DA FAMÍLIA:

- Falta de condições para a compra de alimentos (miséria);
- Falta de condições para a compra de remédios (pobreza);
- Pagamento de aluguel gerando alta rotatividade/ comprometimento da renda;
- Apatia da dona de casa/ mãe.

#### DOS INDIVÍDUOS QUE COMPÕEM A FAMÍLIA:

- Uso de drogas/ álcool;
- Falta de educação/ escola;
- Vítimas de violência doméstica – mulher – criança – idoso;
- Crianças sozinhas;
- Gravidez;
- Gravidez em adolescentes.

#### EM RELAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE:

- Falta de informação;
- Não consegue atendimento/ horário de trabalho incompatível;
- Nega-se a ir ao serviço;
- Pessoas fisicamente impossibilitadas não são levadas ao posto.

## ANEXO 6

### ROTEIRO PARA O REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARES PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA VILA DO JOÃO

#### INDIVÍDUO

- Uso de drogas/álcool;
- Vacinas atrasadas;
- Uso de métodos contraceptivos;
- Suspeita de doenças;
- Impressões gerais.

#### FAMÍLIA

- Falta de condições para a compra de alimentos e remédios;
- Crianças sozinhas;
- Casa alugada;
- Não possui geladeira;
- Apatia da dona de casa/ depressão;
- Sinal de violência doméstica;
- Grau de parentesco entre os moradores;
- Risco de acidentes;
- Impressões gerais.

#### MORADIA

- Sem banheiro/ banheiro coletivo;
- Cozinha improvisada;
- Umidade;
- Residência próxima ao valão;
- Cães/gatos – se estão vacinados;
- Sem ventilação;
- Impressões gerais.

#### AMBIENTE

- Poluição;

- Lixo espalhado;
- Criação de animais;
- Existência de ratos, mosquitos, baratas e outros vetores;
- Impressões gerais.

#### SERVIÇO DE SAÚDE

- Não conhece os serviços da unidade de saúde;
- Não consegue atendimento;
- Nega-se a ir ao serviço de saúde;
- Pessoas fisicamente impossibilitadas não são levadas ao posto;
- Falta de meios de deslocamento;
- Impressões gerais.

## ANEXO 7

### FICHA DE ACOMPANHAMENTO

**NOME: Fernanda Lopez**

IDADE: 43 a. SEXO: F FVD 000 PRONT: 000

ENDEREÇO:

20/12/00 Preenchido FVD [formulário de visita domiciliar]. Composição familiar Ives (filho 21 a.), Sônia (filha, 14 a.), Sandra (filha, 12 a.), Ernesto (filho, 9 a.), Leandro (filho, 8 a.). Relata ser HA sem tratamento. Orientada a vir ao Posto de Saúde da Vila do João para trazer Ernesto ao pediatra (acusa verminose) e ir ao ginecologista (Fernanda). para fazer preventivo. Muito depressiva. Precisa muito de acompanhamento, talvez psicológico. Medo de ir ao médico e ser descoberta alguma doença grave, maligna. Tem problemas particulares muito graves e não tem quem a ajude. Orientada sobre abertura e atendimento do PSVJ [Posto de Saúde da Vila do João] e todos os programas de saúde. **ACS Mercia, em 21/12/00.** Levei para Fernanda um encaminhamento dado pela enfermeira para o setor de psicologia do CMS Américo Veloso. Ficou de ir amanhã. **17/01/01.** Disse que quando voltar do médico passará no PSVJ para dizer o que conseguiu. Continua muito depressiva. Pediu desculpa por não ter ido à consulta. Está mais nervosa do que antes. Está precisando também de ginecologista, mas vai esperar para ver o que conseguiu com a psicóloga do CMS Américo Veloso. **ACS. Mercia, em 29/01/01.** Fernanda não foi ao médico devido a problemas particulares. Orientada a vir ao PSVJ (Clínica Médica), 3ª feira. Está nervosa porque estão surgindo manchas no seu corpo. **ACS. Mercia, em 13/02/01** Fernanda disse que vai ao médico na 4ª feira (21/02). Orientada a procurar dermatologista. A mesma está pensando em vender o apartamento. Continua na mesma situação. **ACS Mercia, em 07/03/01.** Fernanda continua com o mesmo problema, disse que não iria ao médico, que tem é que morrer. Agradeceu pelo apoio que estamos tendo com ela, mas que não vai resolver nada. Continua com as manchas no corpo e relata dormência no rosto, lado esquerdo. Não veio ainda ao PSVJ. **26/09/01** Encontramos Fernanda no pátio do edifício, que relatou todos os problemas anteriores cada vez mais agravados. Relatou também que foi ao CMS Américo Veloso (psicóloga) e que marcou consulta para amanhã 27/03/01. Informou que sua filha Sônia teve desmaio, vômitos e foi atendida no HGB, onde o médico encaminhou-a a algum P.S.

Informa também que sua filha mais nova tem retardo mental, não se relaciona bem, estando sempre calada e muito quieta. Veio conosco ao PSVJ (Fernanda) onde foi marcada consulta para uma de suas filhas na pediatria (04/04/01) Nessa ocasião foi feito teste de diabetes e verificação de PA (140X100) DM 97. **ACS Mercia e enfermeira, em 09/4/01.** Sônia está com consulta marcada para 10/04/01 às 7:30 h. Fernanda esteve no CMS AV no dia 27/03/01. Dra. Mônica (psicóloga) mandou que a mesma retornasse no dia 20/04/01. **ACS Mercia, em 10/04.** Fernanda compareceu no PSVJ com a filha Sônia para consulta com Dra. Eva que pediu exames, medicou-a e encaminhou para neurologia do IPPMG. Foi marcada consulta para Sandra no dia 12/04 às 7:30 com Dra. Eva. Fernanda se acha mais calma. Mat. 0000 20/04/01 Não havia ninguém em casa. **ACS Mercia, em 23/04/01.** Fernanda esteve no CMS A.V., está com Hansen (sic) Disse que tem que fazer o tratamento durante 6 meses. Não foi possível olhar o cartão, pois estava de saída. Ernesto passou mal na semana passada, foi levado ao HGB (emergência), foi medicado e mandaram que procurasse um PS perto de sua casa. Foi trazido ao PSVJ, foi medicado pela Dra. Michele (pediatra) que falou que ele está com hérnia e deu encaminhamento para neurologia no HU. Sônia já foi consultada PSVJ, levou encaminhamento também para neurologia do HU. Sandra está com consulta marcada para 24/04/01 Dra. Eva às 7.30. **ACS Mercia, em 26/04/01.** Fernanda disse que sua filha foi ao HU e levou o seu cartão do CMSAV. Disse que não está tomando nenhuma medicação e que as manchas estão coçando e se for fazer algum tratamento quer ir para o HGB, porque é mais perto e dá para ir a pé. Falou que fez exame de sangue no CMSAV e que vai pegar o resultado no dia 08/05/01. Está muito nervosa. Ficou de trazer o cartão do CMSAV para que eu possa dar uma olhada amanhã 27/04. **ACS Mercia, em 23/05/01.** Visita domiciliar para avaliar situação atual da Fernanda. Conversamos no corredor, pois devido à situação do domicílio, parece que não quer que entremos. Situação continua a mesma. Relato confuso. Falou que não foi mais ao CMSAV por não ter dinheiro para a passagem. Informou também que não fez nenhum exame no CMSAV e que não foi passado nenhum remédio. Colocou insistentemente sua situação socioeconômica que continua cada vez pior, a ponto de não ter nenhum alimento para dar aos seus filhos (sic). Relatou que Ernesto irá amanhã ao HGB, setor de dermatologia, para ver espécie de quisto na região cervical. É abaixo da orelha. Ela, Fernanda também irá ao

mesmo setor a fim de ser examinada por motivo das manchas que continuam nos braços e pernas cujas apresentam dormência. Disse que sua filha Sônia (14 a.) que estava no CIEP Operário Mariano deixou de frequentá-lo por não ter tênis preto. Questionou essa exigência com a diretora e a mesma não atendeu. Reorientada sobre o esclarecimento do diagnóstico dermatológico, sua importância. Quanto ao tratamento de HA, ficou de nos procurar amanhã no PSVJ para ser marcada consulta com o clínico. Informou que tem mais 4 filhos que não foram incluídos na FVD Pedro (19 a.), Antônio (26 a.), Jarbas (23 a.) e Tomás (18 a.) com os quais tem péssimo relacionamento. São muito agressivos. Obs. Fui informada que está relacionada para receber cesta básica. **ACS Evelyn, Enfs. Edneia e Inês, em 09/07/01.** Leandro está com um coágulo na cabeça. Está com exames marcados para 13/07/01 no HGB. Devendo ser internado no dia 20/07 e fazer cirurgia no dia 25/07. Fernanda fraturou 2 dedos da mão. Vai fazer uma pequena cirurgia no dia 11/07/01 no HGB. Pedi a mesma alguma coisa que comprovasse que foi ao CMSAV, ela falou que rasgou o cartão e que não ia voltar porque é longe e não tinha dinheiro da passagem. Não voltou para saber o resultado do exame de sangue. Ficou de ir na FIOCRUZ quando tiver tempo. Conversou muito comigo. Disse que seus filhos maiores virão morar com ela e que não vai mais vender o apartamento. Achei menos depressiva, continua com os mesmos problemas só que mais conformada. Sônia continua sem estudar porque não tem calça jeans e sapato preto. Falou que não foi ao IPPMG, mas que vai esta semana. Agradeceram a visita. **ACS Mercia, em 16/07/01** Cliente compareceu ao PSVJ e confirmou todas as informações anteriores. Relatou que iria à Associação de Moradores do Conjunto Pinheiro para ver se encaminha caso do seu apartamento. Renovadas orientações sobre os seus sintomas dermatológicos. Relatou que irá ver esse problema quando resolver ou encaminhar os outros problemas (operação do filho, questão do apartamento, etc.) PA 150X80. **31/08/01** Leandro não foi operado. Fernanda informou que perdeu a hora do atendimento. Foi marcada nova data para o mês de novembro. Disse que se surgir uma vaga antes vão antecipar a cirurgia. Acha que as manchas estão passando para seu filho Leandro. Reclamou que os filhos estão morando com ela e que a situação continua a mesma. **ACS Mercia, em 04/10/01.** Encontrei Dona Fernanda na rua, informou que iria na casa de uma amiga para ver se conseguia vender uma saia, pois falou que não tinha nada em

casa para comer. Falou também que filho iria se internar no dia 21/11/01 no HGB. Fernanda informou que não está tomando remédio. Fernanda informou que Leandro fez exame de fezes. Coagulograma feito no dia 13/07/01. **ACS Inácia, em 05/11/01.** Dona Fernanda informou que seu filho Leandro chegou no colo de um conhecido dela e ele falou que Leandro tinha caído. A criança estava sentindo tonteira, dor de cabeça muito forte. Fernanda deu banho no Leandro e levou para o HGB, ele ficou em observação três dias, isso aconteceu no dia 02/11/01. Ele bateu chapa e o médico pediu que ele tenha repouso, no momento ele está bem. Só não pode operar agora porque o HGB não tem vaga e porque tem criança pior que Leandro, o médico falou que ele pode esperar, caso ele chegue no HGB bem mau, aí sim, que iria operá-lo de imediato, pediu a sua mãe que ele tenha repouso no momento ele está bem. **ACS Inácia, em 13/11/01.** Fazendo visita em outro bloco, encontrei com a Fernanda, era o dia do seu aniversário. Falou que iria atrás da Sônia, porque ela está namorando um desses rapazes que não podemos falar, ela também falou que de sexta para sábado para domingo ela vomitou placa de sangue. Ela ficou preocupada. Fernanda está sem remédio, está vendo tudo embaçado, está sentindo cansaço, tonteira, mal estar, foi orientada a ir ao Américo Veloso, ir ao médico, falou que primeiro vai cuidar da operação do Leandro, depois que vai cuidar dela, mais uma vez foi orientada dos riscos que podem acontecer. **ACS Inácia, em 03/12/01.** Filho de Fernanda informou que sua mãe tinha saído e não sabia se ia demorar. **ACS Inácia, em 10/12/01.** Fernanda tinha saído informação de Ernesto que sua mãe tinha ido na casa de uma conhecida e seu irmão ainda não operou, ele não sabe quando ele vai operar. **ACS Inácia, em 13/12/01.** Informação da Sandra que sua mãe saiu com seu irmão Leandro. **ACS Inácia, em 14/01/02.** Informação da Sandra sua mãe tinha saído para passar roupas. Foi dado folheto sobre sarna, hanseníase, viver mais e melhor, DST. Informou que não sabe se seu irmão operou ou não. Inácia.

## ANEXO 8

### Quadro 2: Categorias, Eixos temáticos e Idéias Centrais por tipo de procedimento de coleta.

#### 1. Categoria Risco

##### 1.2. Contexto

Relatórios, Projetos	Fichas de Acompanhamento	Entrevistas – expressão síntese	Observação Participante
<p>1. O sistema de gás encanado apresenta vazamentos.</p> <p>2. Presença de ratos e baratas nas lixeiras dos prédios, nos corredores e nos quintais das casas.</p> <p>3. Vazamento de esgoto nas ruas.</p> <p>4. Os portões de entrada dos prédios permanecem trancados devido a conflitos locais.</p> <p>5. História de fechamento da UBS devido a incidentes de violência.</p>	<p>1. Condições de vida precárias e dificuldades financeiras influenciando a saúde.</p> <p>2. Namoro de adolescente com traficante.</p> <p>3. Necessidades de trabalho dificultando tratamento.</p>	<p><b>1. A violência como risco</b> <i>O ponto comum entre os moradores aqui da Maré tem sido o medo da violência. Você sai, vai ali no mercado, quanto tu pensa que não, tu não pode voltar porque tá dando tiro na rua que você mora. Quem pode muda quem não pode continua do jeito que dá.</i></p> <p><b>2. A insegurança como decorrência da situação de violência.</b> <i>A gente não pode confiar nem nos meninos nem na polícia aqui dentro, porque na hora que está o confronto mesmo, se você estiver na rua levar uma bala perdida, um joga pra cima do outro.</i></p> <p><b>3. Uma das causas da opção pelo tráfico:</b> <i>A criança faz 14 anos, 12 anos, vê outra limpinha, direitinha, com a roupinha, com a bicicleta, vê que em casa não tem, vai pro tráfico, que o tráfico dá. A mãe deixa, porque uma criança de dez anos, 12 anos, teria como a mãe mandar sair. Se a mãe não quiser e pedir ajuda, até eles mesmos da cabeça torta, da pá virada, vão ajudar.</i></p> <p><b>4. O conhecimento da situação de risco local:</b> <i>O ACS sabe em que domicílios pode entrar. Tem famílias que eu entro e sento, tem outras que eu não posso. Eu sei que aquilo ali é um vespeiro. A gente já tem esse feeling, né?.</i></p>	<p>1. Todas as ACS já saíram para as VDs com seu roteiro definido. Os critérios utilizados foram: moradores com problemas de saúde; moradores com problemas sociais; moradora com problema na relação com a UBS; entrega do “remédio em casa”.</p>

## 1.2. Modelo de Atenção

Relatórios, Projetos	Fichas de Acompanhamento	Entrevistas	Observação Participante
<p>1. Falta de acompanhamento da CAP em relação aos trabalhos desenvolvidos pelo Projeto de Saúde da Maré a partir de 2002.</p> <p>2. Contratação de funcionários terceirizados devido à recusa de funcionários públicos em serem lotados no local.</p> <p>3. Estabelecimento de sistema de triagem para orientação e priorização de casos a serem atendidos.</p> <p>4. Priorização de situações de risco para acompanhamento em VD.</p> <p>5. Relato da percepção dos ACS sobre condições e modos de vida da população no espaço livre da ficha.</p> <p>6. Entendimento de risco incluindo fatores não específicos da saúde.</p>	<p>1. Falta de referências no serviço de saúde (caso de Leandro, Roberto).</p> <p>2. Falta de insulina para Dona Mariana.</p> <p>3. Mau atendimento - caso de Eduardo, que esteve entre a vida e a morte na UTI e Márcia.</p> <p>4. Priorização de acompanhamento de famílias segundo critérios estabelecidos pela equipe.</p>	<p>1. <b>A possibilidade do atendimento imediato:</b> <i>O agente de saúde eu comparo muito também com um SOS, um socorro rápido praquela pessoa que está naquele momento precisando. Já com os outros profissionais: 'Vamos marcar uma consulta para o mês que vem, dois meses'. [A8]</i></p> <p>2. <b>A VD feita pelo ACS como oportunidade de descoberta de problemas:</b> <i>O médico tá aqui dentro, pode acontecer o que for por ali, ele vai atrás? Nós não, nós vamos buscar o problema, descobrir.[A9] O médico fica confinado no consultório.[M2]</i></p> <p>3. <b>Atitudes diferenciadas dos profissionais:</b> <i>Tem profissionais que sempre perguntam como é que foi aquele caso, como é que a gente conseguiu dar solução, têm outros que nem perguntam nada.</i></p> <p>4. <b>Priorização da VD para aquelas famílias que têm mais problemas:</b> <i>Uma família que tem mais problema precisa mais de mim do que aquela outra. Então a gente tem que trabalhar com prioridades.Quando a gente consegue atingir as "prioridades", a gente vai pular pras outras casas que aparentemente não tenha problema, mas que de repente ali tá acontecendo uma violência doméstica, a auto-estima da esposa está baixa.[A8]</i></p> <p>5. <b>A necessidade de visitar aquelas famílias que aparentemente não têm problemas:</b> <i>Um problema muito grande na minha área é DST, muito grande. Então quer dizer, aparentemente ela não tem nada, mas tem muita coisa. [A6]</i></p> <p>6. <b>O ACS como sentinela:</b> <i>Eu vejo a importância que a gente está atenta a tudo que acontece todos os dias, até final de semana. Meu papel é estar de olho todos os dias enquanto profissional de saúde. É um sentinela, vamos dizer assim. [A5]</i></p>	<p>1. Os ACS foram abordados por vários moradores no caminho da VD.</p> <p>2. Os ACS têm conhecimento sobre a situação das famílias visitadas.</p>

### 1.3. Atribuições

<p>1. ACS às vezes não podem fazer visitas devido à violência.</p>	<p>1. Facilitação do acesso à própria UBS e outros serviços – casos de Eduardo, de Lúcia.</p>	<p><b>1. Participação do ACS na identificação das necessidades de VD dos médicos:</b> <i>É importante que o agente de saúde traga para os profissionais as dificuldades dos moradores fazendo com que, na medida do possível, nos desloquemos até a residência dessas pessoas. [M1]</i></p>	<p>1. Acompanhar marcação de consultas e prescrições.</p>
<p>2. Mapeamento de risco como critério para priorização do acompanhamento das famílias.</p>	<p>2. Acompanhamento persistente (Lúcia e Sr. José).</p>	<p><b>2. Identificação de casos que precisam ser acompanhados:</b> <i>Nas suas visitas familiares a domicilio o agente de saúde se depara com N problemas e ele tem que estar preparado praquilo ou pelo menos identificar e trazer para enfermeira do PACS os casos que precisam ser acompanhados. [E1]</i></p>	<p>2. Encaminhar par as referências.</p>
<p>3. Definição de risco pela UBS como critério para acompanhamento.</p>	<p>3. Escuta e orientação.</p>	<p><b>3. Acompanhamento do tratamento dos moradores:</b> <i>O ACS pode facilitar a adesão do morador ao tratamento e à prevenção.[M1]</i></p>	<p>3. Orientar sobre serviços e procedimentos.</p>
	<p>4. Discussão dos casos com as enfermeiras.</p>	<p><b>4. A intermediação do trabalho dos demais profissionais:</b><i>Eu creio que eles têm muito a nos ensinar, até mesmo a linguagem e sobre a comunidade em si. [E2]</i></p>	
		<p><b>5. A intermediação entre médicos e população:</b><i>O agente de saúde seria aquele agente divulgador, que torna a linguagem do médico mais acessível e facilitando o conhecimento básico de saúde, servindo de agente intermediador entre a área técnica e os moradores. Também levando do lar para a área técnica todo tipo de vivências, dificuldades conhecimentos e dúvidas dessas pessoas. [M1]</i></p>	

#### 1.4. Formação

<p>1. Conceito de risco construído com as ACS tendo como referência suas experiências (ENSP/UERJ/UFRJ).</p> <p>2. Modelo de triagem baseado na observação de outras Unidades.</p>		<p>1. <b>Importância da formação do ACS na identificação de riscos:</b> <i>O ACS, se estiver preparado, identifica riscos que ele discute com o enfermeiro. Se não estiver preparado, ele não vai ver nada.</i>[E1]</p> <hr/> <p>2. <b>Importância da supervisão do enfermeiro:</b> <i>O que é mais interessante é o ACS, todos os casos novos que ele tiver, ele possa estar discutindo com a enfermeira para a enfermeira ver qual encaminhamento precisa ser dado.</i> [E1].</p>	
---	--	---	--

#### 1.5. Mediação

	<p>1. Observação e descoberta no domicílio de caso que não chegou à UBS (bebê, mulher sem exame preventivo feito).</p> <hr/> <p>2. O cuidado da ACS na abordagem de risco (bebê).</p> <hr/> <p>3. Orientação sobre procedimento (bebê).</p> <hr/> <p>4. Mediação entre idoso e família.</p> <hr/> <p>5. Facilitação de acesso ao serviço.</p>	<p>1. <b>A descoberta de problemas e o acompanhamento no encaminhamento:</b> <i>Nós vamos buscar o problema na casa das pessoas. A gente convive com aquela família o ano todo e descobre os problemas. Já cheguei a descobrir há algum tempo atrás uma Tb num cliente De tanto eu insistir ele acabou fazendo o exame.</i>[A6]</p> <hr/> <p>2. <b>Identificação e apoio do ACS:</b> <i>A comunidade fica mais à vontade com o agente de saúde, ela se abre mais, ela fala mais dos problemas da pessoa Tem coisas que nem ninguém assim da família dela sabe e o agente de saúde sabe.</i></p> <hr/> <p>3. <b>Trabalho educativo de prevenção:</b> <i>Antes eles achavam que era bobeira, esse negócio de caminhada, negócio de alimentação: ‘Quero comer mesmo, comer o que der vontade’. Isso no início parecia que não ia ser entendido por eles, mas hoje em dia a gente viu que foi entendido.</i></p>	<p>1. ACS são bem recebidos nas casas que visitam.</p> <hr/> <p>2. Encaminhamento de caso ao serviço social.</p> <hr/> <p>3. Mediação com a família sobre caso de abandono de idosos e violência doméstica.</p> <hr/> <p>4. Mediação da relação do morador com a UBS.</p>
--	---	--	---

## ANEXO 9

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA MEDIAÇÃO DE SABERES. Você foi selecionado pela sua experiência no Programa Agentes Comunitários de Saúde na Maré e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição na qual trabalha.

O objetivo geral deste estudo é Estudar o papel do ACS como mediador na apropriação do conhecimento tecnocientífico em saúde.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em dar a sua opinião respondendo a um roteiro de entrevista.

Não existem riscos relacionados com sua participação. Os benefícios acarretados pela publicação dos resultados da pesquisa dizem respeito à melhor compreensão do papel do ACS o que, por sua vez, poderá contribuir para a formulação dos programas de formação e capacitação.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação uma vez que não constarão nomes, endereços nem Unidade de Saúde onde trabalham os entrevistados.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora: Vera Joana Bornstein  
Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública  
Rua Leopoldo Bulhões 1480, sala 4  
CEP 21041-21      telefone: 2598.2664

Endereço: Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ  
Rua Leopoldo Bulhões 1480 sala 914  
CEP 21041-21      telefone: 2598.2570

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005

---