

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E
TECNOLÓGICA EM SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO DE INFORMAÇÃO E
COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Marcela Alves Abrunhosa

A Informação e a Comunicação no Trabalho do Agente Comunitário de Saúde

RIO DE JANEIRO
2011

MARCELA ALVES ABRUNHOSA

A INFORMAÇÃO E A COMUNICAÇÃO NO TRABALHO DO AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Maria Marteleto

Rio de Janeiro
2011

MARCELA ALVES ABRUNHOSA

A INFORMAÇÃO E A COMUNICAÇÃO NO TRABALHO DO AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito à obtenção parcial do título de Mestre.

Aprovada em 23/08/2011

Banca Examinadora

Profa. Dra. Helena Maria Sherlowski Leal David – Uerj

Prof. Dr. Carlos Estellita Lins- Icict / Fiocruz

Profa. Dra.Regina Maria Marteleto – orientadora

Dra. Vera Joana Bornstein- EPSJV / Fiocruz -suplente

Dr. Valdir de Castro Oliveira- Icict / Fiocruz - suplente

Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora, Regina Marteleto, pelo acolhimento, pela disponibilidade e pela atenção dados a mim neste percurso. Obrigada também pelos valiosos ensinamentos que pude absorver.

Agradeço a todos os envolvidos na pesquisa do Almanaque do Agente Comunitário.

Agradeço ao Luiz e a Júlia do DATASUS, pela atenção com que me receberam, e também pelas preciosas informações dadas.

Agradeço à Walquiria, enfermeira da Unidade de Saúde Albert Sabin, por se disponibilizar a atender-me e ajudar-me nos momentos finais da pesquisa.

Agradeço a todos os agentes comunitários que contribuíram para este trabalho.

Agradeço à Luciana, da BVS, por me auxiliar na pesquisa bibliográfica e também pelas conversas nos corredores.

Agradeço aos colegas de mestrado, em especial a Marcelle, Roberta, Bianca, Liandro e Elaine.

Agradeço aos companheiros do Nuted que me apoiaram e compreenderam minha ausência nestes momentos finais de escrita.

Agradeço aos responsáveis pelos meus momentos de diversão: Paul, Ringo, George, John, Genesis, Wings.

Agradeço aos amigos sempre presentes, com quem posso contar a qualquer instante: Ana Lúcia, Camila, Dani, Bruno, Verônica, Miguel, Francini, Felipe, Zé Victor e Juliana.

Agradeço à Angélica, que é uma pessoa muito especial, por quem tenho um carinho imenso e porque sempre está disponível para me ajudar (indo desde as dietas até a dissertação).

Agradeço a Angela e Levi pelo carinho dado.

Agradeço aos meus cunhados Marina, Levi, Rita, André e Henrique por proporcionarem momentos maravilhosos em família. Adoro todos eles!

Agradeço aos meus lindos sobrinhos que tanto amo e que me enchem de felicidade e fazem minha vida ser ainda melhor: Lucas, Manuela, Olívia e Gabriel. Os momentos ao lado deles são sempre arrebatadores...

Agradeço às minhas irmãs que amo muito.

Agradeço aos meus pais, pois sem eles não estaria aqui. Em especial à minha mãe que sempre cuidou de mim e de minhas irmãs, que nos educou e esteve sempre a nossa disposição. Amo demais vocês.

Agradeço ao Felipe, amor da minha vida, por partilharmos nossos sonhos de uma vida em comum. Sou muito feliz por tudo! Obrigada por seu carinho, amor, dedicação, cuidado e por me ajudar sempre. Esta dissertação dedico a você.

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo compreender a relação do trabalho do agente comunitário de saúde (ACS) com o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab). Em sua dupla condição de morador da comunidade e profissional do Sistema Único de Saúde (SUS), o agente aparece como um facilitador ou mediador na criação de vínculos na comunidade e entre os seus membros e os profissionais e serviços de saúde, expressos em suas redes sociais. No entanto, apesar do aspecto inovador e transformador do trabalho dos ACS, o que se observa é a valorização institucional apenas da parte normativa destes trabalhadores expressa, no caso desse estudo, nos sistemas de informação. Para refletir sobre esta questão, apresenta-se uma contextualização histórica dos Sistemas de Informação em Saúde no Brasil, discutindo as implicações do Siab, especificamente, sobre o trabalho dos ACS. A pesquisa foi realizada no município do Rio de Janeiro, a partir de um estudo exploratório de cunho qualitativo no qual foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e aplicados questionários complementares com agentes comunitários. A análise do material empírico permitiu compreender os dilemas presentes no cotidiano dos agentes, na medida em que diversas tarefas e resultados lhes são cobrados, enquanto a forma de avaliar o seu trabalho se volta quase unicamente para o preenchimento de fichas e planilhas. A partir dos resultados encontrados, propõe-se pensar em alternativas que qualifiquem cada vez mais a prática dos agentes comunitários na área da informação e da comunicação em saúde.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde, Informação em Saúde, Comunicação em Saúde, Sistema de Informação em Saúde

ABSTRACT

The purpose of this dissertation is to understand the relationship of the work of community health worker (ACS) with the Information System of Basic Attention (SIAB). In his dual status of resident of the community and professional of Health System (SUS), the agent appears as a facilitator or mediator, creating links between the community and its members, professionals, as well as the health services, expressed in their networks social. However, despite the innovative and transformative aspect of the ACS's work, only his normative tasks, expressed, in our study, in dealing with the information systems, seem to be valued. To reflect on this issue, we present an historical contextualization of Health Information Systems in Brazil, discussing the implications of Siab specifically on the work of the ACS. The survey, an exploratory study of qualitative nature, was conducted in the municipality of Rio de Janeiro, with semi-structured interviews and complementary questionnaires applied to community agents. The empirical analysis allows us to understand the dilemmas experimented in everyday life by the agents, insofar as they are charged with so many tasks, but evaluated almost solely by their work on filling in forms and worksheets. As a result, we propose alternatives to qualify even more the practice of community workers in the area of information and health communication.

Key Words: Community Health Workers, Health Information, Health Communication, Health Information System

LISTA DE SIGLAS

AB- Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AP – Área Programática

APS – Atenção Primária à Saúde

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CadSus – Cadastramento Nacional de Usuários

Cap – Coordenadoria de Ação Programática

CF – Constituição Federal

Conacs – Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde

Dab – Departamento de Atenção Básica

Dataprev – Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social

DATASUS - Banco de Dados do Sus

EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

ESF – Estratégia Saúde da Família

ET Sus – Escola Técnica do Sus

Gil – Gerenciador de Informações Locais

GSF – Gestão de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Icict – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

Mops – Movimento Popular em Saúde

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

Opas – Organização Panamericana de Saúde

OS – Organizações Sociais

Pacs – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Piass – Programa de Interiorização das Ações de Saúde

PNI – Programa Nacional de Imunização

PSF- Programa Saúde da Família

Ripsa - Rede Intergerencial de Informações para a Saúde

Sas – Secretaria de Atenção à Saúde

Siab – Sistema de Informação da Atenção Básica

Sia/Sus – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sus

Sih/Sus – Sistema de Informações Hospitalares do Sus

Sim – Sistema de Informação de Mortalidade

Sinasc – Sistema de Informações de Nascidos Vivos

Sipacs – Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Sis – Sistema de Informação em Saúde

Sis Hiperdia – Sistema de Informação de Hipertensão e Diabetes

SNI – Sistema Nacional de Informação

SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

Suds – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCMRJ – Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro

UBS – Unidade Básica de Saúde

Uerj – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

VD – Visita Domiciliar

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Ficha A (frente) do Siab	52
Figura 2	Ficha A (verso) do Siab	53
Figura 3	Ficha B do Siab	54
Figura 4	Distribuição da População do Rio de Janeiro por Regiões Administrativas	66
Quadro 1	Situações que impedem a participação em cursos de formação para os ACS	77

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	14
1.1	DIREITO À SAÚDE NO BRASIL	18
1.2	ASPECTOS CONCEITUAIS SOBRE O ACS	22
1.3	A VISITA DOMICILIAR	26
1.4	O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA	28
1.5	ATRIBUIÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	30
2	INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	35
2.1	REDES SOCIAIS E MEDIAÇÃO: CONCEITOS TEÓRICOS PRESENTES NO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	39
3	SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	44
3.1	O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	49
3.2	O SIAB COMO ELEMENTO DO TRABALHO DO ACS: A SITUAÇÃO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	58
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	62
4.1	CAMPO EMPÍRICO	66
5	RESULTADOS DA PESQUISA	68
5.1	O SIAB: APENAS UMA ATIVIDADE BUROCRÁTICA?	68
5.2	CAPACITAR X FORMAR	75
5.3	OUTRO SISTEMA, OUTRA REALIDADE?	78
5.4	A COMUNICAÇÃO COMO PARTE DO PROCESSO DE COLETA DE INFORMAÇÕES	82
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
	REFERÊNCIAS	93
	APENDICE 1 ROTEIRO DE ENTREVISTA – ACS	99
	APENDICE 2 QUESTIONÁRIO APLICADO AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	101
	ANEXO 1 ESTRUTURA CLASSIFICATÓRIA DO DROPBOX	102

INTRODUÇÃO

O interesse em desenvolver esta dissertação se deu a partir da inserção da autora na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, unidade da Fiocruz, onde desenvolve atividades ligadas ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Além disso, nos últimos anos, vem se dedicando à construção e desenvolvimento de tecnologias educacionais inovadoras voltadas especificamente para a formação docente de cursos técnicos de ACS. Concomitantemente, também atua como preceptora de um dos componentes do módulo da Iniciação ao Ensino Politécnico (IEP), o Trabalho de Integração (TI), em que, desde 2007, trabalha com os alunos do ensino médio integrado a questões da Estratégia Saúde da Família (ESF), sempre relacionando a Estratégia com aspectos do trabalho, da saúde e da política. Nestas atividades, deparou-se com algumas lacunas referentes ao trabalho dos ACS que a motivaram a ingressar no mestrado. Uma dessas lacunas refere-se às intensas questões relacionadas à informação e comunicação construídas na prática do trabalho desses agentes. Além disso, ressalta-se que ainda existem poucos estudos a respeito deste tema, sendo, portanto, um campo importante a ser estudado.

O projeto de mestrado está inserido no projeto de pesquisa “Almanaque do Agente Comunitário de Saúde: produção, sistematização e difusão de conhecimentos numa perspectiva da informação”¹. O Almanaque é uma proposta de avanço na análise da produção do conhecimento em saúde gerada nas redes sociais dos Agentes Comunitários de Saúde, com sua sistematização e organização sob a forma de um novo produto para a difusão de saberes, conhecimentos e informações em saúde.

Esta dissertação tem como objetivo compreender a relação do ACS com o Sistema de Informação da Atenção Básica (AB) uma vez que os agentes mantêm contato com o Siab ao inserem as informações sociosanitárias coletadas e preenchidas nas fichas de coleta de dados durante as visitas domiciliares (VD), bem como os processos comunicacionais indicados nesta relação. Para tal, aplicamos esta pesquisa no município do Rio de Janeiro.

As questões formuladas para este trabalho, giram em torno dos seguintes pontos: entender como se dá o uso do Siab pelos agentes comunitários de saúde; compreender o uso dado às informações que os agentes dispõem e muitas vezes não são contemplados no sistema; e, por fim,

¹ Coordenado pela professora Regina Marteleto, com financiamento do Edital Universal MCT/CNPq No 014/2008, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz.

como se estabelece o processo comunicacional entre o ACS e a comunidade, visto que este agente está no território tanto como morador/vizinho, quanto como profissional de saúde.

Parte-se do pressuposto de que o fazer cotidiano dos agentes também produz conhecimento, ao reconhecer a distância e os conflitos entre as normas prescritas pela ESF e a sua aplicação na rotina de trabalho. Contudo esse conhecimento muitas vezes não é visto como saber, pelo fato de as informações recebidas em seu trabalho não terem um lugar “oficial” no Sistema de Informação e até mesmo um espaço nas discussões e uma participação na construção e consolidação da Estratégia.

Neste sentido, apresentar e discutir a prática do agente comunitário de saúde com interface na comunicação e na informação é de fundamental importância, uma vez que estes conceitos estão intrinsecamente e fortemente atrelados à prática dos ACS, mais do que isso, na maioria das vezes, esta relação forma um todo quase indivisível.

No primeiro capítulo, Contextualizando o Tema, são apresentados os enfoques normativos e teóricos da ESF, sobre o ACS e o Siab.

No segundo capítulo, são problematizados os aspectos da informação e da comunicação no trabalho do agente comunitário de saúde. Como a comunicação e a informação são a base para o trabalho dos ACS, procuramos compreender a relação do ACS com a comunidade a partir das visitas domiciliares, sobretudo no que diz respeito à valorização do saber destes agentes, que, em geral, possuem um conhecimento não legitimado. Por fim, neste mesmo capítulo, são apresentados os conceitos de redes sociais e mediação relacionados à questão da comunicação e da informação. Discute-se a importância da formação de redes e do trabalho de mediação realizado pelos agentes.

No terceiro capítulo, abordam-se os Sistemas de Informação em Saúde e seu histórico, com ênfase no Siab, bem como o uso de outros sistemas de informação utilizados em algumas unidades de saúde do Rio de Janeiro, trazendo para a discussão o emprego do Siab pela gestão municipal e pelos agentes comunitários.

No quarto capítulo, apresentam-se os procedimentos metodológicos utilizados e as etapas da pesquisa. Optou-se por um estudo exploratório ancorado na metodologia qualitativa.

No quinto capítulo, descrevem-se analiticamente os resultados da pesquisa, discutindo as interfaces do trabalho do ACS com a questão da informação e da comunicação em saúde.

Por fim, nas considerações finais, são retomados alguns dos pressupostos principais sobre o trabalho dos ACS para se pensar sobre alternativas que qualifiquem cada vez mais sua atuação na área da informação e da comunicação em saúde.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

O setor saúde vem se deparando com diversas iniciativas para tentar sanar os “problemas de saúde da população”, ou para orientar a organização da oferta de serviços a esta população. Isto tem sido feito, na maioria dos casos, a partir da formulação de Modelos para o funcionamento das instituições de saúde (Pinheiro e Luz, 2003). Esses modelos, geralmente criados por planejadores ou gestores, são aplicados por meio de regras ou normas. Contudo, como adequar idealmente a realidade concreta à realidade imaginada no momento da proposição de determinados modelos? Uma ação inicial por meio de uma norma ou regra não necessariamente é absorvida de forma idêntica pelos diversos setores (ou pessoas) das instituições, pelo contrário, em se tratando do campo da saúde pública, as normas e regras são adaptadas e lidas de acordo com diferentes bagagens burocráticas e práticas. Diante deste quadro complexo de composição das instituições, parece mais fácil imaginar que um modelo, ao capilarizar-se pelas instituições, transforme-se em algo diferente daquilo imaginado num primeiro momento.

Como afirmam Pinheiro e Luz (2003, p.7) “vê-se que a implementação de modelos *ideais* tende a requerer condições também *ideais* para sua realização”. Assim, o modelo idealizado por técnicos somente alcançaria seus objetivos iniciais mediante a possibilidade de controle de todas as variáveis presentes no cotidiano das instituições. Situação que efetivamente não ocorre. Ressalta-se, neste sentido, que nem sempre o Estado brasileiro adota respostas padronizadas aos problemas de saúde da população. A literatura tem mostrado diversas experiências exitosas no que diz respeito à condução das políticas de saúde no Brasil.

Talvez o maior exemplo possa ser encontrado em propostas de ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde. Mesmo se tratando de um modelo, o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, tem a finalidade de aproximar os serviços de saúde das comunidades. Este programa surge dentro de uma concepção de reorganização do modelo de atenção hegemônico que tinha um caráter emergencial, hospitalocêntrico e baseado estritamente na cura. Pode-se dizer que suas bases foram lançadas pela conferência de saúde realizada em 1978, em Alma Ata, que contou com a participação do Brasil, na qual foi proposto que a

Atenção Primária em Saúde (APS) fosse tomada como aspecto central do modelo de atenção (UNICEF, 1978).

A inserção dos Agentes de Saúde como atores vivos na condução da atenção primária à saúde foi uma recomendação aos países mais pobres durante a Conferência de Alma Ata. Na apropriação brasileira, sobretudo após a Constituição de 1988, podemos identificar duas características principais da Atenção Primária: a regionalização – a partir da identificação das necessidades de saúde de cada região – e a integralidade – que fortaleceria a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas. A Atenção Primária foi definida em Alma Ata como:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento (...). É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (UNICEF, 1978)

Starfield (2002) argumenta que a importância da atenção primária decorre de múltiplos fatores. Para a autora, as profissões da área da saúde ficaram “mais fragmentadas, com um crescente estreitamento de interesses e competências e um enfoque sobre enfermidades ou tipos de enfermidades específicas em vez de sobre a saúde geral das pessoas e comunidades”, além disso, afirma que “a atenção médica eficaz não está limitada ao tratamento da enfermidade em si. Deve considerar o contexto no qual a doença ocorre e no qual o paciente vive” (idem, p.20). Para tanto, ressalta a importância de focar a saúde das pessoas “na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual” (idem, p.27). Assim a autora define a Atenção Primária à Saúde como a atenção que

“aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados,

direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde” (idem, p.28).

Essa mesma autora aponta para algumas transformações necessárias para a implantação de uma atenção em concordância com a concepção proposta por Alma Ata. Starfield enfatiza a necessidade de transformação do enfoque da “doença” para o da “saúde”, da “cura” para a “prevenção, atenção e cura”; do “tratamento” para a “promoção da saúde”, dos “problemas específicos” para uma “atenção abrangente”; da atuação dos “especialistas” para a atuação dos “clínicos gerais” (ou generalistas), da visão exclusiva dos “médicos” para uma visão de “grupos de outros profissionais”, entre outras mudanças.

Importante ressaltar que não existia apenas uma concepção de Atenção Primária em Saúde. Segundo Giovanella (2009), havia duas maneiras de abordá-la: de forma seletiva ou de forma abrangente. Nos países da América Latina nos anos de 1980, a principal abordagem adotada foi a seletiva, de forma que os serviços prestados eram mínimos e, de uma maneira geral, também de baixa qualidade. Assim, eram formulados “pacotes” de ações dirigidas a grupos populacionais específicos, em geral pobres e menores de cinco anos. Tais ações tinham, geralmente, baixa densidade tecnológica e eram efetivadas por trabalhadores pouco qualificados, visando, sobretudo, à redução dos custos em saúde.

Este foi um padrão de atuação do Estado que se enquadrou mais na lógica dos “modelos ideais”, na medida em que a adoção de determinadas práticas seria suficiente para transformar a estrutura sanitária das regiões. Certamente houve muitos avanços, sobretudo no que diz respeito à redução da mortalidade infantil. No entanto, tais medidas apresentavam evidentes limites de melhoria da qualidade de vida das populações.

Diferentemente de uma proposta de cesta básica de serviços, Giovanella (2009) aponta que a concepção abrangente relaciona-se a um princípio orientador do sistema, pressupondo o atendimento com qualidade das diversas necessidades da população e a existência de uma estrutura de rede. Assim, Mendes (1993) apresenta dois subprincípios relacionados a essa compreensão abrangente. O primeiro afirma a capacidade resolutiva de cada nível de atenção e também sua insuficiência frente a determinados problemas de saúde, e o segundo, derivado do primeiro, reforça a necessidade de existência de fluxos claros e estruturados entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

No Brasil, podemos encontrar algumas estratégias de atuação na lógica da Atenção Primária ainda nos anos de 1970, de mulheres agentes de saúde ligadas às igrejas. De acordo com David (2001), esse trabalho era desempenhado a partir de concepções do Movimento Popular em Saúde. Neste contexto, destacava-se a participação das instituições religiosas, que tiveram grande importância na difusão deste tipo de trabalho comunitário. Elas atuavam enfatizando a valor da relação entre os profissionais de saúde e as classes mais populares. Em 1980, pessoas da comunidade, padres, freiras, médicos, enfermeiras uniram-se com este objetivo e criaram o Movimento Popular em Saúde (Mops) (MOROSINI, CORBO e GUIMARÃES).

Tais experiências comunitárias foram sendo apropriadas por políticas governamentais. Assim, na década de 1980, surgiu, em São Paulo, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass). De acordo com Morosini (2010), este programa previa a contratação de trabalhadores que deveriam atuar na própria comunidade em que moravam. Eles recebiam um treinamento rápido e se responsabilizavam por uma série de atividades voltadas para a atenção individual à saúde.

O Piass era voltado para “moradores em regiões de baixa densidade populacional, ou pequenos centros urbanos da região nordeste com condições de saúde muito precárias” (SILVA e DALMASO, 2002, p.76). Os Agentes de Saúde que integravam este programa (e outros que se sucederam) tinham atribuições limitadas a uma lista de tarefas bem determinadas, relacionadas ainda com uma lógica de programas focalizados de saúde:

“O Piass Nordeste, como ficou conhecida a fase inicial do programa (1976-1979), recrutou, nas próprias comunidades a serem beneficiadas, pessoal de nível auxiliar, que era também responsável pela mobilização comunitária em torno das metas do programa: implantação de sistema simplificados de abastecimento de água, de destino de dejetos, e do lixo; hortas, pomares, criação de animais etc. Os auxiliares eram treinados no próprio serviço de saúde para a mobilização social” (MOROSINI, CORBO e GUIMARÃES, p.264, 2007).

O caso mais representativo destas experiências pode ser encontrado no Estado do Ceará, local onde se desenvolveu importante trabalho de agentes de saúde que alcançaram resultados expressivos. Este programa visava a ser um plano emergencial na luta contra os problemas causados pela seca no nordeste. Este foi um projeto pioneiro, pois contou com o trabalho em ampla escala dos agentes comunitários. Foi na esteira destes programas que surgiu, em 1991, o

que hoje conhecemos como Agente Comunitário de Saúde. No entanto, é importante ressaltar que a proposta atual investe de complexidade o trabalho desses agentes, diferente da perspectiva adotada nas décadas de 1970 e 1980. Além disso, dada a importância que este programa assumiu no Brasil, é possível identificar diversas questões importantes que permanecem como desafios no trabalho destes agentes, dentre elas, destacamos aqui a dificuldade de transformar em informação de saúde os dados colhidos na comunidade. Este tema será tratado mais à frente.

1.1 O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

Diferentemente do enfoque que vinha sendo adotado nas políticas de saúde durante as décadas de 1960, 1970 e 1980, a Constituição Federal de 1988 traz o direito à saúde como elemento fundamental da cidadania. Desta forma, coroa muitos dos anseios almejados pelo movimento da Reforma Sanitária. Além disso, a nova ordem democrática brasileira apresenta como referencial de atenção à saúde a ideia de atendimento integral a todas as necessidades de saúde da população. A construção do novo sistema de saúde no país, o Sistema Único de Saúde (SUS), foi aprovada e amparada por esta Constituição. Nesta reestruturação do modelo assistencial, a saúde tomou um novo rumo e as ações nesta área passaram a ter um enfoque mais voltado para a ideia de prevenção e de promoção da saúde, no entanto os profissionais que deveriam trabalhar sob este novo enfoque seriam os mesmos. Isto trouxe novos desafios para o sistema de saúde, sobretudo no que diz respeito à formação de trabalhadores para o SUS. Mesmo este não sendo o enfoque deste trabalho, cabe destacar que, no caso de trabalhadores como os Agentes de Saúde, é fundamental uma formação que valorize o olhar voltado para a promoção da saúde.

Estas e outras questões já estavam presentes na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Esta conferência forneceu as bases da concepção de política de saúde presente na Constituição. Participaram deste momento importantes atores do Movimento da Reforma Sanitária, acadêmicos, profissionais da área de saúde, representantes do Movimento Popular de Saúde, sindicalistas e mesmo outros grupos de pessoas não diretamente vinculados à saúde. O conjunto dessas forças pressionou a Assembleia Nacional Constituinte, que se reuniu

em 1987, para garantir a saúde como um direito de cidadania e não mais como um benefício trabalhista (Luz, 2000).

Como resultado desse momento, temos a inscrição, na Constituição Federal (CF) de 1988, do artigo 196, que assegura a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. O artigo 198 apresenta as diretrizes que devem organizar o sistema de saúde: I) descentralização; II) atendimento integral; e, III) participação da comunidade. Dois anos depois, já com um novo presidente da república, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8080/90 e 8142/90) que regulamenta o SUS.

A Lei nº 8080 incorpora as diretrizes presentes na CF e introduz outros princípios que devem orientar as ações e serviços públicos de saúde, indicando os caminhos a serem tomados nos momentos de decisão política e o caráter democrático que as ações deveriam ter. O art. 7º desta lei apresenta treze princípios:

“I - universalidade (...); II - integralidade de assistência (...); III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (...); X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos” (Brasil, 1990).

Cada um desses princípios tem uma finalidade e expressa alguma transformação em relação ao modelo de atenção existente até então. Ressalta-se, nesse sentido, a importância do princípio VII, “utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática”. Este princípio comporta em si a necessidade de utilização das informações epidemiológicas como base da tomada de decisões em saúde.

Assim, não seriam mais os interesses políticos e pessoais que definiriam a alocação de recursos, mas sim as necessidades de saúde das populações em seus territórios.

Para fins deste trabalho, a clareza desse princípio é fundamental, pois parte do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, objeto de investigação desta dissertação, volta-se justamente para produção de informações de saúde que se tornarão dados epidemiológicos e, portanto, objeto fundamental de conhecimento sobre a situação de saúde das populações.

Com base nas propostas de Alma Ata e dando continuidade ao processo democrático na saúde, no início dos anos noventa, o que se entendia por APS foi revigorado e distanciado da noção seletiva como abordagem, propiciado pela regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a Atenção Primária em Saúde buscou atuar com enfoque tanto nas ações individuais quanto nas coletivas do primeiro nível de atenção. Tais ações caracterizavam-se também por serem abrangentes e voltadas à promoção da saúde e prevenção com atuação na comunidade, ou seja, atendendo à expectativa de se aproximarem os serviços de saúde da moradia das pessoas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a *atenção primária* deve ser implementada a partir de um conjunto de elementos funcionais e estruturais que garantam a cobertura e o acesso universal a serviços de saúde que diminuam as disparidades regionais. Para tanto, suas práticas devem ser baseadas em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis. Além disso, existe uma expectativa de que a atenção primária funcione como organizadora e integradora de redes de serviços à saúde, buscando assegurar a continuidade do cuidado em saúde. Tal continuidade deve se dar pela necessidade de estabelecimento de vínculo com a população e pelo enfoque familiar e comunitário, próprios dessa forma de atuação.

Apropriando-se deste postulado e inserindo a perspectiva brasileira da integralidade, foi proposta a política do Programa Saúde da Família (PSF), que passou a constituir-se como a principal proposta de transformação do modelo assistencial. Cabe destacar que houve uma mudança na nomenclatura PSF para Estratégia de Saúde da Família (ESF), feita no ano de 2006, através da Portaria nº 248. Esta alteração se deu uma vez que o termo programa apontava para uma atividade com início e prazo para terminar. Já que o PSF é uma estratégia de reorganização do modelo de atenção e que não prevê um prazo para sua finalização, ESF é, atualmente, considerado o termo mais adequado.

Assim, a ESF foi concebida com a finalidade de levar à população um modelo de atenção integral à saúde, em que a principal preocupação não é a doença, mas sim como e em que condições a população e suas famílias, cobertas pelas equipes de saúde da família, vivem. Tornou-se, desta forma, um modelo integrado, capaz de incorporar um conjunto de profissionais e saberes numa atuação inter e multidisciplinar. Nos territórios onde atua, a ESF assume o papel de porta de entrada preferencial e torna-se responsável pelo ordenamento do sistema de saúde. Na ESF, busca-se romper com a lógica hospitalocêntrica e curativista, baseada apenas no trabalho do médico. Oferece-se, ao contrário, uma atenção baseada nos preceitos da prevenção e da promoção, com um olhar interdisciplinar da saúde que leve em consideração a constituição social dos sujeitos, sobretudo sua inserção na família e na comunidade.

De acordo com a Portaria nº 1886/1997GM, “uma equipe de profissionais de saúde da família pode ser responsável, no âmbito de abrangência de uma unidade de saúde da família, por uma área onde residam, no máximo 1000 (mil) famílias ou 4.500 (quatro mil e quinhentas) pessoas”. Além disso, recomenda que “uma equipe de saúde da família deva ser composta minimamente pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (na proporção de um agente para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas)”, sendo, no máximo, 12 agentes comunitários por equipe de Saúde da Família. O Agente Comunitário de Saúde atua

“no Sistema Único de Saúde, no campo de interface intersetorial da assistência social, educação e meio ambiente, desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de processos educativos em saúde, privilegiando o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania, no âmbito social e da saúde” (Brasil, 2004, p.17).

Ressalta-se que o trabalho dos ACS aponta para a necessidade de integração entre ações clínicas e coletivas e a promoção da saúde, que mobiliza a articulação intersetorial. Significa reconhecer que o sofrimento das pessoas e seus problemas de saúde não são restritos à área da saúde, mas, ao contrário disso, relacionam-se com outros setores de políticas públicas sociais, como educação, habitação, lazer, cultura, trabalho, transporte, etc. O trabalho do ACS evidencia esta relação a todo o momento.

1.2 ASPECTOS CONCEITUAIS SOBRE O ACS

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), criado em 1991, é considerado parte da Saúde da Família, e, nos municípios onde há apenas este programa, considera-se que este modelo seja uma transição para a ESF. No Pacs, os agentes comunitários são acompanhados e orientados por um enfermeiro/supervisor e ficam lotados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

A Saúde da Família tem sido, assim, a principal estratégia de ampliação da cobertura do SUS, alcançando diversas comunidades por todo o Brasil e possibilitando atendimento inclusive às pessoas que vivem em áreas de difícil acesso. Por essa sua característica, a Estratégia está intimamente ligada aos princípios e diretrizes do SUS.

Os dados do Ministério da Saúde demonstram a importância e profundidade da atenção primária no Brasil. Em abril de 2011, a ESF contava com uma cobertura de 52,8% da população, o que corresponde a cento e um milhões de pessoas. Já o Pacs alcançava 62,9% da população brasileira, ou seja, cerca de cento e vinte milhões de pessoas, distribuídas por 5374 municípios (Brasil/MS/DAB, 2011). Tais dados reforçam o esforço brasileiro na ampliação da cobertura de atenção à saúde e demonstram o potencial de transformação nas condições de saúde da população.

Um ponto que merece destaque na atuação dos ACS diz respeito ao lugar que eles ocupam na comunidade. Por ser morador da comunidade e profissional do SUS, o agente aparece como um facilitador na criação de vínculos. Vínculo que é resultado de uma criação social e que faz parte de um empenho multiprofissional e interdisciplinar que abarca não só a equipe, mas também a comunidade.

Ou seja, ele é um sujeito que tem uma dupla inserção em sua comunidade, ora como cidadão, ora como representante do poder público. Por este motivo, é comum que tanto a comunidade quanto o serviço depositem nele grande expectativa relacionada à resolução de problemas que não são de fácil enfrentamento. Deve-se ressaltar que o trabalho no território é para ser desenvolvido por toda a equipe da Estratégia, e não apenas pelo agente comunitário de saúde, mas, por ser morador, as cobranças recaem muito sobre o trabalho do agente. Este trabalhador, no território em que atua, passa a ocupar um lugar de destaque e a deter um saber

que não é acessível aos outros moradores da mesma região, ele é investido de certo domínio que não é legitimado pelos serviços, é simbólico.

No entanto, tais práticas são permeadas por um discurso que muitas vezes se aproxima mais da tentativa de normatizar a vida das pessoas do que propriamente de educá-las. Os ACS parecem, às vezes, justificar suas ações com base num suposto desconhecimento que a população teria em relação à saúde e seus determinantes.

Diante desse quadro, é necessário alcançarmos uma nova compreensão sobre a comunicação e informação em saúde, na qual as pessoas não sejam apenas destinatárias de uma informação, mas interlocutoras que têm o que dizer e que precisam ser escutadas e consideradas. Neste sentido os estudos de Marteleto e Valla (2003) e Bornstein e Stotz (2009) indicaram um caminho possível a ser adotado, baseado numa nova compreensão a respeito do processo de trabalho dos ACS. Além disso, conforme defendem Araújo e Cardoso (2007), é necessário superarmos a visão de informação e comunicação que se acessa quando necessário, passando a uma visão de construção coletiva.

Isto significa afirmar que a compreensão sobre a saúde pode sim incorporar aspectos populares, religiosos e místicos, mas não como uma forma prescritiva, e sim consensual, tendo no ACS um interlocutor que transita entre os mundos do saber científico e do saber popular, entre a ciência e o senso comum. Isto quer dizer que a comunicação em saúde “exige o enfrentamento de linguagens verbais e não verbais de produção de sentido que viabilizam condições de maior explicitação e eficácia dos enunciados, dos processos de recepção e circulação das informações” (MORAES, 2007, p.65).

Neste sentido, seria também papel do ACS traduzir para a equipe os modos e realidades da comunidade, conduzindo informações que são imprescindíveis para a compreensão do dia a dia da comunidade que vão muito além da doença. Além disso, esse caminho é feito de forma inversa pelo ACS. Ele “traduz para a comunidade o funcionamento e os serviços prestados pela unidade de saúde. (...) essa tradução é capaz de gerar possibilidades de construção de outro tipo de vínculo, entre usuário e instituição de saúde”. (SILVA et al, p.82, 2004).

Assim, a comunicação e a informação no trabalho deste profissional possuem caráter primordial para a consolidação e manutenção da mediação constituída por estes agentes. Soma-se a isso o valor de informações inquantificáveis, que não têm espaço nas fichas de coleta de dados, uma vez que as tabelas e planilhas utilizadas pelos agentes em seu trabalho não abarcam

todos os fatos e detalhes transmitidos pela comunidade a este profissional. O trabalho dos agentes, hoje o principal alimentador do sistema, permite a captação e construção de diversos tipos de informações, embora apenas parte delas seja aproveitada pelo sistema oficial de informação do Ministério da Saúde (MS), o Siab, uma vez que o esperado do ACS por parte do MS, em relação à inserção de informações no sistema, é a quantidade de famílias cadastradas, o que vai definir o repasse de verbas para o município.

Estudos atuais apontam que a alimentação do Siab é, de fato, essencial para a formulação e avaliação das políticas de saúde, o que torna este sistema um instrumento de tomada de decisão. Em uma pesquisa realizada com quatro equipes de Saúde da Família no município de Ribeirão Preto, observou-se que “sem o devido preenchimento das fichas e relatórios, além de prejudicar a avaliação de suas atividades, a equipe pode ser descredenciada junto ao MS” (FIGUEIREDO et al, 2010, p.420). Além disso, os mesmos autores afirmam que apenas ter os dados disponíveis não é suficiente para o uso dessas informações na adequação dos serviços, o que limita o sistema apenas ao registro (idem).

Análise semelhante a esta, realizada também em São Paulo, fala da percepção de uma equipe sobre o Siab. Apesar de eles entenderem a importância da produção de informações para as políticas de saúde, “a preocupação maior da ESF em relação ao Siab se concentra no preenchimento das fichas no cotidiano do trabalho e não na análise das informações que ele é capaz de fornecer para a realização da programação local” (FREITAS e PINTO, 2005, p. 553).

Uma outra pesquisa apresenta mais contribuições ao debate. Silva e Laprega (2005) sustentam que, pelo fato de a análise dos dados se dar no nível central de gestão, o nível local torna-se apenas um mero repassador de dados. Além disso, os autores lembram que as informações de saúde têm uma “ênfase na coleta de dados médicos ou de doenças, não permitindo a construção do perfil de saúde da população” (idem, p.1822). Tal afirmação parece-nos uma contradição, pois construir o perfil de saúde da população é justamente o objetivo dos sistemas de informação. No entanto, cabe mesmo questionar a limitação destes sistemas à luz do referencial sanitário adotado. Embora o SUS busque romper com a centralidade curativista, apoiando-se em enfoques de prevenção e promoção, os sistemas de informação ainda não mudaram completamente seus olhares.

Este desafio apresenta-se ainda mais forte no trabalho dos ACS na medida em que estes buscam ter o olhar da saúde e não da doença, mas a mensuração de tudo que ele faz se dá pelo

enfoque biomédico. Não apenas biomédico, mas, sobretudo, normativo. Não se pode desconsiderar o caráter subjetivo do sofrimento das pessoas e a imprevisibilidade do processo saúde-doença, características que são valorizadas na clínica médica. As ideias de imprevisibilidade e subjetividade chamam a atenção para a coexistência, no cotidiano dos serviços de saúde, de um material simbólico que não se restringe às balizas da racionalidade científica moderna, mas que inclui expressões culturais de diversos modos de perceber os processos de saúde, doença e cura. Contudo, tais aspectos ficam invisíveis na tradução do trabalho do ACS em dados.

A negação de tais características reforça a limitação do olhar da gestão sobre os territórios. Ora, como ouvir as demandas da população se o que se tem para oferecer são sempre as mesmas respostas? O Siab, ao mesmo tempo que possibilita a construção de um mapa da situação de saúde das comunidades, reforça um olhar econômico e biomédico. Este é um dilema difícil de ser sanado, mas que deve ser enfrentado, até para valorizar mais o trabalho realizado pelos ACS. Pinheiro e Luz (2003) afirmam que a racionalidade na Idade Moderna constituiu-se num “regime específico de produção de enunciados de verdades, no qual as regras de produção de verdades são mais importantes, em última instância, que sua veracidade enquanto tal”. Este regime é a base da constituição do conhecimento científico, conhecimento este responsável pela produção dos modelos, pois sua produção, muitas vezes, é mais importante do que a possibilidade ou a viabilidade de sua aplicação.

Os modelos explicativos predominantes para definir demandas (sejam pautados na racionalidade econômica, sejam pautados na racionalidade biomédica) apresentam um traço em comum: a redução do sujeito pela objetivação da doença – atitude que desconsidera os contextos em que os sujeitos estão inseridos – cujas respostas só podem ser elaboradas a partir dos conhecimentos especializados advindos das duas racionalidades (biomédica e econômica). Assim, os “problemas de saúde”, ao serem “retraduzidos” a partir de critérios técnicos, objetivos e quantificáveis, têm nas doenças a face concreta das “reais necessidades de saúde” da população, portanto, os “reais” motivos dos usuários para procurarem os serviços de saúde. Nessa perspectiva, as demandas em saúde não configurariam necessidades de saúde a não ser quando identificadas por um interlocutor/tradutor qualificado, que determinaria “em nome do conhecimento técnico” sua mais adequada conformação e assim ofereceria a melhor forma de respondê-las.

Compreender esta situação é essencial para adotar uma postura crítica quanto às normas rígidas, os modelos fixos e centralizados que caracterizam os modos tradicionais de organização das políticas brasileiras. Pinheiro et al. (2005, p.20) propõem a tese de que a demanda e o direito à saúde devem ser concebidos como concepções renovadoras de sentidos, significados e vozes de sujeitos, identidades e interesses em uma dada sociedade em um determinado momento histórico. Demanda e direito, deste modo, configuram-se como práticas sociais com correspondências em diferentes planos políticos e institucionais, e como exercício democrático e legítimo de afirmação de cidadania.

1.3 A VISITA DOMICILIAR

Com base na discussão realizada, é possível perceber que ainda existem desafios a serem enfrentados para a utilização do Siab na gestão do nível local. A perspectiva apresentada pelo Manual do Siab de que este sistema “amplia o leque de informações, com novos instrumentos de coleta e de consolidação que permitirão sua utilização por toda equipe de saúde da unidade básica” (BRASIL, 2003, p.5) permanece sendo uma potencialidade, não significa que tais dados já sejam revertidos em qualidade da atenção. De fato, a realização cada vez mais intensa de visitas domiciliares, aspecto mais importante do trabalho do ACS, por si só já constitui um avanço na qualidade da atenção no Brasil. No entanto, o que se tem observado é que a coleta de informação presta-se muito mais a dar conta de demandas do próprio Ministério da Saúde (MS) do que é efetivamente utilizado pelas equipes de saúde.

Conforme ressaltou Novato-Silva (2008), existem grandes lacunas nas informações contempladas pelas fichas do Siab, na medida em que “não contemplam as informações coletadas pelos agentes comunitários durante suas visitas” (p.340), não garantindo assim “o aproveitamento e uso de todas as informações válidas coletadas pelos agentes” (idem, p,341). Além disso, o autor afirma que os ACS

“coletam várias informações sobre a saúde dos pacientes que deveriam chegar até os médicos e enfermeiros e que deveriam estar a seu alcance no momento do atendimento dos pacientes, mas tais informações não chegam a seu destino por vias formais, dependendo, para tanto, de que

haja diálogos contínuos sobre todos os pacientes, entre os médicos, enfermeiros e agentes (...)” (p,340).

Certamente, não podemos ignorar uma melhora substancial da qualidade da atenção em nível local, derivada, entre outras coisas, da utilização do Siab, mas é evidente nas falas dos profissionais das unidades básica de saúde que se constitui em uma utilização ainda incipiente.

Embora a face mais visível do trabalho do ACS seja computada pelo preenchimento do Siab, esta não é sua principal atividade desenvolvida. Pelo fato de o ambiente de trabalho do agente ser o seu próprio espaço de moradia e de sua realidade, o “ouvir do agente” é diferente da informação coletada através de uma base de dados. Como destaca Morosini (2010), este é um trabalho muito mais complexo que demanda “qualidades laborais subjetivas”. Tal complexidade se torna manifesta a partir do desenvolvimento da visita domiciliar “que necessita pôr em operação processos comunicacionais, de caráter educativo e informativo” (MOROSINI, 2010, p.143).

A visita domiciliar permite assim, uma compreensão da particularidade de cada família, o que dá embasamento para o desenvolvimento da estratégia e para o incremento do trabalho em equipe. Percebe-se na literatura que há uma cumplicidade e, de fato, uma ligação que fazem do agente comunitário de saúde um trabalhador peculiar com identidade comunitária, que realiza tarefa que não se restringe ao campo da saúde em sentido estrito (MOROSINI, 2010). Esta expectativa pode ser encontrada também nos documentos oficiais. A proposta curricular apresentada pelo Ministério da Saúde em 2004, o Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, reforça a necessidade da existência de uma ligação do ACS com a comunidade, depositando, desta forma, no agente o papel de elo entre o serviço e a comunidade. Morosini (2010) ressalta que os pontos encontrados neste documento:

“Descrevem um perfil social cuja principal função é a de mediação, que não se resumiria a mediar dois pontos ou pólos, representados, nesse caso, pelo serviço de saúde, de um lado, e a comunidade, do outro. Trata-se, ao contrário, de uma mediação composta de várias dimensões que transcendem os limites do setor saúde, que pode se desdobrar entre, de um lado, o Estado, suas políticas, seus serviços, o conhecimento científico que se lhe põe a serviço e, de outro, a comunidade, seu conhecimento próprio, seu modo de existência e suas necessidades. (...) esse perfil social é sustentado em atributos subjetivos e que dizem respeito principalmente à sua origem comunitária” (MOROSINI, p.147, 2010).

No entanto, tal subjetividade requerida como atributo do trabalho do ACS, como por exemplo, a capacidade de conversar com a população, não apenas nos momentos institucionalizados, mas também no dia a dia, pode acabar não sendo algo positivo na medida em que o olhar da gestão sobre este trabalhador acaba por ignorar esse componente subjetivo. Assim, a própria visita domiciliar é identificada como parâmetro de avaliação da produtividade do ACS, medindo o número de famílias cadastradas e visitadas pelos agentes, sem, no entanto, levar em consideração o tempo necessário para a realização desta visita. O fato de os gestores contabilizarem o número de visitas domiciliares realizadas constitui um indicativo de que esta atividade é prioritária para o funcionamento da Estratégia Saúde da Família. Mas, ao contrário disso, conforme ressaltam Fonseca, Machado e Barreto (2008, p.262), olhar para a visita domiciliar “como instrumento de avaliação presta-se muito mais a desempenhar um monitoramento da produtividade do ACS” do que a possibilitar o avanço da melhoria e qualidade do trabalho do agente.

Percebe-se que, pelo fato da dupla inserção do agente em seu trabalho, seja como morador, seja como trabalhador da saúde, como já dito, é comum vermos na literatura a colocação deste trabalhador como mediador, elo ou ponte. É importante perceber que essa mediação é fundamentada pela comunicação, possibilitando o compartilhamento e a troca de informações, mas esse compartilhamento deveria ser entendido como parte do trabalho de toda a equipe e não apenas do trabalho do ACS.

Por fim, é importante ressaltar que o Siab não se restringe a um instrumento de trabalho do ACS. Ao contrário, pelo próprio disposto no Manual do Siab, toda a equipe deveria utilizá-lo como instrumento de trabalho. Mesmo porque as estratégias de comunicação e educação em saúde poderiam se basear em prioridades definidas a partir do Siab.

1.4 O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

A partir do ano de 1991 o Ministério da Saúde transformou em política nacional as experiências locais de agentes de saúde. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) passou a ser uma das principais estratégias, junto com o Programa de Saúde da Família, para “contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da

reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar” (BRASIL, 1997). Entretanto, apenas em 2002 (Lei nº 10.507/2002) é criada a profissão de ACS.

Cabe ressaltar que, na criação deste programa, houve opiniões divergentes a respeito das atribuições deste novo trabalhador. Se, de um lado, reivindicava-se que os agentes atuassem apenas na “racionalização da demanda”, por outro, percebia-se o potencial de seu trabalho, contribuindo inclusive na parte educativa, informando sobre a melhor forma de utilização dos serviços, contribuindo para a melhoria da saúde e para o desenvolvimento social. Pode-se dizer, contudo, que, mesmo tendo uma função determinada, o papel desses agentes acabou sendo estabelecido concomitante às suas práticas e construído, portanto, a partir de cada realidade específica. Talvez o fato de esses profissionais terem vivido durante tanto tempo sem uma definição rígida a respeito de suas atividades tenha possibilitado, em diversos contextos, a potencialização e a ampliação de suas funções.

Uma das funções mais ressaltadas pela literatura a respeito deste trabalhador é a possibilidade de fazer a interlocução entre os usuários e os serviços. Isto é imaginado pela inserção do ACS como um elo nessa relação, como o construtor de um *território comum* no qual é possível a realização do diálogo (SILVA et al, 2004). Contudo, vale ressaltar que não cabe apenas ao ACS essa ligação com a comunidade. Também é desejável, e muito importante, a inserção de toda a equipe no território para que a Estratégia funcione de forma plena.

Silva e Dalmaso (2002, p.77) vêem o ACS como, entre outros fatores, “um elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, de discussão com a comunidade dos problemas de saúde, de apoio ao auto-cuidado”. O Ministério da Saúde também reconhece a importância destes atores em desempenhar este papel, ao afirmar que a formação destes profissionais deve ser capaz de potencializar

“[...] suas capacidades de aumentar o vínculo entre as equipes de saúde e as famílias/comunidade, de facilitar o acesso dos usuários ao sistema de saúde e de liderança, avançando em direção à autonomia dos sujeitos em relação à própria saúde e à responsabilização coletiva pela promoção da saúde de indivíduos, grupos e meio ambiente (BRASIL, p.18, 2004)”.

Cabe ainda ressaltar uma discussão muito importante que vem acontecendo. Trata-se da formação e da qualificação dos agentes comunitários de saúde. Como forma de introduzir e interar os agentes sobre o trabalho na estratégia, logo que entram no serviço, os ACS recebem um curso chamado Introdutório. De acordo com o Ministério da Saúde:

“O Treinamento Introdutório capacita os profissionais para que possam analisar, junto com a comunidade, a situação de sua área de abrangência, no que se refere aos aspectos demográficos, socioeconômicos, ambientais e sanitários (morbi-mortalidade e fatores de risco), identificando os problemas e as potencialidades existentes. Esse diagnóstico da comunidade, ao descrever, explicar e ajudar a priorizar os problemas de saúde da referida área vai permitir programar as ações e atividades, para o enfrentamento dos problemas identificados. O Treinamento Introdutório contribui também para que os profissionais compreendam e apreendam os indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), estabelecendo mecanismos de monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas, que ofereçam suporte ao processo decisório da Unidade de Saúde da Família (USF)”. (BRASIL, p. 11, 2000).

A perspectiva apresentada neste documento do Ministério da Saúde deposita nessa “capacitação” grande expectativa em relação ao potencial de atuação dos ACS, supervalorizando a possibilidade de utilização do Siab. Na expectativa adotada por este documento, os ACS compreenderiam os indicadores, mas, ao contrário disto, sua relação com o Siab parece ser de mero depositário de informações, sem ter consciência sobre sua utilização. Mais uma vez cabe uma ressalva sobre a importância deste sistema de informações em saúde, mas a prática tem demonstrado que não é o ACS o trabalhador que tem o domínio sobre o Siab.

1.5 ATRIBUIÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Nesta seção serão apresentadas as atribuições previstas pelo Ministério da Saúde para os Agentes Comunitários de Saúde. Isto é importante na medida em que a análise empírica das entrevistas demonstrará as limitações e a sobrecarga de seus trabalhos. No entanto, para além disso, essa sobrecarga muitas vezes sequer é percebida pelos gestores, pois estes olham os dados agregados da produtividade dos agentes, sendo que parte significativa de seus trabalhos não é computada.

Dentro da equipe, a rotina do ACS está estabelecida de maneira que ele cumpra diversas atividades que são de sua competência. Este trabalhador realiza atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde através de ações educativas tanto nas visitas domiciliares quanto em atividades coletivas junto à população nas comunidades, nos centros de saúde e nas escolas, e

ainda através das campanhas e com os diversos grupos de saúde (gestantes, hipertensos, diabéticos, etc).

Deve-se ressaltar que, embora mais recentemente as atividades dos ACS apareçam de forma mais objetiva (Política Nacional de Atenção Básica² de 2006), a portaria que estabelece suas atribuições é bastante extensa. A leitura da portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997, que trata das atribuições básicas dos ACS, permite depreender a existência de pelo menos 4 blocos de atividades que se espera que os ACS desenvolvam.

O primeiro deles diz respeito ao trabalho voltado para questões de informação em saúde, tais como:

- realização do cadastramento das famílias;
- atualização das fichas de cadastramento dos componentes das famílias;
- apoio a inquéritos epidemiológicos ou investigação de surtos ou ocorrência de doenças de notificação compulsória.

O segundo bloco proposto volta-se para a realização da promoção e da prevenção nas mais diversas áreas da saúde. Assim, o Ministério prevê que os ACS devam desempenhar as seguintes atividades:

- promoção da imunização de rotina às crianças e gestantes, encaminhando-as ao serviço de referência ou criando alternativas de facilitação de acesso;
- promoção do aleitamento materno exclusivo;
- orientação dos adolescentes e familiares na prevenção de DST/AIDS, gravidez precoce e uso de drogas;
- nutrição;
- incentivo e preparo para o aleitamento materno;
- preparo para o parto;
- monitoramento dos recém-nascidos e das puérperas.

O terceiro conjunto de atribuições relaciona-se às práticas de intervenção mais diretas do ACS na comunidade. Este conjunto apresenta-se mais amplo que os demais pela própria

² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

especificidade dinâmica e dispersa do trabalho dos ACS. Desta forma, o MS prevê um conjunto amplo e complexo de atribuições:

- participação na realização do diagnóstico demográfico e na definição do perfil socioeconômico da comunidade, na descrição do perfil do meio ambiente da área de abrangência, na realização do levantamento das condições de saneamento básico e na realização do mapeamento da sua área de abrangência;
- realização do acompanhamento das microáreas de risco;
- realização da programação das visitas domiciliares, elevando a sua frequência nos domicílios que apresentam situações que requeiram atenção especial;
- execução da vigilância de crianças menores de 01 ano consideradas em situação de risco;
- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 5 anos;
- monitoramento das diarreias e promoção da reidratação oral;
- monitoramento das infecções respiratórias agudas, com identificação de sinais de risco e encaminhamento dos casos suspeitos de pneumonia ao serviço de saúde de referência;
- monitoramento das dermatoses e parasitoses em crianças;
- identificação e encaminhamento das gestantes para o serviço de pré-natal na unidade de saúde de referência;
- realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento das gestantes, priorizando atenção nos aspectos de desenvolvimento da gestação;
- seguimento do pré-natal;
- sinais e sintomas de risco na gestação;
- atenção e cuidados ao recém-nascido;
- cuidados no puerpério;
- identificação dos portadores de deficiência psicofísica com orientação aos familiares para o apoio necessário no próprio domicílio;
- supervisão dos eventuais componentes da família em tratamento domiciliar e dos pacientes com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas;
- realização de atividades de prevenção e promoção da saúde do idoso.

Por fim, o quarto bloco define as atividades voltadas para a realização da educação em saúde.

- Realização de ações educativas para a prevenção do câncer cervicouterino e de mama, encaminhando as mulheres em idade fértil para realização dos exames periódicos nas unidades de saúde de referência;
- Realização de ações educativas sobre métodos de planejamento familiar;
- Realização de ações educativas referentes ao climatério;
- Realização de atividades de educação nutricional nas famílias e na comunidade;
- Realização de atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil; busca ativa das doenças infectocontagiosas;
- Orientação às famílias e à comunidade para a prevenção e o controle das doenças endêmicas; realização de ações educativas para preservação do meio ambiente;
- Realização de ações para a sensibilização das famílias e da comunidade para abordagem dos direitos humanos;
- Estimulação da participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida da comunidade;

A leitura de tais atribuições nos revela a complexidade do trabalho dos ACS. Tal expectativa também comporta parte das dificuldades para o desenvolvimento do trabalho dos agentes. Não seria demais desconfiar da incapacidade de qualquer agente de dar conta de todas essas atividades. A prática cotidiana dos serviços de saúde tem demonstrado que, além de inviável, essa extensa lista de atribuições tem gerado ruídos entre os diversos profissionais das equipes da ESF. Existe uma expectativa difusa de que o ACS é responsável por levar adiante o próprio projeto da Atenção Básica. Nele estão depositadas as principais expectativas de que a proposta dê certo.

Para tanto, seguindo as propostas dos agentes de saúde já discutidas, o MS prevê que a atuação do ACS seja fora do ambiente dos serviços de saúde, uma tentativa de aproximar os serviços de saúde das comunidades. No entanto, essa aproximação traz consigo uma carga de trabalho e de responsabilidade que nem sempre são visíveis. Ao atentarmos para as trinta e quatro atribuições descritas acima, é fácil perceber que algumas delas são mais valorizadas nos sistemas de informação do que outras. Assim, cadastrar as famílias e realizar visitas domiciliares têm sido induzidas como as principais atividades desses profissionais, enquanto outras atribuições mais

complexas, como “desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade (...)” não são apreciadas com a devida atenção.

Importante trazer o texto oficial sobre as atribuições dos ACS, pois isto pode ajudar a delimitar cotidianamente as atribuições e funções específicas deste trabalhador. Silva e Dalmaso (2002) apontam que, em muitos lugares, estes profissionais têm sido sobrecarregados em seus trabalhos. Talvez isto ocorra por uma falta de compreensão e direção da própria gerência que lhes incute a tarefa de desempenhar todas as ações que devam ser desenvolvidas na comunidade. Para Tomaz (2002, p.86), “a identificação de crianças fora da escola, a limpeza das caixas d’água para combater o mosquito da Dengue, a reclamação ao proprietário de uma pocilga instalada numa área urbana, tudo isso e muito mais é de responsabilidade do ACS”. Isto implica diretamente a qualificação dos agentes, que, segundo o autor, passam a receber treinamentos fragmentados.

De fato, não existe uma metodologia que permita ao ACS identificar todas as necessidades da população. E nem é este o objetivo desta estratégia. Mas, não se deve diminuir o fato de ser este trabalhador aquele mais próximo dos usuários, tendo possibilidade, portanto, de captar com maior precisão tanto suas demandas de saúde quanto suas necessidades sociais. A transmutação, no entanto, dessas informações em ações do Estado foge inteiramente à responsabilidade dos ACS. Contudo, esta limitação nem sempre é percebida pela comunidade, que acaba cobrando de seus vizinhos (os ACS) respostas para diversos de seus problemas.

Neste sentido, cabe resgatar o documento que estabelece o Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (2003), o qual descreve tais competências como sendo capacidades “à qual o agente recorre para a realização de determinada atividade que representa um eixo estruturante de sua prática, incorporando as seguintes dimensões: saber-conhecer, saber-ser e saber-fazer”³.

³ Para mais detalhes a esse respeito, ver o documento Perfil de Competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

2 INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Para desenvolver toda a amplitude de tarefas e atividades previstas normativamente pelo Ministério da Saúde, os ACS têm na fala, na conversa e na escuta seus principais instrumentos de trabalho. A comunicação e a informação tornam-se, portanto, fundamentais para o desenvolvimento de suas práticas diárias. Ele não só transmite algo para as pessoas, mas também as ouve, mantém um diálogo, e há uma troca e um compartilhamento de informações tanto com a comunidade quanto, como suposto, com a equipe. Essa troca acontece primeiramente no território em que moram e também atuam, e depois é levada pelos ACS para dentro da equipe de Saúde da Família, possibilitando a discussão e a definição de ações de promoção da saúde para as comunidades. Justamente esta característica deveria fazer do ACS um profissional da saúde que atua da comunidade para o serviço.

Em relação às atividades de informação em saúde, os agentes têm como função primordial o preenchimento do Sistema de Informação de Atenção Básica (Siab). A importância disto reside na possibilidade de consulta, por parte dos gestores, para que implementem as ações de promoção que deveriam de fato ser úteis para as comunidades, considerando as questões que elas mais têm carência e necessidades. Porém, apesar de serem mencionadas as ações coletivas e educativas, o Siab não solicita o preenchimento destas, e acaba privilegiando ações individuais, permitindo apenas a avaliação da produtividade dos agentes, bem como a avaliação dos indicadores predominantemente sobre evento vitais (nascimentos e óbitos) (CAMARGO-JR et al, 2007).

Ao privilegiar apenas a produtividade, as informações geradas a partir dos dados dão à informação uma dimensão técnica desses dados, pois “convertidos em objetos de prática e tecnologias que visam à otimização de sua geração, o uso e transmissão dos documentos e informações, deixam de ser problematizados em suas gêneses”. (MORAES e GOMEZ, 2007, p.558). Cabe reforçar que os modos de geração se iniciam antes mesmo do registro, e os efeitos são obtidos muito depois de sua inserção no sistema. “Os processos de produção de sentido e de comunicação são olhados, porém como questões **ex post**, para serem tratadas e resolvidas após existirem as informações e registros, na fase de sua disseminação ou divulgação” (Idem, p.559).

Cabe ressaltar que o trabalho dos ACS muitas vezes volta-se mais para a produção de “dados” em saúde, ou seja, “uma representação dos fatos em sua forma primária” (CAMARGO-Jr et al, p.254). Esses autores elucidam que a informação “é o resultado da combinação de vários dados que são trabalhados, organizados e interpretados” (idem). Assim a qualidade das informações de saúde depende da qualidade dos dados que são inseridos no sistema. Este parece ser o principal desafio para os sistemas de informação em saúde no Brasil. Mesmo porque ainda vivemos sob uma rigorosa separação entre um trabalho manual e outro intelectual. Assim, não é esperado que o ACS desempenhe mais do que um trabalho manual, qual seja, preencher fichas.

Certamente esta separação entre dois tipos de trabalho não é uma especificidade do ACS, conforma-se da mesma forma por toda a sociedade. Contudo, as próprias expectativas do Ministério da Saúde, por mais que possam ser exageradas e exaustivas, apresentam uma proposta de superação desta distinção. Trazer essa discussão para cá é importante na medida em que a equipe de saúde como um todo deveria utilizar as informações compiladas no Siab. Numa perspectiva idealizada, o planejamento das atividades de cada ESF deveria se dar a partir da análise das informações em saúde por toda a equipe de saúde. O que se tem visto, ao contrário, é certo desprezo dos dados trazidos pelos ACS e a não utilização do Siab como instrumento de gestão (mas tão somente de avaliação). Pode-se dizer que esta prática encontra-se no interior de uma visão utilitarista do conhecimento e da informação. Para Marteleto e Valla (2003), “se a informação é veículo e ferramenta para a intervenção social, então ela expressa os interesses em jogo em cenário sócio-político e revela novos conhecimentos que se constroem a partir da prática, os quais nem sempre são conscientes para aqueles que desenvolvem a intervenção” (Marteleto e Valla, 2003, p.19).

O trabalho do ACS, além de ser desenvolvido dentro das unidades de saúde, é prioritariamente feito no território. O território é o local onde é realizado o trabalho empírico do ACS e de onde os dados são “extraídos”. É no território que ocorrem a comunicação e a circulação de informações que serão a base das ações voltadas à comunidade.

A relação dos agentes com o território traz para este trabalhador da saúde, uma ampliação de suas redes e dos elos firmados. Por outro lado, o significado dessa atuação, não se localiza apenas em seu território de origem, pois o contato do ACS com outros ACS e com as informações que eles buscam para se qualificarem para o trabalho possibilita a estes profissionais uma atuação mais eficaz. Exemplo disso é o surgimento da Confederação Nacional dos Agentes

Comunitários de Saúde em 1994 (CONACS), cuja proposta é unificar a categoria dos agentes e representá-los em nível nacional.

A comunicação entre os agentes e a comunidade, e entre os próprios agentes, permite a construção de suas redes sociais, baseada numa afinidade entre partes e numa relação de interdependência. Stotz (2009) estudou as redes sociais como uma focalização de políticas sociais. Neste âmbito o autor destaca a Estratégia de Saúde da Família, por ser esta um espaço privilegiado para o desenvolvimento de redes. A unidade de Saúde da Família, quando instalada no território de uma determinada comunidade, passa a ser mais um espaço de sociabilidade. E, como todo espaço deste tipo, provoca encontros, trocas e o estabelecimento de vínculos, tanto com a equipe (se esta se mantiver a mesma e não for trocada a cada mês) quanto entre os próprios moradores.

O fato de fazer parte da comunidade em que trabalha traz, para os agentes, uma compreensão de “dentro” do território, o que facilita o vínculo, o comprometimento e a integração não só da unidade de saúde com a comunidade, mas também o contrário:

“Fazer a tradução entre os cotidianos da instituição e da comunidade permite uma aproximação entre partes, retomando a idéia do agente comunitário enquanto elo. Por outro lado, o agente comunitário constitui laço quando a tradução permite transformações nas atitudes dos sujeitos, possibilitando que população e unidade de saúde se percebam interagindo num mesmo espaço, um território de encontro, um *território comum*”. (SILVA *et al*, 2004, p.80).

O trabalho desenvolvido pelos agentes é de extrema importância para o funcionamento da estratégia, que tem no ACS o principal interlocutor para o funcionamento do serviço, tanto para a comunidade quanto para a equipe. Assim, “a visita no domicílio das famílias criaria também uma nova relação com a comunidade diferente do que quando a pessoa vai à unidade de saúde onde não se conhece sua origem” (p.263, Bornstein e Stotz, 2008).

Dessa forma, a comunidade e o próprio serviço percebem o agente como um mediador: “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 se refere à mediação entre diferentes saberes” (p.266, Bornstein e Stotz, 2008). Desse modo, os agentes são referenciais para a população que muitas vezes depende deles para ter um exame marcado, por exemplo, como também para a equipe, que desenvolve sua estratégia baseada não só nas informações sobre dados coletados na comunidade, mas, principalmente, nos relatos feitos pelos moradores aos agentes nas visitas domiciliares.

A mediação realizada pelos ACS apresenta grandes interfaces com a perspectiva da comunicação em saúde. Em primeiro lugar, deve-se reconhecer que o diálogo existente entre os ACS e a comunidade propicia um encontro entre práticas populares e conhecimentos científicos capaz de gerar transformações das relações sociais e das concepções e práticas de saúde.

Esta assertiva difere frontalmente da perspectiva “desenvolvimentista” muito forte no Brasil nos anos de 1950 (Araújo, 2003). De acordo com esta corrente, seria possível transmitir uma informação, repassar uma mensagem, de forma linear, sem ruídos. Contudo, ao contrário disto, é importante ressaltar a influência das relações sociais nas práticas comunicativas. Desta forma, a prática da comunicação constituiria uma espécie de mercado simbólico onde os sentidos são produzidos, circulam e são consumidos. “Nesse mercado os atores sociais negociam seu modo de perceber e classificar o mundo e a sociedade, em busca do poder de *fazer ver e fazer crer*, o poder de constituir a realidade” (ARAÚJO, 2002, p.35) (grifos no original). No trabalho do ACS, essa perspectiva está presente a todo o momento, em cada visita domiciliar, em cada momento de encontro com as pessoas da comunidade é possível haver **troca** de conhecimento e crescimento mútuo. Ou seja, em todos os momentos de interação entre os ACS e a comunidade, o trabalho de comunicação em saúde é desempenhado. Certamente é preciso compreender este trabalho para além de uma perspectiva normativa. Na análise empírica que realizamos encontramos diversas formas de realização deste trabalho que vão além de estruturas fixas, prontas. Destacamos neste sentido o exemplo dado por uma ACS da realização de uma peça de teatro com adolescentes de uma comunidade.

Neste sentido, Marteleto (2003) propõe que, na sociedade contemporânea, os sujeitos sociais, no nosso caso os ACS, assumam um papel diferenciado, superando “o simples papel de receptores e espectadores para o de sujeitos da informação e do conhecimento. Sujeitos produtores de um tipo de informação e conhecimento que sustenta o seu dia-a-dia, age sobre os microespaços e transforma a realidade” (MARTELETO, 2003, p.4).

Esta compreensão mais abrangente da produção de conhecimento tem fortes relações com a perspectiva da educação popular, cujos princípios permanecem atuais e pertinentes. Desta maneira, Valla e Marteleto (2003, p.12) destacam dois aspectos relevantes na reapropriação dos princípios da educação popular. O primeiro deles, de cunho pedagógico, aponta como exigência para o processo de educação a “valorização do conhecimento popular, tema cuja discussão se mostra fundamental, atualmente, em uma sociedade que se baseia na informação – científica,

tecnológica – mas não reconhece a informação produzida pela sociedade”. O segundo aspecto reforça o lugar do saber popular, afirmando que “os diversos grupos e atores que compõem a sociedade civil podem produzir informações que proponham, incentivem ou modifiquem políticas públicas”.

Desta forma, os autores defendem que o conhecimento na educação popular não se baseia numa postura neutra, como preconiza a ciência moderna, mas, ao contrário, constitui-se como “fruto de diversos modos de produção do saber” (idem, p.15). É justamente essa perspectiva de produção de saber compartilhada que potencializa o trabalho dos ACS. De fato, esta é a principal face de seu trabalho, certamente não é a mais visível, mas talvez seja a mais importante.

2.1 REDES SOCIAIS E MEDIAÇÃO: CONCEITOS TEÓRICOS PRESENTES NO TRABALHO DO ACS

Observando a relação entre indivíduo e sociedade, percebemos que vivemos num mundo em que estamos conectados através de redes. Existem elos entre a cultura, o conhecimento, a informação e a comunicação. De acordo com Stotz (2009), podem-se estudar redes sociais na saúde, entre outros aspectos, como: apoio social, solidariedade, focalização de políticas sociais, gestão de políticas e articulação de interesses e compromisso social.

Além disso, compartilhamos com Martins a percepção de que as redes sociais caracterizam-se como um “sistema de trocas formado por fluxos incessantes de dons, bens materiais e símbolos que organizam os sistemas sociais e as próprias individualidades” (MARTINS, 2008, p.124). Para tanto, este autor elenca uma série de aspectos inerentes às relações sociais, mas que ganham mais expressão ao se analisar as redes sociais. No trabalho dos ACS, podemos destacar alguns desses aspectos. O primeiro deles diz respeito aos **lugares** das pessoas – os agentes ocupam um lugar de visibilidade na comunidade, angariando, com isso, reconhecimento e, por vezes, prestígio. O segundo aspecto que merece destaque são os **valores que regem as trocas** – não se pode desconsiderar a existência de laços de amizade e solidariedade entre os agentes e a comunidade. Por fim, destaca-se a ideia de **mediadores colaboradores**, na medida em que os ACS tanto desempenham um papel de responsabilização

com o outro, quanto detêm certa autoridade, baseada em sua inserção institucional e no domínio de um saber ‘um pouco mais científico’.

Tais aspectos são fundamentais para compreender a forma de atuação desses agentes em suas comunidades. Os ACS têm sido referências em suas comunidades para as mais diversas situações. Isto aproxima-se bastante da ideia de apoio social defendida por Marteleto e Valla (2003). Para estes autores, o apoio social pode ser compreendido como “qualquer informação e/ou auxílio material que pessoas e grupos próximos oferecem, entre si, e que resulta em efeitos positivos, sejam emocionais ou comportamentais” (idem, p.16).

Mesmo não sendo objetivo dessa dissertação, é importante ressaltar que a teoria das redes sociais apresentada por Martins tem forte sustentação na teoria da dádiva. A associação entre dádiva e redes sociais implica na busca por uma compreensão das relações sociais estabelecidas na comunidade que incorpore elementos que vão além das obrigações legais e da ordem prática. Significa, antes de mais nada, reconhecer o caráter emancipatório do trabalho dos ACS, que ao mesmo tempo em que promove a cidadania, auxilia na democratização da vida da comunidade, desempenhando um papel extremamente relevante de mobilização social.

Assim, ao analisarmos o trabalho do ACS sob a ótica das redes sociais, pode-se perceber a construção de um tipo de conhecimento social adquirido a partir da construção de diversos vínculos sociais numa gama de articulação de saberes populares (do bom senso e do senso comum, como sugerem Marteleto e Valla (2003)) e de informações técnicas e científicas a que eles têm acesso de diversas formas.

Percebe-se que os ACS são profissionais que desenvolvem suas práticas organizando-se em redes. Sejam as redes constituídas com a comunidade, sejam as redes formadas em conjunto com os demais profissionais da equipe de que os agentes fazem parte. Por este motivo, cabe perguntarmos sobre as características e limites da atuação do ACS como mediador e elo nas ações de promoção e cuidado à saúde, como se dá sua inserção nas redes a que pertencem e de que maneira o apoio social e a solidariedade aparecem na prática dos agentes. Lacerda e Valla (2003, p.187) defendem que “os profissionais de saúde também podem fomentar o apoio social ao incentivar a consolidação de redes sociais já existentes ou favorecer o desenvolvimento de novas redes”.

Vale ressaltar que a rede é interdependente e que os ACS estão ligados a todos os outros indivíduos que participam de sua rede, pois, como afirma Marteleto (2007),

“a posição dos indivíduos nas redes sociais é interdependente em relação a todas as outras posições dos outros indivíduos e de seus elos. A função de uma relação depende da sua posição estrutural, o que é também verdadeiro para o status e o papel de um ator, resultando que uma rede não se reduz a uma simples soma de relações, pois sua forma interfere em cada relação”

De acordo com Haythornthwaite (1997), as redes são lugares onde os grupos se encontram, conectam-se, onde estão todos. A relação é o tipo de troca que pode gerar diferentes redes. Por exemplo, no caso dos ACS, ele pode ser considerado como elo ou o laço:

“Elo, na medida em que serve apenas como veículo de informações; laço, quando consegue estabelecer um território comum onde os sujeitos e seus saberes interagem e dialogam, gerando ações comuns que sustentam a existência desse espaço de encontros. (...) há momentos em que o agente comunitário se encontra tão preso em sua própria corrente, que os elos se enroscam, conformando um nó” (SILVA et al, 2004, p.88).

Outro ponto relevante a ser destacado, que diz respeito à prática comunicacional e informacional do ACS, é o processo da mediação que o ACS realiza. É na realização da mediação que há a possibilidade de compartilhamento de conhecimentos que são construídos a partir dos saberes que circulam entre os seus diferentes espaços sociais. Ao consideramos a mediação como um conceito ligado a ações sociais, percebemos que as ações são fundamentadas pelo elemento da comunicação (ALMEIDA, 2008, p.3).

Em relação à mediação feita pelos agentes comunitários, percebe-se também sua importância em transmitir à população uma compreensão do que é o conceito ampliado de saúde, e, mais do que isso, como o seu trabalho coloca em prática essa concepção, e o conhecimento que foi construído ao:

“estimular o compartilhamento de conhecimentos e a porosidade da equipe de saúde às necessidades e demandas da população, potencializando uma solidariedade entre saberes que, não hierarquizados entre si, podem extrapolar a questão da doença e alcançar a compreensão dos modos de andar a vida locais” (BORGES, ABRUNHOSA, MACHADO, 2010, p. 176).

Bornstein e Stotz (2009) descrevem dois caminhos que a mediação realizada pelos ACS pode vir a seguir: convencer ou transformar. Em relação ao primeiro sentido, os autores reconhecem a existência de um caráter vertical e assimétrico “já que o serviço prioriza suas orientações e procura convencer a população com relação ao valor do saber tecnocientífico.

Trata-se de uma situação que apenas reproduz a lógica do controle sanitário dos serviços sobre a população” (idem, p. 459).

Ao contrário desta perspectiva, a face transformadora da mediação “se daria quando houvesse uma ruptura desta verticalidade, para que existisse maior compartilhamento do conhecimento e maior permeabilidade dos serviços quanto às necessidades e demandas da população” (idem, p.459).

A postura transformadora só é possível mediante a assunção de que existem saberes diferenciados que se encontram na comunidade. Ou seja, há que se reconhecer que todos os sujeitos são produtores de saberes que devem ser reconhecidos e valorizados. Tal assertiva não é consensual nos serviços de saúde. Para muitos profissionais, o trabalho do ACS deveria ser o de transmitir conhecimentos e valores para os grupos menos instruídos da sociedade. Para Marteleto e Valla (2003),

“tanto o poder público como os profissionais de saúde (...) ou do campo acadêmico têm conseguido compreender a fala da população. Ainda que seja ouvida, essa fala será sempre classificada como a do *outro*, que, não detendo o conhecimento formal, socialmente reconhecido, não segue uma lógica do discurso e, portanto, não faz muito sentido. Não havendo diálogo, cria-se o impasse” (idem, p. 11).

Neste sentido, esses autores recuperam o pensamento de Antonio Gramsci que defendia o valor do conhecimento do senso comum. Para este autor, o conhecimento do senso comum é contraditório por ser constituído por um misto de apropriações do discurso hegemônico e de experiências cotidianas. É um saber que se funda com a prática e a partir da prática. Para Valla, Guimarães e Lacerda (2004), as classes populares “convivem diretamente com os problemas decorrentes da pobreza e têm acesso restrito às práticas terapêuticas em saúde” (idem, p.107). Assim, é fundamental valorizar as estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde criados no interior das comunidades.

O desafio dos serviços de saúde está justamente em reconhecer que tal saber também é válido, que é traço de coesão social. Para os ACS, essa questão é fundamental, pois eles são oriundos deste saber, mas se diferenciam e distanciam pelo permanente contato com os serviços de saúde e com os profissionais ‘detentores do saber científico’. Não se pode desconsiderar que a própria comunidade, por vezes, exige essa diferenciação do ACS. Espera dele uma ‘resposta científica’.

Neste sentido, Marteleto e Valla (2003) defendem a ideia da “construção compartilhada do conhecimento”. Esta perspectiva tem como base a necessidade de se reconhecer o lugar de fala e as condições de vida das comunidades. Assim, o caminho para a construção de um serviço de saúde de qualidade que atenda às necessidades integrais da população passa pelo reconhecimento do que “as pessoas pensam sobre seus próprios problemas e que soluções apontam” (idem, p.11). Tal compreensão só é possível de acontecer a partir de uma postura dialógica dos profissionais de saúde. Assim, acredita-se que a formação das redes sociais, conforme viemos discutindo, tem a capacidade de potencializar o trabalho do ACS numa perspectiva emancipatória.

3 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Ao longo do processo de transformações sociais, políticas, econômicas e tecnológicas que vêm ocorrendo no país, surgiu a necessidade de se instituírem meios de regulação e organização das informações produzidas. Nesse contexto, a participação do Estado se intensificou a partir da administração dos interesses relacionados à distribuição e circulação das informações.

Em relação a área da saúde, por ser um setor que se constitui como importante produtor de dados, a discussão sobre as políticas de informação é primordial. Para compreendermos tais políticas desde sua origem, apresentamos um breve histórico, destacando alguns fatos, até a implantação do Sistema de Informação da Atenção (Siab), sobre o desenvolvimento dos sistemas de informação em saúde no país.

Ao olharmos as origens de cada um dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), percebemos diferentes enfoques, e, com isso, diferentes interesses, os quais pretendiam instrumentalizar as ações, cada uma em um instante específico. Assim, de acordo com Moraes (1993), “a aparente desorganização entre as diferentes bases de dados existentes, que uma análise simplista poderia apontar, reflete na prática a lógica norteadora da dinâmica de funcionamento do Estado e de como se dá o processo decisório” (p.40). A autora ainda completa:

“Esta lógica, que fragmenta e retraduz a interdependência dos problemas sociais, está presente hegemonicamente nos SIS. Observa-se que estão fragmentados por áreas específicas, como por exemplo: a) *determinados agravos*: tuberculose, hanseníase, “AIDS”; b) *grupos populacionais*: mulher, criança, idosos; ou c) *percepções próprias dos problemas*: assistência médico – ambulatorial, hospitalar, individual, curativista ou coletiva, “preventivista”. Deter-se apenas neste “recorte” da realidade impede uma visão integradora que resgate a complexidade do processo de vida, doença e morte” (p.41).

Neste sentido, trata-se de um processo de seleção estrutural da informação, na qual esta deve aparecer ou não, de acordo com uma escolha que reflete os interesses de setores do Estado, como respostas a questões localizadas e que pressupõe de que forma e a quem informar. E “o fato de não – informar, não constituir bases de dados integradas, compatíveis entre si, de não tornar acessíveis os dados existentes, etc., são partes de alguns exemplos da política do Estado” (idem, p.43).

Com o intuito de resgatar essas políticas, começamos com o ano de 1930, quando é criado o Ministério da Educação e Saúde. Contudo, ressalta-se que, apenas em 1953, é regulamentado o Ministério da Saúde, através do Decreto número 34.596. A partir de então, foram organizadas as atividades de estatística e informação exclusivas para a saúde no âmbito do Ministério. O que antes era conhecido como Seção de Atividades Médico-Sanitária foi transformado em Serviço de Estatística da Saúde, que era incumbido de sistematizar e analisar os dados sobre os trabalhos médico-sanitários e apresentá-los em publicações próprias ou através do Serviço de Documentação e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que era responsável pela coordenação e coleta. Nessa época, a informação tinha um caráter administrativo, e informar sobre saúde significava mensurar dados referentes a doenças e mortalidade, devido ao entendimento de saúde como algo restrito.

Em 1963, ocorre a 3ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foram apresentados princípios e diretrizes precursores do SUS. Todavia, com o Golpe Militar em 1964, há um retrocesso em toda a discussão e a política centralizadora se intensificou. Logo depois do golpe, no ano de 1965, dada a importância desse tipo de informação para o país, o então presidente, general Castello Branco, enviou ao Congresso Nacional um projeto de lei que propunha a junção dos serviços de estatística do MS. Após essa proposta, foi aprovado o Decreto 56.202, que estabelecia o Regimento Interno da Seção de Segurança Nacional do MS, e dentre suas atribuições, cabia ao setor de informações um papel que podemos considerar como sendo de ‘polícia política’:

“(...) conceber a informação prioritariamente como subsídio para a vigilância política e, secundariamente, como recurso de caráter meramente estatístico. (...) Essa forma de gerir a informação se fundamenta no modelo emissor – receptor, em que a fonte determina o que deve ser informado e a quem, bem como os canais que devem ser utilizados” (BRANCO, 2006, p.70).

Já em 1967, houve a unificação dos institutos previdenciários e foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e o Decreto Lei número 200 atribuiu ao MS a função de elaborar a política nacional de saúde. Em 1970, o Decreto número 66.623 trouxe mudanças na organização do MS, passando a Seção de Segurança Nacional a ser subordinada apenas ao ministro, chamando-se então Divisão de Segurança e Informações, e continuava a cooperar com o Conselho Nacional de Segurança e o Serviço Nacional de Informação (SNI). Já na área da saúde, foi criada a Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde.

No ano de 1973, foi realizada uma reunião, a partir de uma ação da Organização Pan-americana de Saúde (Opas), que contou com a participação de alguns estados brasileiros⁴. O objetivo deste encontro era debater uma série de documentos sobre Sistema de Informação do Setor Saúde para o Brasil. Após a reunião, coube a cada um dos estados brasileiros o desenvolvimento de projetos característicos da área de informação. Rio Grande do Sul deveria atuar sobre a vigilância epidemiológica, São Paulo ficaria no controle administrativo, o Estado da Guanabara permaneceria com as doenças transmissíveis, Pernambuco trataria da utilização de recursos e assistência médica, Pará abordaria a produção de serviços e estatísticas operacionais e o Distrito Federal estaria com o saneamento do meio e controle do atendimento de enfermagem e da qualidade dos atos médicos (BRANCO, 2006). No ano seguinte, em consequência do encontro, foram produzidos pelo MS dois projetos, um de Implantação do Sistema Nacional de Informação sobre Saúde, e outro de Implantação do Centro de Processamento de Dados do MS.

Com a criação de uma empresa de processamento de dados, a Dataprev⁵, que ficava a cargo do ministério da Previdência Social, as informações dos segurados e da prestação da assistência médica dada a eles passaram a ficar sob a responsabilidade dessa empresa. A Dataprev possibilitaria, assim, o controle dos recursos utilizados na previdência, o que dificultava o uso de maneira abusiva desses recursos:

“Passaram a ser mais freqüentes matérias nos jornais acerca do número de contas rejeitadas por irregularidades (cerca de 20%) e denúncias do próprio presidente do INPS sobre o grande número de internações desnecessárias ou de pacientes fantasmas. Reforçava-se, também aqui, a concepção da informação como instrumento teórico, porém, nesse caso, com finalidade primordialmente administrativa, voltada para o controle de gastos e procedimentos” (BRANCO, 2006, p.73).

Em 1975, foi realizada a 1ª Reunião Nacional de Sistemas de Informação de Saúde, nesta ocasião foi estabelecida a criação de um sistema, dentre um dos sistemas que iriam fazer parte do Sistema de Informação em Saúde (SIS), que abarcasse as informações sobre mortalidade. Dessa forma, no ano seguinte, foi criado o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o primeiro de um grupo de sistemas que ainda estava por vir. Ainda neste mesmo ano, foi criado o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE). Já em 1977, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), responsável pela prestação de assistência

⁴ Os estados que participaram dessa reunião foram: Rio Grande do Sul, São Paulo, Estado da Guanabara, Pernambuco, Pará e Distrito Federal

⁵ Criada em 1974, pela Lei número 6.125.

médica, e também delineado o Plano Diretor de Processamento de Dados do MS, que traz em seu texto a ideia de que a informação deve estar diretamente associada à formulação de políticas. Neste mesmo documento, alertava-se para a grande quantidade de dados gerados, e que por isso havia a necessidade da implantação de técnicas modernas para o processamento desses dados, o que justificaria o uso de ferramentas tecnológicas.

Havia três grandes blocos nos quais os sistemas seriam desenvolvidos: os sistemas de interesse geral para o setor saúde; os sistemas de responsabilidade do MS e os sistemas que faziam a parte administrativa. Essa lógica de organização dos sistemas em blocos distintos favorecia ainda mais uma desarticulação das políticas. Percebemos, com isso, que a fragmentação dos sistemas vem desde essa época, quando a implantação de ações de informação em saúde, através de regimes políticos excludentes e autoritários, deixou de fora a participação dos estados e municípios durante todo o processo de formulação. Coube a essas instâncias apenas um papel pontual em poucos projetos, ou um papel de apanhadores de dados.

Em 1980, aconteceu a 7ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foi discutida a importância de se ter um sistema que não só integrasse a informação, mas também que servisse a uma forma de uso mais abrangente e que fosse utilizado em tomadas de decisão.

Nesta época, funcionavam os seguintes sistemas: SIM, Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Imunizações.

Já em 1984, o Ministério da Saúde junto com a Secretaria de Saúde, apresentou um manual que

“trazia modificações em todos os formulários anteriormente em uso. Além disso, enfatizava a importância de que as secretarias não apenas enviassem os dados para o ministério, mas que se empenhassem em efetuar a sua análise para uso local, destacando também a importância de obedecer aos prazos de envio, visando manter a agilidade do fluxo estabelecido” (BRANCO, 2006, p.92).

Ainda no início dos anos 80 a autoridade do Inamps era observada dentro das políticas do Ministério. Apesar da transição da política no país e a afirmação de um governo democrático e civil em 1985, a maioria dos recursos do Inamps estava alocado no setor privado, em que as ações curativas e hospitalocêntricas eram predominantes, indo de encontro ao movimento para uma saúde pública.

No entanto, no ano de 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde na qual foram organizadas algumas teses, cuja principal proposta era de implantação de um sistema único

de saúde no país. Ainda na Conferência, foi também criado um grupo técnico para discussão da criação de um Sistema Nacional de Informação em Saúde.

Sob o efeito da 8ª Conferência, no ano seguinte, foi implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, o Suds. Neste sistema, ficaria a cargo dos três níveis de governo (municipal, estadual e federal) a gestão e a execução dos serviços de saúde respectivamente.

Em 1990 foi implantado o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), na mesma lógica dos sistemas anteriores, que, apesar de serem elaborados com o objetivo de tomadas de decisão em nível nacional, seu uso era limitado a questões locais. É importante que, para uma maior autonomia municipal, a descentralização da informação seja algo imprescindível.

Durante este mesmo período, também foi implantado o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), mais um sistema com características específicas. De acordo com Branco (2006), mesmo essa corrente de criar sistemas desarticulados entre si não era unânime entre técnicos e especialistas:

“Por diversas vezes e em distintos fóruns, alertou-se para a existência de aspectos e interesses comuns entre áreas que apresentavam suas necessidades como específicas muitas vezes por desconhecimento das atividades desenvolvidas por instâncias correlatas, com as quais não havia qualquer integração”. (p.117)

Instituída no ano de 1991, a Fundação Nacional de Saúde passou a ter em sua estrutura o Departamento de Informática em saúde, o DATASUS. Este departamento ficou responsável pela elaboração, implantação de sistemas de informações de áreas fins do SUS. Já em 1994, o Inamps, responsável até então pelo acompanhamento do desempenho e monitoramento da produção dos serviços e ações, foi extinto.

Em 1996, foi criada a Rede Intergerencial de Informações para a Saúde (Ripsa), cujo intuito era de desenvolver um conjunto mínimo de dados e indicadores, coletados anualmente para os países das Américas, permitindo caracterizar situações e tendências de saúde.

3.1 O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA- SIAB

Com a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), surgiu a necessidade de um sistema de informação voltado para tal proposta. Ainda na esteira da implantação de novos sistemas, em 1995 foi criado o Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Sipacs), com o intuito de monitorar o desenvolvimento do Pacs no país. Na criação deste sistema, ancorado no nível federal da gestão, é possível perceber, mais uma vez, a lógica da especificidade para uma determinada demanda. No entanto, três anos depois, em 1998, quando o PSF havia se fortalecido como uma estratégia de atenção primária à saúde em nível nacional, a Coordenação de Saúde da Comunidade da Secretaria de Assistência à Saúde do MS solicita ao DATASUS a criação de um outro sistema que atendesse, também de forma gerencial, as informações coletadas nas visitas às comunidades. Dessa forma, respondendo a essa demanda, é criado o Sistema de Informações de Atenção Básica, o Siab.

O Siab foi desenvolvido como instrumento para gerenciar os Sistemas Locais de Saúde, agrupando em sua elaboração conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária. Esta mudança no sistema de informação faz parte do conjunto de reorganização do SUS no país que introduziu alterações significativas em relação aos sistemas anteriores. Além disso, vemos no texto introdutório do site do DATASUS sobre o Siab, destaque para os principais avanços no campo da informação em saúde:

- “Micro-especialização de problemas de saúde e de avaliação de intervenções;
- Utilização mais ágil e oportuna da informação;
- Produção de indicadores capazes de cobrir todo o ciclo de organização das ações de saúde a partir da identificação de problemas;
- Consolidação progressiva da informação, partindo de níveis menos agregados para mais agregados”.

Importante ressaltar que, por meio do Siab, é possível se obter diversas informações sobre as famílias cadastradas nas unidades locais da Saúde da Família, tais como suas condições de moradia, existência de saneamento básico, a situação de saúde de cada membro da família, além da produtividade e da composição das equipes em todo o Brasil. No ano de 2000, foi criada a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB) dentro do

Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. Esta coordenação tinha como missão a

“Estruturação e implementação de processos de avaliação da atenção básica que permitam monitorar a estrutura, os processos e os resultados das ações e serviços da atenção básica, através da utilização sistemática dos sistemas de informação em saúde e de instrumentos que permitam a realização de avaliações normativas da Estratégia Saúde da Família” (Brasil, 2005, p.12).

Esta perspectiva avaliativa e a disponibilização da base de dados do Siab na internet fazem parte “das ações estratégicas da política definida pelo Ministério da Saúde com o objetivo de fornecer informações que subsidiem a tomada de decisão pelos gestores do SUS, e a instrumentalização pelas instâncias de Controle Social, publicizando, assim, os dados para o uso de todos os atores envolvidos na consolidação do SUS” (Brasil, SIAB).

Cabe destacar ainda que, no momento, a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para que o sistema se transforme, de fato, num sistema que permita o monitoramento e favoreça a avaliação da atenção básica é a reformulação do Siab a partir de sua articulação com os sistemas de informação dos outros níveis de atenção. Ao expor isto, ressaltando o valor do sistema, ainda assim percebe-se que a maior relevância é dada à quantidade de pessoas cadastradas e à produção de indicadores.

Para a alimentação desse sistema, os agentes comunitários de saúde devem preencher algumas fichas durante as visitas domiciliares. Estas fichas abarcam as principais informações sobre o cadastramento das famílias. Somados a essas fichas, também devem ser preenchidos, por algum profissional da equipe que seja de nível superior, relatórios mensais que são enviados para o município, e deste para o estado, que, por fim, encaminha ao DATASUS.

O DATASUS recebe um consolidado de todo o município para depois enviar, mensalmente, para a Coordenação Nacional, essas informações. Nesta emissão mensal, o DATASUS informa quais municípios entregaram ou não as informações, pois isto afetará o repasse das verbas para os municípios. A Portaria No 3462, de 11 de novembro de 2010⁶, artigo 4º, determina que :

“a Secretaria de Atenção à Saúde / SAS adote as providências necessárias quanto à suspensão da transferência de recursos financeiros a Estados, Municípios e Distrito Federal quando o Banco de Dados

⁶ Estabelece os critérios para alimentação dos Banco de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde.

Nacional de um dos Sistemas de Informação em Saúde, estabelecidos como obrigatórios para cada gestão, não forem alimentados e devidamente validados por 3 (três) competências consecutivas”.

O Departamento da Atenção Básica, o DAB, fica responsável pela análise das informações, para depois o DATASUS fazer um consolidado dessas informações e publicá-las em seu *site*. Até o momento, o fluxo dos dados no município do Rio de Janeiro é o seguinte:

Unidade de Saúde → Município → Estado → DATASUS

Há uma nova versão do Siab sendo implementada como piloto, na qual as informações vão direto do município para o DATASUS através de um transmissor. Em consulta ao *site* do DATASUS⁷, durante uma visita feita ao órgão, viu-se que grande parte dos municípios do Estado do Rio de Janeiro, inclusive o próprio Rio de Janeiro, enviou, no mês de junho deste ano, os dados desta maneira. Ainda em testes, nessa nova versão 6.2, as informações vêm por cada equipe e não num consolidado geral.

O Siab tem integração com outro sistema, o Gerenciador de Informações Locais (GIL)⁸, porém a unidade de saúde que utiliza este sistema deve, de qualquer maneira, passar todas as informações para o Siab, para só depois encaminhá-las.

Fica a cargo do Estado o treinamento dado ao município sobre a utilização do Siab, que, através de ações, pode ou não qualificar seus trabalhadores. O DATASUS pode dar suporte, caso seja necessário, ao Estado, para que este seja multiplicador das informações.

Como já dito, algumas fichas e relatórios devem ser preenchidos pela equipe da Estratégia Saúde da Família. Existem normas e portarias que regulamentam e definem prazos e formas de envio dos dados.

De acordo com o manual do Siab (2003), “este é um sistema idealizado para agregar e processar as informações sobre a população visitada” (p.8), e estas informações são preenchidas nas fichas de cadastro e de acompanhamento “e analisadas a partir os relatórios de consolidação dos dados” (idem, p.8).

Os meios utilizados para a captação dos dados são:

⁷ Visita realizada em 2011 ao DATASUS, no Rio de Janeiro, no setor de Gerência de Informações dos Programas de Saúde – Siab.

⁸ Mais detalhes sobre o Gil no subcapítulo - O Siab como elemento do trabalho do ACS: a situação no município do Rio de Janeiro

1) A ficha de cadastro das famílias (**Ficha A**) é preenchida pelos ACS, uma para cada família, e deve ser sempre atualizada se houver alguma alteração dos dados, que, caso ocorra, deve ser levada para a reunião mensal da equipe;

FICHA A		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA					UF
ENDEREÇO			NÚMERO	BAIRRO		CEP	
MUNICÍPIO			SEGMENTO	ÁREA	MICROAR EA	FAMÍLIA	
DATA							
CADASTRO DA FAMÍLIA							
PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABE- TIZADO		OCUPAÇÃ O	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		
PESSOAS DE 0 A 14 ANOS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQÜEN TÀ A ESCOLA		OCUPAÇÃ O	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		
<i>Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas</i>							
<i>ALC - Alcoolismo</i>	<i>EPI - Epilepsia</i>	<i>HAN - Hanseníase</i>					
<i>CHA - Chagas</i>	<i>GES - Gestação</i>	<i>MAL - Malária</i>					
<i>DEF - Deficiência</i>	<i>HA - Hipertensão Arterial</i>						
<i>DIA - Diabetes</i>	<i>TB - Tuberculose</i>						

Figura 1 – Ficha A (frente) do Siab

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO			
TIPO DE CASA		TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Tijolo/Adobe		Filtração	
Taipa revestida		Fervura	
Taipa não revestida		Cloração	
Madeira		Sem tratamento	
Material aproveitado		ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Outro - Especificar:		Rede pública	
Número de cômodos / peças		Poço ou nascente	
Energia elétrica		Outros	
DESTINO DO LIXO		DESTINO DE FEZES E URINA	
Coletado		Sistema de esgoto (rede geral)	
Queimado / Enterrado		Fossa	
Céu aberto		Céu aberto	
OUTRAS INFORMAÇÕES			
Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde _____			
EM CASO DE DOENÇA PROCURA		PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Hospital		Cooperativa	
Unidade de Saúde		Grupo religioso	
Benzedeira		Associações	
Farmácia		Outros - Especificar:	
Outros - Especificar:		MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA		Ônibus	
Rádio		Caminhão	
Televisão		Carro	
Outros - Especificar:		Carroça	
		Outros - Especificar:	
OBSERVAÇÕES			

Figura 2 – Ficha A (verso) do Siab

2) As fichas do grupo **B**, preenchidas pelos ACS mensalmente, são fichas de monitoramento de grupos prioritários, como gestantes (**B-GES**), hipertensos (**B-HA**), diabéticos (**B-DIA**), usuários com tuberculose (**B-TB**), usuários com hanseníase (**B-HAN**).

FICHA B - DIA		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA											ANO			
MUNICÍPIO		SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS:										
ACOMPANHAMENTO DE DIABÉTICOS																
Identificação	Sexo	Idade		Meses												Observações
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Nome:			data da visita do ACS													
			faz dieta													
			faz exercícios físicos													
Endereço:			usa insulina													
			toma hipoglicemiante oral													
			data da última consulta													
Nome:			data da visita do ACS													
			faz dieta													
			faz exercícios físicos													
Endereço:			usa insulina													
			toma hipoglicemiante oral													
			data da última consulta													
Nome:			data da visita do ACS													
			faz dieta													
			faz exercícios físicos													
Endereço:			usa insulina													
			toma hipoglicemiante oral													
			data da última consulta													

Figura 3 – Ficha B do Siab

3) A **Ficha C** trata do acompanhamento de crianças e também é preenchida pelos agentes comunitários. Ela reproduz o **cartão da criança**. São duas fichas, uma para o sexo masculino e outra para o sexo feminino;

4) Há ainda a **Ficha D**, na qual ficam os registros das atividades, procedimentos e notificações. Esta ficha deve ser usada por todos os trabalhadores da equipe, que devem registrar suas atividades diárias e os procedimentos realizados pela equipe. Cada um dos profissionais entrega, ao final do mês, essa ficha preenchida. No manual do Siab, percebeu-se algo curioso nesta ficha, na explicação sobre o campo a ser preenchido Atendimento em Grupo-Educação em Saúde:

“Número de atendimentos em grupo para desenvolvimento de atividades de educação em saúde. Considera-se como grupo para a realização de ações de educação em saúde, aqueles que contam com, no mínimo, dez participantes e duração mínima de 30 minutos. Este procedimento pode ser realizado tanto por profissionais de nível superior como aqueles de nível médio. Não considere as atividades educativas realizadas pelos ACS” (p.41).

Porém, logo abaixo, ainda na mesma página, quando o manual orienta sobre o preenchimento do campo Reuniões, diz que:

“Registrar o número de reuniões realizadas pelo ACS, que contaram com a participação de 10 ou mais pessoas, com duração mínima de 30 minutos e com o objetivo de disseminar informações, discutir estratégias de superação de problemas de saúde ou de contribuir para a organização comunitária” (idem)

A primeira reflexão que nos ocorre, a partir da leitura desse texto, é que não se atribui ao trabalho coletivo realizado por ACS o *status* de atividade de educação em saúde. Admite-se que os ACS possam conduzir discussões sobre temas de saúde, mas, para fins de registro, estas contam apenas como reuniões. Acreditamos que tal diferenciação, que acentua uma desvalorização do trabalho do ACS, apoia-se na divisão social do trabalho sustentada pelo fato de os ACS terem sua origem nas classes populares, vivenciarem uma indefinição de seu papel profissional e de sua formação (Mota e David, 2010). Contrastando com este fato, da impossibilidade de registro na ficha D desta atividade, devemos pensar sobre a densidade que adquire o trabalho do ACS, quando descrito nesta mesma ficha. Assim, atribuiu-se ao ACS a possibilidade de “discutir estratégias de solução de problemas de saúde” e ainda atuar na dimensão política de mobilização, explicitada como “contribuir para a organização comunitária”, ao passo que, para os demais profissionais, a descrição limita-se a definir o tempo de duração (30 min.), o número de participantes e a intenção da atividade (educação em saúde).

Do ponto de vista legal, a educação em saúde é definida pela Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997 como atribuição básica dos agentes. Entretanto, nesta portaria, a ênfase recai sobre recortes de práticas ligadas aos programas de saúde. Assim, se por um lado assume uma maior complexidade do trabalho por tratar-se da educação em saúde, por outro, o faz reiterando o caráter parcial e medicalizado dessa atividade. Vejamos alguns trechos da portaria:

- “Realização de ações educativas para a prevenção do câncer cervico-uterino e de mama, encaminhando as mulheres em idade fértil para realização dos exames periódicos nas unidades de saúde de referência;
- Realização de ações educativas sobre métodos de planejamento familiar;
- Realização de ações educativas referentes ao climatério;
- Realização de atividades de educação nutricional nas famílias e na comunidade;
- Realização de atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil; busca ativa das doenças infecto-contagiosas”[grifos nossos].

A consolidação dos dados das fichas é feita pelo DATASUS a partir dos relatórios informatizados que este setor recebe. Ao todo, são três relatórios que congregam os indicadores de avaliação propostos pelo Ministério da Saúde.

1) Relatórios de Consolidado anual das famílias cadastradas: **Relatórios A1, A2, A3 e A4**. Estes relatórios são informatizados e enviados anualmente. Os números têm a seguinte legenda: 1 microárea (espaço geográfico delimitado pelo número de famílias atendidas pelos ACS, cerca de 200 famílias cada agente), 2 área (conjunto de microáreas que ficam sob a responsabilidade de uma equipe), 3 segmento (trazendo para o campo de estudo da dissertação é a AP 3.1) e 4 município. Ou seja, em cada um destes relatórios seguem os números das famílias cadastradas por microárea, por área, por segmentos e por municípios consecutivamente, e, para preencher um relatório, o responsável deve ter em mãos o relatório da numeração anterior. Por exemplo, para preencher o **Relatório A2**, deve-se ter o consolidado do **Relatório A1**, e assim por diante;

2) Relatório de Situação de Saúde e Acompanhamento das famílias de cada área: **Relatório SSA2 e SSA4**. Devem ser preenchidos por alguém de nível superior da equipe. O **Relatório SSA2** contempla os dados consolidados de todas as fichas (**Fichas A, B, C, D**) e refere-se a microárea. O relatório **SSA4** tem a mesma orientação do **SSA2** e é usado apenas nos municípios onde o sistema de informação não estiver informatizado.

3) Relatório de Produção e Marcadores para a Avaliação por área: **Relatório PMA2 e PMA4**. Os marcadores são situações indesejáveis que devem ser comunicadas a fim de serem avaliadas

mudanças no quadro da saúde de uma respectiva população. Estes relatórios devem ser preenchidos com o consolidado das **Fichas D**, mensalmente, por alguém da equipe que seja de nível superior. O **Relatório PMA4** tem a mesma orientação do **PMA2** e é usado apenas nos municípios onde o sistema de informação não estiver informatizado.

Portanto, uma vez que consideramos a Atenção Básica (AB) como porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde, também podemos considerar a AB como entrada da informação no sistema de Informação em Saúde (THAINES et al, 2009).

O que se espera então deste sistema é que ele possa ser empregado nas políticas públicas de saúde e que suas informações, de fato, sejam revertidas em ações. Porém, o registro em diversas fichas poderia causar um sentimento de trabalho perdido, o que complicaria a fluência do trabalho. Este tipo de sensação deve ser discutido no interior da equipe de Saúde da Família, “no sentido de ressaltar a importância dos registros do Siab para que o mesmo possa ser utilizado em sua plenitude pela equipe local e pelos gestores municipais, estaduais e federais” (SOARES, GOMES, MORENO, 2007, p.203).

Além disso, as informações que não possuem campo de preenchimento nas fichas devem ser levadas às reuniões de equipe, no intuito de reforçar as mesmas como dados importantes no planejamento das atividades realizadas para a comunidade. Neste sentido, o trabalho de comunicação do ACS é de extrema importância e responsabilidade, uma vez que ele é a escuta dessa comunidade nas visitas domiciliares.

Ademais, deve ser lembrada a questão do repasse de verbas, pois, desta forma, manter-se em dia com o preenchimento do Siab significa garantir recursos para o funcionamento da Estratégia, e isso poderia gerar uma preocupação muito maior em prestar contas para obtenção do repasse financeiro do que o acompanhamento da Estratégia e seu funcionamento. Conforme salientou Almeida (2005), os sistemas de informações gerenciais dos serviços de saúde foram criados visando a obter informações “sobre quantas, quais e onde foram produzidas as ações de saúde, por quem e a que custo operacional, tendo como base de coleta de dados os serviços de saúde” (idem, p.39). Assim, para o autor, a avaliação da relação entre o que foi programado e o que foi produzido tem se constituído como a principal prática institucional, “não se levando em conta os elementos acima mencionados enquanto parte dos sistemas de informações gerenciais, necessários ao processo de tomada de decisões muito menos se tem considerado a incorporação de indicadores epidemiológicos” (ALMEIDA, 1995, p.39/40).

3.2 O SIAB COMO ELEMENTO DO TRABALHO DO ACS: A SITUAÇÃO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Seguindo o modelo do Siab, a prefeitura do Rio de Janeiro, no ano de 2006, desenvolveu um sistema de informação próprio chamado de Gestão de Saúde da Família (GSF), através do qual o Siab seria “alimentado”. Este sistema permaneceu até o ano de 2009, quando houve uma transferência do GSF para o Gerenciador de Informações Locais (GIL).

O GIL é um sistema que tem ligação com o Siab e foi desenvolvido pelo DATASUS. Ele é utilizado em algumas unidades de saúde da atenção básica do município do Rio de Janeiro na informatização dos processos da rede ambulatorial e informações sobre a morbidade da população. De acordo com a coordenação do GIL, ele é um sistema que, além de possibilitar o atendimento à necessidade de oferecer uma única entrada para vários sistemas (o próprio Siab, o PNI -Programa Nacional de Imunização; o HIPERDIA - Sistema Hipertensão e Diabetes; o CADSUS- Cadastramento Nacional de Usuários; o SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, etc), ele também proporciona a coleta de dados dos atendimentos realizados pelas equipes da ESF, gerando informações para o Siab. Em relação ao GIL, há uma perspectiva de integração completa dele com os demais sistemas do DATASUS.

Da mesma forma que o Siab, o GIL diz respeito a um sistema que auxilia na administração dos processos na área da saúde. Porém, como consta no *site* do Gil, sua finalidade é “integrar os diversos sistemas da Atenção Básica através de uma única entrada de dados. O Gil não pretende substituir os programas existentes”. Entretanto, sabemos que as informações inseridas neste sistema devem ser repassadas para o Siab. Existe uma planilha disponível no *site* do Gil que se chama: **Exportação da Produção Realizada no Gil para o Siab**, que deve ser preenchida para o envio dos dados.

Assim, mesmo com a utilização de outros sistemas, a unidade de saúde que optar por esta alternativa, terá que, de alguma forma, utilizar o Siab seja no uso das fichas e relatórios, seja no envio do consolidado para a Secretaria Municipal de Saúde que deverá ser feito por todas as unidades através do Siab.

Como visto na visita ao DATASUS, todas as informações consolidadas devem estar no Siab para que elas possam ser recebidas por este órgão. Assim, o que acontece, até este momento,

se alguma unidade de saúde utilizar outro sistema é ela ter de passar o consolidado das informações para o Siab.

Numa Auditoria realizada pelo Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro na Estratégia de Saúde da Família, entre os anos de 2007 e 2009, avaliou-se o uso do GSF. Nesta auditoria, foram aplicados questionários aos ACS acerca de alguns pontos, e, respondendo a uma dessas questões, 63% dos agentes comunitários disseram não considerar o tempo suficiente para a inserção dos dados no sistema, além de 24% terem dificuldade de alimentar o sistema por falta de treinamento adequado para a realização de tal atividade. Percebemos então que o tempo é um fator prioritário para os agentes, no que diz respeito à sua relação com o sistema. Além disso, também aparece no documento que 80% dos profissionais da equipe tinham dificuldades por conta da lentidão na conexão da internet ou por falta de computador na unidade de saúde. Na área programática investigada nesta dissertação, a AP 3.1, aparece no questionário aplicado pelo TCMRJ o que os responsáveis por 4 unidades de saúde disseram a respeito de ter o tempo necessário para alimentar os dados no Siab: 3 unidades acharam que poucas vezes têm o tempo necessário; e 1 unidade de saúde informou que nunca ou quase nunca o tempo é suficiente.

Também foi constatado que, por conta do número insuficiente de computadores, as equipes fazem escala semanal para organizar o uso do computador, o que reduz o tempo disponível para os mesmos. Assim, com a redução do tempo, a alimentação fica prejudicada, o que reflete na produção. Na conclusão do documento, de acordo com a avaliação dos questionários aplicados,

“87% dos responsáveis declararam que a unidade, sempre / quase sempre ou com frequência, tem dificuldades para alimentar o sistema, em razão da conexão da internet ou da falta de computadores. Em outra pergunta desse questionário, 78% dos gestores das unidades informaram que as equipes de saúde da família, nunca / quase nunca ou poucas vezes, têm o tempo necessário para alimentar os dados no SIAB, uma vez que a escala organizada pela unidade, para alimentação da produção, não é suficiente, e limitada pela carência de computadores e internet deficiente” (TCMRJ, p.77-78, 2009).

Como percebemos, parte do trabalho de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família é a alimentação do sistema de informação. Cabe ao agente comunitário, neste contexto, a alimentação do Siab. No sistema, o ACS insere os dados coletados através das fichas preenchidas durante a visita domiciliar. As fichas devem ser inseridas uma a uma (**Fichas A, B, C, D**) para,

numa data estabelecida, geralmente no final do mês, o responsável pelo preenchimento dos relatórios mensais consolidar as informações e encaminhá-las ao município (fluxo apresentado no item anterior).

Essa rotina fica a critério de cada unidade de saúde, ou seja, cada uma delas decide, ao longo da semana, o período que cada agente realizará tal atividade. Há, dentro da equipe, uma ansiedade muito grande em torno desta atividade, uma vez que há um dia na semana específico para a tarefa, que, na maioria dos casos, é vista como algo burocrático e temido, pois dessas informações é que vêm os recursos, e os ACS têm muita clareza sobre isso. Além desta tarefa, reforça-se que os agentes também devem se organizar para realizar as visitas, promover ações educativas com a comunidade, seja nos grupos, seja em atividades dentro da comunidade, participar das reuniões e preencher as fichas nas visitas, o que pode gerar ainda mais um entendimento de acúmulo ou até mesmo de repetição, pois as fichas já são preenchidas manualmente nas visitas.

Como ressaltado anteriormente, muito das informações apreendidas pelos agentes comunitários podem acabar ficando restritas a cadernos pessoais, uma vez que

“os ACS são os primeiros a produzirem informações, pois, transformam os dados apreendidos em suas visitas em algo com significado importante para a boa assistência em saúde dos usuários e para o reconhecimento da população adscrita do município. Porém, (...) o que o ACS repassa para a UBS é somente número e, embora sejam muitos os dados, as informações apreendidas pelo ACS, a quantidade destes na composição dos relatórios da UBS é bem menor” (THAINES et al, 2009, p.470) (grifos no original).

As informações que entram no sistema são apenas as quantificáveis, com caráter tipicamente administrativo de mensuração de dados, que privilegiam os relatórios que abordam a produtividade das unidades. Trata-se aqui de levantar questões sobre a possibilidade de novas formas de inserção de informações e conhecimentos produzidos pelos ACS, deixando de ficar apenas nos cadernos de anotações ou na memória destes trabalhadores.

Desde o final de 2009, no município do Rio Janeiro, a Estratégia é operacionalizada mediante convênios entre a Secretaria Municipal de Saúde e as Organizações Sociais (OS), que ficam responsáveis por gerenciar os projetos (sendo a ESF um projeto governamental do MS), as quais contratam os profissionais das equipes através de vínculos regidos pela CLT e, em contrapartida, estas OS recebem taxas gerenciais.

Além disso, outro aspecto considerado no preenchimento correto das fichas e dos relatórios é que deles vai depender o planejamento da dispensa de medicamentos para os usuários cadastrados. Ou seja, se estiver cadastrado um número inferior de usuários daquela unidade de saúde com hipertensão arterial, por exemplo, e se esse número for maior, poderá faltar medicamentos.

Na análise realizada por Moraes e Gómez (2007) sobre o Sistema de Informação em Saúde (SIS), o preenchimento do Siab pelos ACS também descaracterizaria o sujeito da comunidade, pois, neste sistema, o indivíduo perde sua identidade como sujeito pleno, perde sua história, fragmentando-se em variáveis e, mesmo nas variáveis socioeconômicas, aparecem os grandes problemas referentes à qualidade. Para as autoras, é necessário seguir em uma nova direção em relação ao conceito de saúde, em que seja respeitada, por parte do Estado e de suas bases políticas, a inserção dos indivíduos no espaço em que vivem e trabalham e, ainda, os seus modos de vida. Esta seria uma forma de superar as limitações da informação em saúde.

Uma outra parte do trabalho do ACS, que é a busca ativa – encontrar as pessoas, o tempo que eles levam para encontrá-las, o tempo de conversa com elas –, não é considerado. O que acaba importando, nesta lógica do sistema de informação, no momento de avaliação, por exemplo, é a quantidade de hipertensos quantificados. Os agentes comunitários descrevem que “o saber ouvir” é uma característica muito importante para o seu trabalho. Pois muitas vezes, o que as pessoas visitadas conversam com os agentes é muito mais voltado para as condições de vida e as rotinas, que interferem na saúde dessas pessoas, mas que não são contempladas num instrumento. Por isso, é muito importante que sejam levadas à equipe tais informações para contribuir para o planejamento das ações e o cuidado com as famílias.

Cabe ainda reafirmar, por fim, que a prática do ACS é vista, em última instância, apenas a partir da dimensão quantitativa, expressa pelos dados presentes no Siab. Assim, este trabalhador pode ficar preso num círculo vicioso de coleta e preenchimento de banco de dados, deixando de lado, muitas vezes, outros aspectos importantes do uso do sistema, como a própria construção e difusão de informações que poderiam fortalecer e potencializar a comunicação e a educação em saúde.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta dissertação se insere em um conjunto de projetos conduzidos por um grupo de pesquisadores que vem trabalhando e discutindo em conjunto questões referentes aos agentes comunitários de saúde. Fazem parte deste grupo pesquisadores do Ict / Fiocruz, da UERJ, da UFRJ e da EPSJV/Fiocruz. Um desses projetos é o “Almanaque do Agente Comunitário de Saúde: produção, sistematização e difusão de conhecimentos numa perspectiva da informação”, financiado pelo CNPq/MCT, coordenado pela pesquisadora do Ict e orientadora deste trabalho, Regina Marteleto.

O projeto foi desenvolvido nas capitais de três diferentes estados da federação – Rio de Janeiro, Pernambuco e Rio Grande do Sul. Ele foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fiocruz (CEP/ Fiocruz) e, dessa forma, a pesquisa de mestrado, ao utilizar a mesma base de dados do projeto, não tornou necessário que o projeto passasse pelos trâmites do Comitê de Ética, conforme consulta formal feita ao próprio CEP/Fiocruz, sendo apenas necessário um adendo ao projeto já aprovado. A autora desta dissertação integrou este projeto no campo do Rio de Janeiro, participando de oficina com os agentes comunitários, realizando entrevistas, transcrição de entrevistas e escrita para o conteúdo do Almanaque.

A base de dados do projeto, o *Dropbox* (Anexo 1), está disponível para todo o grupo de pesquisa. Esta plataforma contém todos os dados coletados na pesquisa: as entrevistas, os documentos pesquisados, as imagens, etc.

A pesquisa de mestrado localizou-se no campo do Rio de Janeiro e foi empreendida em três etapas: 1) pesquisa bibliográfica, ressalta-se que a bibliografia específica a respeito da relação entre o trabalho do ACS e a comunicação e informação em saúde é bastante escassa; 2) consulta ao banco de dados da pesquisa do Almanaque, incluindo as entrevistas; e 3) aplicação de questionários dedicados especificamente às questões referentes ao Siab. Além disso, também foi realizada uma visita ao Datasus, na Gerência de Informações dos Programas de Saúde –Siab. Nesta ocasião foi feito um contato com a gerente responsável pelo Siab, que apresentou o funcionamento do sistema e o fluxo das informações. Tal visita permitiu complementar as análises das entrevistas com um olhar mais atento, especialmente no que se refere ao tema do sistema de informação.

A fim de responder aos objetivos desta dissertação, optou-se pela utilização de uma pesquisa de cunho qualitativo e caráter exploratório, a partir de três eixos analíticos. O primeiro deles, conceitual, volta-se para a discussão acerca do trabalho dos ACS, os pontos de interseção e as contradições existentes entre as políticas para os ACS e suas práticas cotidianas. Os agentes exercem o papel de mediadores nos processos de comunicação com a população e com a equipe técnica, gerando um saber próprio, que se origina nessas práticas.

Esta etapa contou com uma revisão de literatura, na qual se apresentaram dados sobre um conjunto de trabalhos relativos ao tema Agente Comunitário de Saúde. Esta busca foi realizada na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com o auxílio de uma profissional bibliotecária da BVS.

Na pesquisa realizada, foram encontrados 153 resultados na busca pelo termo “agente comunitário de saúde”⁹, preenchido no campo “todos os índices” e “todas as fontes”. Destes, foram selecionados 101 artigos em língua portuguesa e ainda retirados os que apareceram repetidos. Após fazer essa busca, foi possível identificar qual caminho teórico metodológico seria seguido. A ideia desta fase foi contribuir para a leitura e análise das entrevistas, que ocorreram na segunda fase.

Ainda nesta etapa, foram identificadas duas categorias entre os materiais encontrados: a mediação e as redes sociais. Ambas apareceram como características presentes no trabalho dos agentes. A *mediação* trata da maneira como o ACS é percebido como principal atuante nesta relação por ser o profissional que mais se faz presente na comunidade, como agente de saúde, através das visitas domiciliares, como morador, e também em sua relação com a equipe. É o agente comunitário quem estabelece vínculo com as famílias e relações de confiança que advêm tanto das visitas domiciliares, quanto do contato permanente.

A ideia de *Redes Sociais* apareceu como conceito analisador das relações de contato estabelecidas pelos agentes. Essas redes podem ocorrer entre os próprios agentes, entre os agentes e a comunidade e entre os agentes e o restante da equipe. Essas redes são consideradas importantes no trabalho destes profissionais, pois interferem de forma positiva na construção de conhecimentos e também no reconhecimento de sua profissão.

⁹ O termo agente comunitário de saúde ou ACS não consta no Descritor em Ciências da Saúde (Decs), neste sentido, a pesquisa foi feita no campo de pesquisa livre.

O segundo eixo debruçou-se sobre as falas dos agentes e foi dedicado à análise dos dados das entrevistas. Esta fase teve como intuito compreender e analisar os limites dos agentes em relação à coleta e notação de dados, entender como ocorre a busca de informações feitas pelos agentes nas visitas domiciliares e também perceber a construção dos seus saberes por meio de suas práticas de informação e comunicação. Empregou-se, para tanto, os dados de entrevistas com profissionais das equipes técnicas da ESF e com lideranças e membros históricos e fundadores das associações de ACS, além de entrevistas realizadas com formadores e especialistas no estudo do trabalho dos agentes, todas no âmbito do Projeto do Atamanque. Todo o material desta etapa encontra-se na base de dados da plataforma *Dropbox*, que foi criada para a organização dos documentos de tal projeto.

O roteiro de entrevista usado na pesquisa do Almanaque é composto por cinco partes, e, para discussão nesta dissertação, foram extraídos cinco temas que surgiram a partir das falas a fim de tentar compreender: 1) como se dá o processo comunicacional nas visitas domiciliares; 2) o processo da coleta de dados; 3) a figura do ACS como mediador; 4) a relação do agente comunitário com o sistema de informação.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas a partir de um roteiro com questões sobre o trabalho e também sobre as práticas e os direitos dos agentes. A entrevista semiestruturada permite garantir espaços livres para que o entrevistado esteja à vontade caso queira fazer ponderações, complementos ou críticas, que podem ser informações úteis e valiosas para a pesquisa. Os resultados não se baseiam apenas nos dados colhidos, mas também nas reflexões críticas do pesquisador que estabeleceu contato com o fato.

A entrevista semiestruturada tem a vantagem de combinar a maleabilidade da questão não estruturada com um roteiro de controle, que, na verdade, é um guia para o desenvolvimento da entrevista. As perguntas gerais, feitas de forma mais aprofundada dão margem às perguntas mais específicas que vão moldando a entrevista. A condução desta entrevista é, portanto, feita através do conhecimento do entrevistado, que vai se adaptando ao roteiro do pesquisador (DUARTE, 2009).

O terceiro eixo trata da ida ao campo. Nesta etapa, foi realizada a aplicação dos questionários para os agentes, especificamente sobre o Sistema de Informação, com foco no Siab, a fim de complementar as etapas anteriores e esclarecer algumas dúvidas que ainda persistiram, e também a ratificar dados sobre o uso dos Sistemas de Informação.

Os dados e informações alcançados a partir da metodologia adotada foram analisados e considerados na discussão e apresentação dos resultados. A análise foi baseada nos documentos pesquisados, nas falas e respostas dadas pelos agentes comunitários. Optou-se por uma abordagem analítica com base no que Bardin (2006) denomina de *Análise de Conteúdo*. Minayo (1992) afirma que este instrumento conceitual e analítico

“parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso a análise de conteúdo em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção de mensagem” (idem, p.203).

A partir deste instrumento, foi possível pôr em diálogo o referencial teórico selecionado e a forma como os ACS desempenham suas atividades. Além disso, foi possível evidenciar as contradições existentes entre as práticas descritas pelos ACS e as prescrições normativas do Ministério da Saúde. Neste sentido, como recomenda Minayo (2002), foi possível realizar o exercício de ir além das descrições das falas no sentido de interpretá-las, indo além dos sentidos manifestos do material.

Esse exercício de interpretação foi realizado a partir da leitura do conjunto das falas e, em seguida, pela análise das temáticas selecionadas. Por este motivo, optou-se por referir-se indistintamente aos entrevistados como ACS, como fazendo parte de um mesmo universo de significados. Esta opção traz como vantagem, em primeiro lugar, a garantia do anonimato dos entrevistados, conforme recomendação do próprio CEP e, em segundo lugar, a possibilidade de compreensão do campo para além das questões individualizadas, mas como um todo complexo e imerso em contradições. Certamente as falas individualizadas evidenciam conflitos e especificidades importantes para certas análises qualitativas. Nesta pesquisa, no entanto, o enfoque que elimina as especificidades nos parece mais propício para a compreensão da dinâmica do trabalho dos ACS; o olhar específico da análise não foi o ACS, mas suas práticas de comunicação e informação em saúde, sobretudo sua relação com os sistemas de informação.

4.1 CAMPO EMPÍRICO

O campo da pesquisa foi o município do Rio de Janeiro¹⁰. Este implementou a ESF no final do ano de 1995, quando a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) decidiu pôr em prática a estratégia na Ilha de Paquetá, onde havia, na época, 4000 habitantes. A rede municipal de saúde do Rio de Janeiro se organiza por áreas programáticas (AP), e, de acordo com dados da Coordenação de Saúde da Família, no ano de 2009, havia 64 unidades de saúde e 222 equipes, com uma cobertura de aproximadamente 16 % da população do município.

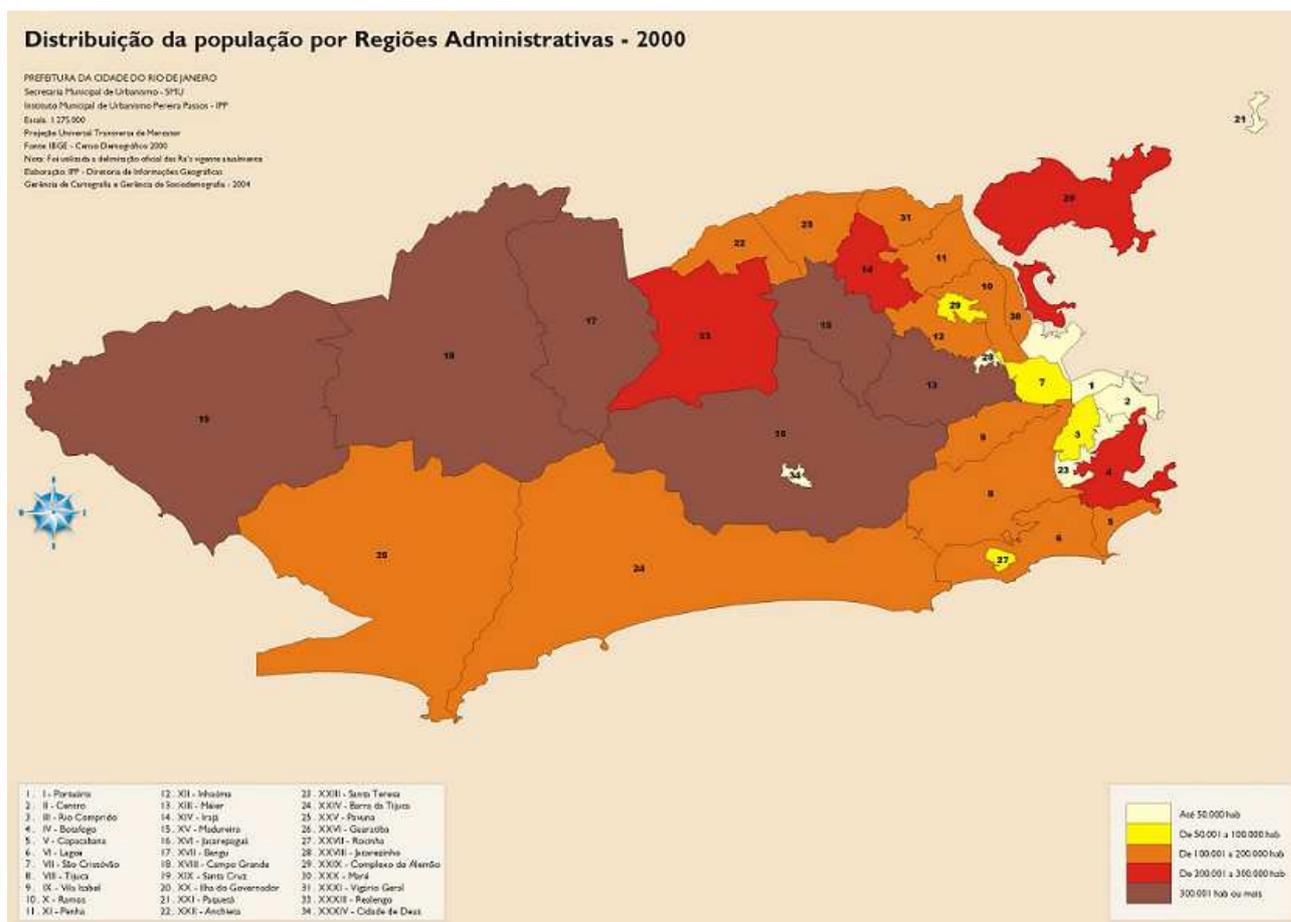


Figura 4 – Distribuição da População do Rio de Janeiro por Regiões Administrativas

Fonte: Censo 2000/IBGE

¹⁰ De acordo com dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, no Estado do Rio de Janeiro, em maio de 2010 havia 87 municípios cobertos pela Saúde da Família e 89 municípios com agentes comunitários de saúde. Fonte: Departamento de Atenção Básica / Ministério da Saúde.

As entrevistas do projeto do Almanaque utilizadas foram realizadas no município do Rio de Janeiro, no ano de 2010, na Área Programática 3.1¹¹. Utilizamos as entrevistas feitas com os agentes comunitários e com profissionais que participaram do processo formativo dos ACS.

Segundo dados do Tribunal de Contas do município do Rio de Janeiro, a AP 3.1 concentra o maior quantitativo populacional, tendo uma cobertura populacional, até o mês de abril 2009, de 9,8%, sendo seu número de famílias cadastradas 35.734, com uma média de visitas, realizadas ao mês, de 171.

As entrevistas com os agentes foram feitas após uma oficina realizada com os próprios ACS. Nesta oficina, discutimos a compreensão deles sobre almanaques e debatemos o que poderia entrar como conteúdo para o Almanaque do agente comunitário. Após isso, os agentes se encaminharam para as entrevistas. Foram realizadas nove entrevistas ao total.

Além das entrevistas qualitativas realizadas, também foram aplicados alguns questionários com 16 ACS. A proposta era investigar, após as entrevistas realizadas, se outras unidades de saúde utilizavam um sistema de informação diferente ou complementar ao Siab, e de que forma os ACS inserem dados e/ou fazem uso do Siab e de outros sistemas de informação. Com isso, foi possível relacionar algumas questões encontradas nas entrevistas, com os dados obtidos nos questionários.

Dois questionários foram respondidos por agentes comunitários alunos do Curso de Técnicos de Agentes Comunitários de Saúde e quatorze questionários por agentes da unidade de saúde Albert Sabin, na Rocinha (AP 2.1). Nesta área, 2.1, o contato foi feito com uma enfermeira, responsável por uma equipe de 6 (seis) agentes. O questionário, no entanto, foi aplicado para 14 (quatorze) agentes comunitários de saúde desta unidade, de diferentes equipes.

¹¹ Os bairros que fazem parte da AP 3.1 são: Bancários, Bonsucesso, Braz de Pina, Cacua, Cidade Universitária, Cocotá, Complexo do Alemão, Cordovil, Galeão, Jardim América, Jardim Carioca, Jardim Guanabara, Manguinhos, Maré, Moneró, Olaria, Parada de Lucas, Penha, Penha Circular, Pitangueiras, Portuguesa, Praia da Bandeira, Ramos, Ribeira, Tauá, Vigário Geral, Zumbi, Freguesia - Ilha, Cidade Alta e Nova Holanda.

5 RESULTADOS DA PESQUISA

A análise dos resultados das entrevistas e questionários proporciona um conjunto de questões que nos permite pensar sobre as diversas faces da informação e da comunicação no trabalho desenvolvido pelos Agentes Comunitários. Um primeiro elemento que merece destaque diz respeito à compreensão da organização do fluxo das informações e da comunicação em saúde como uma forma de “construção compartilhada de conhecimento” (VALLA e MARTELETO, 2003).

Trazendo a questão da informação aos ambientes do conhecimento social, percebemos os processos pelos quais o diálogo e o compartilhamento entre diferentes formas de saber permite construir novos saberes que podem ser revertidos em ações do cotidiano, visando à transformação social e ao fortalecimento das identidades coletivas e individuais.

Com isso, ressalta-se que a relação entre o conhecimento que se adquire no trabalho, com o caráter formal da informação e da comunicação, contribui para a construção de novos saberes. Saberes esses que podem fortalecer a Estratégia Saúde da Família. Entendemos então que a informação pode ser uma ferramenta importante para o conhecimento e as práticas em saúde. Por isso, “a forma como se constrói a informação é decisiva para definir as imagens da realidade, sua construção simbólica, e, conseqüentemente, o tipo de uso que se pode fazer dos dados” (idem, p.19).

5.1. O SIAB: APENAS UMA ATIVIDADE BUROCRÁTICA?

Apresentaremos, a seguir, a situação do Sistema de Informação da Atenção Básica como um dos instrumentos de trabalho no cotidiano dos agentes comunitários de saúde. Antes de tudo, reafirmamos que seu uso varia de acordo com o prescrito em cada unidade de saúde.

Vale destacar que as atividades que são prescritas aos agentes, em relação ao uso do Siab, dizem respeito à coleta de informações nas visitas domiciliares que são preenchidas nas fichas, ao preenchimento de um relatório mensal de atividades e à alimentação do sistema.

Os agentes compreendem a alimentação do Siab como algo que excederia suas tarefas, pois, segundo eles, significaria uma duplicação do trabalho, já que eles realizam o preenchimento das fichas em campo e também inserem os mesmos dados no sistema.

Alguns agentes, inclusive, criticam o excesso de atividades, o qual se alia ao caráter pouco dinâmico de mais esta (alimentação do Siab), também por requerer um tempo de trabalho que poderia ser destinado às visitas domiciliares, por exemplo. Isto estaria de acordo com o que Dal Rosso (2006) categoriza como *intensificação do trabalho*. Para este autor, há a intensificação quando o trabalhador alcança mais resultados num mesmo período de tempo. Assim, os ACS são cobrados quantitativamente mais, sem que para isso se melhorem suas condições de trabalho.

Nas falas dos agentes, esta situação aparece muito clara quando colocam esta circunstância:

“Aí temos que ficar botando, alimentando o sistema. Que eu acho um erro... Que a gente já faz o cadastro na rua, então a gente faz dois trabalhos, a mesma coisa...”
[Fala de ACS].

“A gente cadastra na rua, aí chega lá tem passar tudo pro computador, a mesma coisa” [Fala de ACS].

“O mesmo trabalho duas vezes, não?” [Fala de ACS].

Complementar a esta problematização, alguns ACS questionaram a quantidade de fichas a serem preenchidas, visto que estas são excessivas. Houve inclusive o questionamento quanto a tecnologia utilizada, indicando a conveniência de adotar-se um equipamento que permitisse o ingresso dos dados diretamente no sistema. Além disso, os agentes apresentaram uma relação direta entre problemas de saúde e características da execução do trabalho.

“Acho que são nove fichas... Nove fichas que nós preenchemos, ou deveríamos preencher. Vou ser bem sincera, como eu botei ali no [...] eu sou sincera. Deveríamos preencher, mas aí fica um peso danado num ombro só. No meu ombro eu tenho que fazer fisioterapia, mas ainda não fui fazer, ainda não tive tempo de fazer fisioterapia, tô com o encaminhamento. Além da bolsa que é horrível, e eu acho que deveria ser em forma de mochila, pra dividir pelo menos, equilibrar pelo menos o peso, são as quantidades de fichas, que poderiam ser compactas. Por que nós temos que preencher...” [Fala de ACS].

“E essas fichas que deveriam diminuir todas, ou deveria ser aquele Palmer, a gente deveria ter aqueles Palmer que a gente botava e já ia tudo direto pro sistema, não precisava fazer mais nada. Poderíamos ter um Palmer aqui, mas é meio difícil... como a gente costuma dizer, não temos nem receituário, imagina um Palmer” [Fala de ACS].

Os ACS percebem também que o momento da coleta dos dados nas fichas fica prejudicado pela forma burocrática como é realizado, pois essa tarefa torna-se mais uma dentre todas as outras a cumprir. Ou seja, “a preocupação maior da ESF em relação ao Siab se concentra no preenchimento das fichas no cotidiano do trabalho e não na análise das informações que ele é capaz de fornecer” (FREITAS e PINTO, 2005, p.553).

“As atividades? Ah é visita domiciliar, tenho também que alimentar o sistema no computador...” [Fala de ACS].

“O sistema agora, hoje? Nós recolhemos as informações como já é sabido, colocamos nas fichas no papel. Tem um sistema chamado Siab” [Fala de ACS].

“Faço, precárias, mas faço. Só o necessário para as informações não irem vazias (...) pelas estatísticas” [Fala de ACS sobre as visitas domiciliares].

“Deveríamos fazer só a nossa função realmente, que é cadastrar e acompanhar. Nós faríamos melhor o nosso trabalho, acho que a gente deixa a desejar por acúmulo de função” [Fala de ACS].

Sobre o uso do Siab, outro agente informou que sua unidade de saúde utiliza o Gerenciador de Informações Locais (GIL) e explicou o funcionamento deste sistema. Vale ressaltar que, como já exposto ao longo do capítulo 3, ao utilizar qualquer sistema em substituição ao Siab, o consolidado das informações coletadas deve ser repassado para o Siab, para que o DATASUS possa recebê-lo. E, além disso, talvez ele não tenha se dado conta, mas, ao utilizar as fichas, ele também está utilizando o Siab.

“agora o novo sistema se chama GIL, que é Gerenciador de Informações Locais. Nesse sistema eu tenho a minha senha, só eu que entro no meu nome. Lá eu coloco todas as minhas fichas, os grupos de risco: hipertensos, diabéticos, gestantes, tuberculose... todo grupo de risco eu coloco direto nesse sistema” [Fala de ACS].

Continuando em sua fala, ele ainda expressa algo que pode ser considerado mesmo na ferramenta do Siab, que é a forma avaliativa. Isso fica claro quando o agente fala do sistema que avalia seu desempenho na atividade.

“E esse sistema diz como é que eu estou, como eu não estou...” [Fala de ACS].

Percebemos então, que as informações que alimentam o sistema são apenas passíveis de privilegiar números, voltados para a quantificação da produção e avaliação da equipe e que, em última instância, são usadas para o repasse financeiro. Isto fica evidente nas falas dos agentes, que sabem que esta atividade possui, essencialmente, caráter produtivo.

“É, dessas informações que vem o retorno, vem o gasto, vem o que vai ser gasto naquela área. Eu deixo isso muito bem claro para as pessoas. Vocês têm que ser recebidos...” [Fala de ACS].

“Aí a gente manda para a CAP, da CAP manda para a secretaria, pois estamos com falta de computador. E a secretaria manda pro ministério, que é em cima desses dados que eles recebem todas as verbas” [Fala de ACS].

“É o tal do se vira, se vira e procure fazer o seu trabalho. Só quero o resultado lá no final do mês, tantas visitas domiciliares, tantos atendimentos médicos” [Fala de ACS].

Thaines et al. (2009) também reconhecem que os Sistemas de Informação em Saúde são alimentados apenas por dados quantificáveis expressos em variáveis numéricas, previamente definidos nesses sistemas.

“... são privilegiados os relatórios que apresentam, essencialmente, a produção fixa e mensal da UBS, representando muito mais o trabalho e a produção do profissional, do que a condição de saúde dos usuários, ou mesmo a qualidade do atendimento ofertado pelo profissional e a resolutividade de sua prática em saúde” (idem, p. 470).

Esta forma de expressar a situação de saúde das comunidades pode acabar mascarando a própria realidade da comunidade e de cada unidade de saúde, não mostrando o que realmente acontece nesses espaços.

Sobre o funcionamento do Sistema, um ACS relatou não ter problema técnico para alimentá-lo, inclusive que o acesso é ilimitado.

“Pois o nosso lá está funcionando. É aquilo, cada um tem uma realidade. Eu faço a entrada de dados sem problema nenhum. Eu tenho acesso a todo o momento” [Fala de ACS].

Já outros narraram a dificuldade do acesso por conta de lentidão do sistema, por falta de equipamentos, por queda do sistema, e nesse último caso o retrabalho de inserir todas as informações novamente. São coisas que atribulam ainda mais a rotina deles.

“E muitas das vezes não dá pra abastecer com todas as visitas domiciliares que você faz. O programa é lento, a rede fica caindo” [Fala de ACS].

“Agora eles estão implementando até o fio e tudo, mas o quê que acontece que lá é... a nossa é... é como se fosse discada a nossa internet, é pouca coisa mais rápida do que como fosse discada. Aí fica ruim também...” [Fala de ACS].

“E o sistema é ótimo, para dizer ao contrário. É uma delícia o sistema. Quando não cai. Quando você está ali quase terminando, na hora de, vai botar a última letra, cai o sistema, você não consegue salvar nada, você perde tudo, tem que fazer tudo de novo. Aí isso prejudica o trabalho, mantém a gente fora” [Fala de ACS].

Outro ACS ainda descreve que a falta de computador está mudando o fluxo das informações. Ao invés de repassarem os dados no final do mês para a secretaria de saúde, antes eles passam para a Coordenadoria de Ações Programáticas (CAP), para que esta digite os dados no sistema, e só depois os encaminhe para a Secretaria Municipal de Saúde.

“Aí o que acontece como está tendo esse problema, da falta de computador, a gente está fazendo no modo antigo, no papel mesmo, e leva esses dados todos para a enfermeira. A enfermeira soma a da equipe toda, de todos os dados e encaminha para a CAP. Que manda pra secretaria, a secretaria manda para o ministério. O certo seria a gente mandar direto para a secretaria. Mas como não funciona direito...” [Fala de ACS].

Os agentes que falaram de suas rotinas de trabalho informaram que sempre há um dia específico para a inserção das informações no Siab. Fica a critério de cada unidade de saúde a organização dos profissionais. Geralmente fazem uma escala e há um limite de tempo definido,

que é respeitado por todos os agentes. Mesmo que não dê tempo de inserir tudo, eles entendem essa organização como algo facilitador para a sua rotina.

“Tem uma escala de digitação, feita pela própria enfermeira, que é responsável. Eu entro tento ter meu dia direito, ter minha hora. Eu já tenho tudo esquematizado: meu dia, minha hora de chegar na semana e cadastrar. São muitas as atribuições, mas as atribuições são coordenadas. Não é à moda Bangu não. Eu tenho o meu dia de ficar na porta, eu tenho meu dia de ficar... como a gente fala: preso, só ali dentro do posto, não é sempre, é coordenado” [Fala de ACS].

“Tem um dia que a gente tem que ficar no computador” [Fala de ACS].

“Nesse dia de computador a gente abastece o sistema e bota todas as informações (...) Uma vez por semana, uma hora” [Fala de ACS].

“Não, não tem como ficar mais de uma hora não, tem as outras pessoas (...)É, tem os horários delas (...): É. Porque o quê que acontece, eram dois computadores, só que um tá ruim, só tem um. Aí tem que fazer o quê, você tem aquela sua hora ali e tem que fazer o que puder. O que não puder deixa pra semana seguinte.Vai acumulando” [Fala de ACS].

Dois agentes falaram que os dados que eles colhiam nas visitas, que passavam para o sistema, não tinham retorno. Um deles inclusive expressou a frustração de entrar na casa dos usuários, mas que, por não ter gerência sobre as informações produzidas, eles não podem contribuir com esses dados. Conforme exposto por Thaines et al (2009, p.472), “os dados que saem das UBS tornam-se invisíveis à medida que avançam na escala da hierarquia do fluxo do SIS”.

“Não, a gente não tem a resposta dos dados que são gerados” [Fala de ACS].

“A gente colhe as informações, a gente entra na vida das pessoas, a gente diz que está ali para ajudar, mas chega uma parte em que o ACS não pode fazer mais nada, ...” [Fala de ACS].

Quando questionado sobre alguma dificuldade de uso do sistema, um dos agentes informou que, quando apareciam dúvidas em relação ao sistema, geralmente os ACS procuravam dentro da equipe orientação do profissional de enfermagem. Essas dúvidas esclarecidas acabam

ficando individualizadas. De acordo com Marcolino e Scochi (2010), no contexto da capacitação do profissional, esta se dá, na maioria das vezes, no próprio dia a dia, como um processo pouco sistematizado, em que cada trabalhador faz da forma que achar melhor.

“O enfermeiro quando a gente tem dúvidas... por exemplo: preenchimento agora do meu Siab, então se eu tiver dúvidas, aí eu chego para ele e pergunto...” [Fala de ACS].

As orientações sobre as atividades dos agentes comunitários se dão de forma rápida e pontual. Mesmo em relação ao uso do Siab, como ficou evidente na fala acima. Talvez por isso alguns agentes possam nem compreender o que é este sistema como um todo. Não vêem seu trabalho no consolidado final das informações de saúde.

Reforçando ainda mais esta situação, outro agente descreve que a capacitação que eles recebem acontece na própria unidade de saúde, dada pela enfermeira ou pelo médico da equipe. Não há um processo contínuo de qualificação profissional.

“A capacitação é interna. Com a enfermeira e com a médica geralmente... quando de quinze em quinze, ela tira um momentinho a tarde, de três, cinco horas, para estar capacitando. Ou então a gente escolhe o tema, quais problemas mais aparecem pra gente tá se aprofundando” [Fala de ACS].

Em relação à qualificação dos ACS, que tem grandes repercussões sobre sua prática voltada para as questões da informação em saúde, uma auditoria feita pelo Tribunal de Contas do município (TCMRJ) constatou que não foram feitos repasses entre 2007 e 2009 pelo Ministério da Saúde para capacitação permanente dos ACS profissionais. Ressalta-se que existem duas Portarias do MS regulamentando repasses para formação dos Agentes Comunitários de Saúde, com carga horária de 400 horas (Portaria MS 2.622/08) e para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria MS 2.813/08).

Por outro lado, um dos agentes informou que recebeu, durante a ambientação no serviço, uma apresentação e explicação sobre o uso do Siab. Contudo, mesmo assim, foi algo pontual, e não da forma como estabelecido pelas duas portarias.

“Teve, teve na ambientação. Aí ele explicou: olha, essa é a ficha A, preenche assim, com o nome do paciente, com a data de nascimento, o quê que ele faz, com o quê ele trabalha, se ele é hipertenso ou diabético. E cada um... quem é hipertenso tem uma ficha separada. Cada criança que nasce cada recém nascido, a gente tem uma ficha

separada. E geralmente assim, ele não falou que precisava, mas eu tenho também tudo separado. Hipertenso tem o nome de todo mundo, endereço. Fica mais fácil também pra você fazer o seu trabalho, organizar” [Fala de ACS].

5.2 CAPACITAR X FORMAR

Como surgiram na presente discussão questões sobre a formação e sobre influencia desta diretamente no trabalho dos profissionais, cabe aqui uma breve análise sobre tal situação. A formação dos agentes comunitários caracteriza-se, na maioria das vezes, por ser precária, pontual e comumente no próprio serviço. Algo que se contrapõe ao papel de destaque que o ACS possui na Estratégia Saúde da Família.

Até o início do ano de 2003, início do período de formulação da política de formação dos agentes comunitários, prevaleceu uma situação de capacitação em serviço. Conforme explicitado por Morosini:

“Em relação ao conteúdo da capacitação do ACS, a orientação de aproximá-lo dos problemas identificados no território implica um risco importante de redução e instrumentalização da formação deste trabalhador, caracterizando-a como uma preparação para a execução de atividades que buscam resolver certos problemas. Além disso, esses conteúdos acabam variando em função dos problemas locais, dificultando a definição de uma base comum de conhecimento e prática, que possa ser socializada entre todos os trabalhadores ACS” (2009, p.31).

Além do introdutório, os agentes também recebem cursos pontuais, que se caracterizam por serem rápidos, que são dados no formato de capacitação e são realizados, na maioria das vezes, nas próprias unidades de saúde. Uma das ACS, na entrevista, ressalta que sempre recebe cursos relacionados a doenças como hanseníase, tuberculose, entre outras. Uma outra agente comunitária complementa que, mesmo durante o período de inscrição, os ACS já começam a ser capacitados:

“A gente fez uma capacitação neste período aí da inscrição... nesse período eles já foram capacitando. A gente foi mapeando a comunidade, saindo com eles (os

profissionais da equipe)(...) vendo os negócios do SUS, as diretrizes, essas coisas todas” [Fala de ACS].

Uma terceira agente informa que apenas quando entrou no serviço é que ela teve algum tipo de curso.

“Quando eu entrei como agente comunitário, aí sim que vê alguns cursos, mas não o que é agente comunitário (referindo-se ao Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde). Aí se passou um bom tempo, depois eu fiz a primeira parte do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS), que foi na Coordenadoria de Ação Programática (CAP)” [Fala de ACS].

Nesta fala, fica evidente o conhecimento sobre uma formação técnica e reconhecida do trabalho do ACS. Vale esclarecer que a primeira etapa do CTACS¹² é financiada pelo Ministério da Saúde, cabendo um acordo entre os municípios e as Escolas Técnicas do SUS (ET-SUS) para a realização do referido curso. As demais etapas devem ser financiadas por cada município. O que se vê, no entanto, é a falta de interesse dos gestores locais. No município do Rio de Janeiro, por exemplo, a primeira turma de técnicos de agente comunitário de saúde está sendo formada pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), unidade técnico científica da Fiocruz, com financiamento da própria escola.

Acrescentando ainda mais para a discussão, um quarto agente adiciona a informação de que o curso introdutório¹³ “foi corrido” e durou apenas quinze dias (sendo este um curso que é a primeira apresentação para os ACS das atividades e questões que eles encontrarão em seus trabalhos). O agente ainda se queixa que muitas coisas que são faladas neste curso não são de fato colocadas em prática. Por exemplo, ele viu no curso que o programa tinha a parte odontológica, fez um levantamento de possíveis usuários que poderiam se beneficiar, mas, no final das contas, teve que desdizer a informação, pois não haveria material para a realização dos procedimentos, neste caso, a prótese dentária.

Num quadro adaptado (Quadro 1) do TCMRJ, do ano de 2009, percebemos que a primeira situação que impede a participação em cursos de formação é a falta de fornecimento de vale transporte; a segunda é o reduzido número de vagas oferecidas seguido da pouca divulgação dos cursos na unidade de saúde; em quarto aparece o pouco interesse ou motivação do próprio agente,

¹² O Curso Técnico de ACS tem um total de três etapas com carga horária mínima de 1200 h.

¹³ O curso introdutório tem carga horária mínima de 40 hs, e é regulado pela Portaria MS no 2.527 de 19/10/2006.

e em quinto o pouco interesse ou motivação da direção; em sexto, o problema é que os cursos ocorrem em locais de difícil acesso.

Quadro 1 : Situações que impedem a participação em cursos de formação para os ACS

Respostas Possíveis	Quantidade	% *
Pouco interesse ou motivação de minha parte	23	5,32%
Poucas vagas oferecidas	99	22,92%
Locais de difícil acesso	9	2,08%
Pouca divulgação na unidade da ESF	64	14,81%
Não fornecimento de vale-transporte	195	45,14%
Pouco interesse ou motivação da direção	16	3,70%
Outros	5	1,16%
Total	411	95,13%

Fonte: TCMRJ, 2009. “Os percentuais foram calculados sobre o universo de 432 agentes, pois os cálculos estatísticos se referem a esta base amostral (22,92% = 99/432)”. (TCMRJ, 2009, p.33)

Ao tratar das dificuldades que interferem na qualificação dos agentes comunitários de saúde, Márcia Valéria Morosini, ator no processo de construção da formação dos ACS, ao ser entrevistada para a pesquisa do Almanaque, identifica que essas dificuldades também se relacionam com a concepção que gestores e outros profissionais de saúde têm do trabalho do ACS. Assim, ela sinaliza que o trabalho de educação em saúde é frequentemente pensado como um ato espontâneo, que requer como atributos o domínio de conhecimentos pontuais e uma atitude de solidariedade em relação aos usuários, o que se daria mais “naturalmente” pelo fato de o ACS compartilhar o mesmo universo social, visto que é morador da comunidade. Segundo ela, residem aí dois problemas: a suposição de que os demais trabalhadores da saúde estão dispensados de uma atitude de empatia com o usuário a partir da qual se gera uma mobilização; e a minimização da complexidade do trabalho de educação em saúde. Para esta entrevistada, o reconhecimento dessa complexidade é um ponto de partida para

“Que a educação em saúde seja objeto de formação desses trabalhadores. Senão vou trabalhar somente com espontaneísmo, com o que está dado, com o que a comunidade me oferece, que pode ser tanto de uma maneira individual, ou de alguma questão mais

coletiva, que não é o que a gente tem encontrado na expansão de saúde na família no momento atual”.

5.3 OUTRO SISTEMA, OUTRA REALIDADE?

Conforme explicitado na metodologia, foram aplicados questionários complementares às entrevistas, com dois agentes comunitários de saúde do curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde, e também 14 de outra área do município, a Rocinha, que fica na AP 2.1, para compreendermos com maior profundidade se, no Rio de Janeiro, além da AP 3.1, outra área também utilizava o Siab, ou se estava implementado algum outro sistema. Porém, apenas quatro agentes, dos 14, estavam utilizando outro sistema. Por se tratar da mesma unidade de saúde, porém com várias equipes de saúde, ao questionar sobre essa diferença, informaram que o novo sistema, o Vita Care, era recente na unidade e que ainda estava sendo implementado.

O questionário aplicado continha os seguintes pontos:

- 1) Se utilizavam o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) no trabalho;
- 2) Se receberam ou costumavam receber algum tipo de orientação para a utilização do Sistema;
- 3) Se havia dias programados para inserção dos dados no sistema;
- 4) Se achavam o tempo para inserção dos dados suficiente;
- 5) Se encontravam alguma dificuldade para utilizar o sistema;
- 6) Se mais alguém da equipe, além dos ACS, também preenchia o sistema;
- 7) Se consideravam o preenchimento do Sistema de Informação algo importante para o funcionamento da Estratégia de Saúde da Família.

A respeito dos respondentes deste questionário, foram 12 mulheres e quatro homens, perfazendo um total de 16 agentes comunitários de saúde.

Sobre a primeira questão, 11 responderam que utilizavam o Siab e 5 cinco, não. Dos que responderam não, um agente informou que os dados ficavam no próprio sistema da unidade de

saúde, o CSEGSF/ Ensp/Fiocruz (um dos ACS do Curso Técnico), e os outros quatro, como já informado acima, utilizavam o Vita Care. Esses que utilizavam o Vita Care explicaram que, ainda assim, preenchiam as fichas do Siab durante as visitas.

De acordo com uma enfermeira desta unidade, trata-se de um sistema não apenas de colocação de dados para avaliação da produção, mas também é usado diariamente no atendimento dos usuários. Foi dado o exemplo da ficha de uma gestante que seria atendida naquele dia. Primeiro ela passava pela técnica de enfermagem, que preenchia o sistema com a pressão arterial, com o peso da paciente, com informações referentes à triagem de uma consulta de pré-natal, para depois a enfermeira preencher com os dados de seu atendimento. Além disso, havia um histórico de todas as consultas, dos sintomas que a paciente vinha sentindo mês a mês da gravidez, da agenda, do histórico de doenças, entre outras coisas. Tanto os agentes quanto a enfermeira que utilizavam esse sistema disseram gostar muito, pois achavam que viabiliza o atendimento unindo todas as informações em um só lugar. O Vita Care se propõe a não apenas quantificar os dados, mas também organizar o fluxo de informações dentro do serviço. Uma das agentes informou isso em seu questionário:

“Com o Vita Care temos mais acesso aos pacientes e consultas. Ele facilita o fluxo de informação dentro da unidade. A qualquer momento qualquer pessoa da equipe pode recorrer a ele” [Fala de ACS].

Na segunda questão acerca de orientação para o uso do sistema, 14 agentes responderam que recebiam orientações. A esse respeito, Marcolino e Scochi afirmam que

“é primordial que na formação dos profissionais, sejam eles de nível médio ou superior, sejam usadas estratégias de ensino que possibilitem trabalho em equipe multiprofissional, a valorização da informação para o planejamento das ações e a melhoria da supervisão do processo de trabalho”(2010, p.319).

Diferentemente do que foi visto nas entrevistas, a maioria dos agentes informaram que recebiam orientações, porém esclareceram que, ainda assim, essas orientações se davam no momento de implantação de um novo sistema, caso fosse necessário. Portanto, mesmo recebendo alguma informação, essa continuava sendo pontual, apenas para o uso específico da ferramenta. A informação em saúde acaba se desvinculando dos contextos histórico, político social e

econômico, pois ela é “reduzida a um campo do império da tecnicidade: é apresentada como ‘despolitizada’, como ‘neutra’” (MORAES e GOMEZ, 2007, p.555).

Na terceira questão, sobre a organização dos dias de uso do computador, a maioria dos ACS informou que tinham dias programados. Assim, percebeu-se uma grande heterogeneidade no que diz respeito ao planejamento das atividades para o preenchimento do sistema de informação.

- Que é combinado um dia com a equipe, pois não há um dia fixo. Porém, o fechamento dos relatórios é feito todo dia 19 de cada mês;
- São usados 3 (três) turnos semanais, que já são definidos pela equipe;
- O uso do computador ocorre em 8 (oito) dias do mês, podendo ser dias inteiros ou turnos distribuídos ao longo das semanas. Não há uma organização prévia desses dias e turnos semanais;
- Possui 1 (um) dia fixo na semana;
- Apenas 1(um) turno semanal definido e que ainda é dividido com a promoção da saúde;
- Há 1(um) dia não fixo na semana. Esse dia também pode variar conforme a disponibilidade de computador para uso;
- Possui 1 (um) turno com dia semanal fixo.

Observamos, nesta questão, que várias são as possibilidades do “dia do computador”. A maioria possui um dia fixo semanal, mas isso varia de equipe para equipe. Vimos essa organização, por escala, também nas entrevistas.

Complementar à questão anterior, a quarta questão, sobre o que achavam do tempo que dispunham para usar o computador, apenas três entrevistados consideravam esse tempo suficiente. Alguns dos ACS informaram sobre a falta de computador, que era um só para toda a unidade de saúde, quando, além disso, também tinham que realizar outra atividade no horário disponível para a inserção dos dados. E esta atividade ficava prejudicada.

Na quinta questão, sobre a dificuldade de utilizar o sistema, a maior parte dos ACS respondeu que não encontrava problemas no manuseio do computador e do sistema. No entanto,

apesar disso, alguns ponderaram as dificuldades impostas pela constante mudança nos sistemas de informação, o que gerava insegurança na realização do trabalho.

“Que não mudasse mais o sistema. Porque já foi trocado 3 vezes. Antes era GIL, depois o Track Care e hoje o Vita Care. Essa mudança nos trouxe muita dificuldade, principalmente para mim” [Fala de ACS].

Na sexta questão, sobre o uso do sistema por outras pessoas da equipe, além dos agentes comunitários, todos responderam que havia participação de outras pessoas. Em quatro questionários destacaram o médico e o enfermeiro. Cabe lembrar que os todos da equipe devem preencher a **ficha D**, além dos relatórios mensais que deve ser preenchido por alguém de nível superior.

Na última questão, todos consideraram o uso e preenchimento do Sistema de Informação importante para a Estratégia de Saúde da Família, mas gostariam que, de fato, as informações produzidas fossem revertidas em ações.

“O sistema de informação poderia ser mais simples, com dados que realmente fossem utilizados” [Fala de ACS].

“A Importância do preenchimento é ter em mãos (escrito) todo o procedimento feito com o paciente e a produção da equipe” [Fala de ACS].

Dessa forma, pudemos observar que outros sistemas são usados nas unidades de saúde. Nesta unidade específica, eles utilizam o Vita Care para, além de inserir a produção, também organizar o serviço interno e os atendimentos. Contudo, nas visitas domiciliares, as fichas do Siab permanecem, conforme mostrado pela enfermeira e pelos agentes durante a visita à unidade de saúde. Entretanto, independente disto, o consolidado das informações da unidade deve ser passado para o Siab.

A diferença do Siab como ferramenta para este outro sistema é que o Siab visa à geração de dados para a produção de informações sobre condições de saúde da população e possui um caráter avaliativo da produção, com o objetivo final de utilizar tais informações na organização da Estratégia de Saúde da Família, viabilizando a gestão da saúde. Seja a organização financeira e o repasse de verbas, seja a aplicação de intervenções no território. Conforme expressado por Figueiredo et al. (2010), o Siab concebe algo cuja função é promover a elaboração e avaliação

das políticas e programas de saúde, sendo esta uma ferramenta para o processo na tomada de decisões.

5.4 A COMUNICAÇÃO COMO PARTE DO PROCESSO DE COLETA DE INFORMAÇÕES

Há uma particularidade pertencente ao ACS em relação ao uso da comunicação na base de sua prática profissional. No entanto, cabe um questionamento acerca das práticas comunicacionais que se espera que os agentes desenvolvam. A resposta a este questionamento deve reafirmar que a comunicação esperada deste trabalhador não se restringe a uma técnica de comunicar, mas sim à necessidade de estabelecimento de um diálogo com a população. Neste sentido, importa conhecer como ocorrem os processos comunicacionais no trabalho dos ACS.

Assim, em primeiro lugar, para compreender melhor esse processo, deve-se ressaltar a característica deste trabalhador ser morador do seu local de trabalho e o fato de a dinâmica de trabalho gerar uma aproximação maior com os moradores. Tal característica, ressaltada por diversos trabalhos, acaba por descaracterizar a atividade de comunicação com caráter educativo como ação profissional, passando a ser vista como parte de uma relação pessoal. Ou seja, a educação em saúde, atividade fundamental no trabalho do ACS acaba deixando de ser percebida pela população como um trabalho. Isto porque a proximidade dos ACS com a população propicia a criação de vínculos tão fortes que acabam extrapolando as relações profissionais, tornando-se relações de amizade.

“a gente tem que ficar muito próximo do paciente. E acaba isso atingindo a nossa vida pessoal, porque acaba se criando uma amizade também com o usuário, entendeu”
[Fala de ACS].

“as pessoas começam a criar um vínculo com você, começam: ‘ah, tem uma festa lá em casa fim de semana’. Aí você vai, você não conhecia essa pessoa, só porque você é o agente comunitário ele acaba te convidando” [Fala de ACS].

A diferenciação entre a forma de conceber o trabalho de comunicação/educação chega a ser vista pelos agentes comunitários como um meio de caracterizar o perfil da relação do ACS

com a comunidade, sendo possível distinguir entre os ACS que querem estabelecer um limite claro para esta atividade de comunicação em saúde e aqueles que compreendem esta atividade como parte contínua da relação, não cabendo definir que isto só se dá no contexto do expediente de trabalho do ACS.

“Tem outras pessoas (ACS) que não aceitam, (serem paradas na rua) tipo assim, deu cinco e meia, se o usuário pára ele na rua: ‘ah não, não vou falar com você porque estou fora do meu horário de trabalho’ [Fala de ACS].

Ao contrário deste ACS, um outro já não acredita que seja possível diferenciar tanto o espaço do trabalho do espaço privado. Existe uma disponibilidade para este trabalho baseada numa espécie de reciprocidade em relação ao usuário. Alguns ACS argumentaram que o fato de o usuário recebê-los em suas casas é o fator fundamental para o desempenho de suas atividades, não sendo possível, assim, ignorá-lo além do expediente. Diz respeito, portanto, a uma espécie de atitude de reciprocidade em relação ao usuário. Lacerda (2010) ressalta a complexidade dessa tarefa de mediação, que envolve relações de conflito e de poder, tendo ainda um caráter ambivalente, pois, ao mesmo tempo em que realizam visitas domiciliares e conexões com as atividades realizadas nos serviços de saúde, os ACS são moradores dessa comunidade. Assim, exercem ações de solidariedade pelos vínculos de amizade e ações motivadas pelo seu interesse como cidadão, na medida em que aquele território também é o seu local de moradia. Para Lacerda (2010), essas formas de mediação se misturam, pois os limites do seu trabalho são muito tênues.

“eu não concordo com isso ... desde o momento que essa pessoa abre a porta da casa dela para me receber durante, de 8h às 17h, eu não tenho como fazer, depois das cinco fingir que eu não conheço essa pessoa” [Fala de ACS].

Para Cecílio (2001), a criação de vínculos só se constitui a partir do estabelecimento de confiança, assim “mais do que a simples adstrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades” (idem, p.115). Baralhas e Pereira (2011) ressaltam que os ACS estão inseridos em relações igualitárias com a comunidade, “proximidade física, intelectual ou social das famílias e dos indivíduos, refletindo no seu trabalho, na criação de vínculos, na compreensão do ser e no entendimento da complexidade do meio onde vivem estas pessoas”.

Assim, esses autores também defendem que, com a criação de vínculos fortes com a comunidade, os ACS não conseguem discernir sobre os limites das relações, levando-os a “vivenciar sensações e sentimentos como impotência, cansaço e solidão”.

Para Cardoso e Nascimento (2010), a especificidade do trabalho dos ACS leva-os a ocupar diferentes lugares de fala, em função do contexto “ora como morador da comunidade, reivindicando direitos sociais, ora como agente de saúde, que considera ter adquirido maiores conhecimentos sobre as condições de saúde-doença-cuidado; ora como parente, vizinho, fiscalizador e representante da comunidade diante de outros órgãos públicos, ora ainda como trabalhador, defendendo interesses de sua categoria profissional” (Cardoso e Nascimento, 2010, p.1517).

“Muitas das vezes as pessoas esquecem que o agente comunitário mora na comunidade. Ele quer que aquilo ali funcione, porque antes de ser agente comunitário, ele é da comunidade. Hoje ele está como agente comunitário, amanhã pode não estar, mas ele vai querer que aquilo ali funcione” [Fala de ACS].

Abordar este assunto aqui é fundamental para compreendermos as possibilidades de desenvolvimento da comunicação e da informação no trabalho dos ACS. Não podemos ignorar que as diversas frustrações que os ACS encontram no desenvolvimento de seus trabalhos podem acabar comprometendo suas atividades. De acordo com Spagnuolo (2010), a ineficiência da rede de saúde é um dos principais fatores que gera frustração para os ACS. Tal ineficiência, muitas vezes, acaba sendo responsável pela não resolutividade do sistema. “Esse fato vem gerando sentimento de incapacidade por não ver essas demandas atendidas, que, por sua vez, gera tristeza e frustração ao ACS por romper a sua responsabilização com o processo de reciprocidade estabelecido com a comunidade” (Spagnuolo, 2010, p.161).

“Muitas das vezes isso aí que eles falavam não tinha. E a gente tinha que ir à casa do paciente, sem graça, sem conhecer o paciente, imagina? Eles falavam que isso tava no programa, que ele ia oferecer, na parte odontológica que ia dar prótese dentária. Aí eu passei todas as informações, fiz o levantamento de tudo (...) Eu tive que ir à casa de todo mundo que eu fiz o levantamento falar pras pessoas que não ia ter prótese dentária, que ele foi enganado, inventar uma desculpa. (...) Que nem o grupo de tabagismo... Fomos na área, perguntamos aos fumantes quem queria parar de fumar,

pegamos o nome das pessoas, fizemos um cadastro das pessoas. Muitas das pessoas conseguiram no início, agora não tem mais insumo pra dar continuidade. As pessoas que iniciaram e pararam falam para outras pessoas e essas outras pessoas ficam cobrando a gente. Mesma coisa agora do preventivo” [Fala de ACS].

Quanto ao entendimento sobre os elementos dessa atividade de comunicação, encontramos o reconhecimento da centralidade da escuta. Nas entrevistas, quando questionados sobre a comunicação entre os agentes e a comunidade, dentro ou fora dos serviços, ficou evidente o valor dado ao “saber ouvir” como um requisito para a realização do trabalho educativo.

“Acho que é, primeiramente, ouvir. Primeiramente ouvir, daí se mostrar para a pessoa que você está a fim de ajudar ela. (...) as vezes ela quer só conversar com você, porque ela as vezes se sente sozinha” [Fala de ACS].

“tem duas coisas que você tem que saber na comunidade, é saber ouvir e saber que muitas coisas você não pode falar” [Fala de ACS].

“Tem pessoas que estão precisando, têm um problema, você não vai resolver o problema dele, mas só de você escutar...” [Fala de ACS].

“Para o agente comunitário, o mais importante é saber ouvir. Se o agente comunitário não souber ouvir, não tiver paciência, ele não vai ser agente comunitário” [Fala de ACS].

“O agente de saúde é um ouvinte. Então, para a gente ouvir as pessoas, na verdade eu tenho que saber também um direcionamento” [Fala de ACS].

O trabalho de educação em saúde que os ACS desempenham aproxima-se muito da perspectiva de educação popular apresentada por Bornstein e Stotz (2009). Para estes autores, a Educação Popular tem como pressuposto que os educandos, pelas suas trajetórias individuais, já possuem diversos saberes, os quais se constituem como “ponto de partida para a aquisição de novos conhecimentos” (idem, p.462). Assim, a escuta no trabalho do ACS tem justamente o papel de proporcionar a este agente o reconhecimento do saber do outro, da história do outro, gerando a possibilidade de troca de experiências e de “aprendizagem mútua”. Marteleto e Valla (2003) reforçam a necessidade da valorização do conhecimento popular na construção das políticas públicas, isto cria “condições para a redefinição crítica para a prática técnica em vários

serviços de saúde, permitindo um modelo de atendimento mais integrado aos interesses populares” (idem, p.13).

Neste sentido, conforme nos alertam Camargo-Borges e Mishima (2009), a ênfase no processo comunicacional, ou seja, na relação que se estabelece ente o ACS e o sujeito da comunidade, deve ser maior do que propriamente o conteúdo discutido. Isto “permite que a dimensão relacional se desenvolva mais do que a preocupação em direcionar a conversa de acordo com que o profissional considera tecnicamente correto” (CAMARGO-BORGES e MISHIMA, 2009, p. 33). Entretanto, a centralidade da escuta parece não ser compatível com o modo como o processo de trabalho do ACS está sendo constituído, dado que o cotidiano no qual se desenvolve este trabalho é perpassado por constrangimentos objetivos para a efetivação de uma relação em que a comunicação tenha um caráter menos prescritivo e sim relacional.

“Você às vezes precisa ficar um tempo maior. Por que eles [instâncias de gerenciamento] dividem o nosso tempo, tipo, vinte minutos em cada casa. Eu fico mais que isso, às vezes eu fico uma hora. Por que eu paro pra ouvir as pessoas” [Fala de ACS].

De acordo com Oliveira et al. (2008), os serviços de saúde não costumam criar condições favoráveis ao desenvolvimento de habilidades de comunicação. A lógica dos serviços, a organização do trabalho não promove relações saudáveis e diálogos francos que possam dirimir desentendimentos no processo de produção do trabalho em saúde. Para Filgueira e Deslandes (1999, p.124) a “atitude de escuta pressupõe a capacidade do profissional de propiciar um espaço para que o usuário possa expressar aquilo que sabe, pensa e sente em relação à sua situação de saúde”.

Se a escuta e a disponibilidade de estabelecer uma relação de comunicação com os usuários dos serviços aparece quase como “instrumento” do trabalho educativo do ACS, é o estabelecimento de um vínculo de confiança que se destaca como objetivo e resultado mais relevante desse processo. Da fala de uma agente, depreendemos que, na ausência de confiança no papel que o ACS desempenha, o trabalho fica limitado aos procedimentos de caráter mais burocrático incorporados pelos agentes comunitários, e a comunicação/educação em saúde passa a ser legitimada quando realizada pelo médico.

“Tem muitas pessoas que não sabem do papel do agente comunitário. Acha que é só marcação de consulta, às vezes não confiam. Aí, você vai dar uma orientação: “ah, você não é médico, você não é nada, então como você vai dar uma orientação?” [Fala de ACS].

Na fala de outro agente comunitário, encontramos referência ao extremo oposto, quando o laço de confiança estabelecido entre os agentes e os usuários faz com que o ACS passe a atuar como uma instância de validação de práticas de outros profissionais da equipe de saúde, inclusive o médico.

“Tem usuário meu que o médico passa medicação para eles, eles só começam a tomar a medicação depois que eu vou à casa deles e confirmo que realmente é pra ele tomar aquela dosagem, do jeito que o médico explicou. Ele só confia quando eu chego” [Fala de ACS].

“Até a pessoa ter a credibilidade em você, passar a confiar em você, leva um tempo. Então todo o trabalho que desenvolvo, que venho desenvolvendo ao longo do tempo, a pessoa vê que você tá fazendo trabalho sério, a pessoa tem a confiança em você” [Fala de ACS].

Ao mesmo tempo em que a confiança é construída através do trabalho, ela é posta em questão quando a fragmentação do trabalho leva o ACS a desempenhar tarefas sem que haja um plano de cuidados garantido para os usuários.

“Fiz todo o levantamento, que eu já tinha tudo anotado, entreguei a lista para ela, ela me deu um monte de dia de marcação. Aí quando foi semana passada, (...) ela falou que eu tinha que ir à casa das pessoas desmarcar (...) as pessoas vem e desmarcam tudo, não te comunica nada, e você que se vira” [Fala de ACS sobre o preventivo].

O papel de comunicar aos usuários a não concretização, por parte dos serviços, de procedimentos importantes de atenção à saúde cabe ao ACS, e possivelmente não há uma problematização do impacto desse tipo de acontecimento sobre os vínculos entre os agentes e a comunidade. Para Jardim e Lancman (2009), a credibilidade, que é fundamental para o desenvolvimento do trabalho deles, é um processo contínuo que tem que ser cotidianamente construído e reconstruído. O que também acarreta um desgaste emocional para o agente comunitário.

As falas dos agentes relacionadas a certa desorganização do serviço vão ao encontro da perspectiva apresentada por Cardoso e Nascimento (2010) de que é possível notar a predominância nos próprios espaços de reunião das equipes de saúde

“de transmissão de informações como estratégia de comunicação, frequentemente já elaboradas por outros níveis hierárquicos, ficando a equipe responsável apenas por executá-las, o que reproduz formas tradicionais, verticais e autoritárias de comunicação e expressa relações de poder que persistem, apesar do discurso comprometido com a participação social no setor de saúde e na sociedade”. (CARDOSO E NASCIMENTO, 2010, p.1519).

Deve-se ressaltar também a necessária criatividade do trabalho de comunicação desenvolvido pelos ACS. Esse aspecto, que também se aproxima da discussão realizada por Bornstein e Stotz (2009), pauta-se na busca pela superação de relações autoritárias de educação em saúde. Não se deve desconsiderar que historicamente a educação em saúde teve um caráter de adequação dos indivíduos a partir de conhecimentos científicos. É muito comum ainda hoje encontrarmos argumentos que defendem este tipo de postura, que se baseia na culpabilização dos indivíduos pelos seus problemas de saúde. Quando trazemos a ideia de “criatividade”, estamos referindo-nos às estratégias de comunicação/educação que buscam ir além desta perspectiva normatizadora.

Assim, podemos encontrar vertentes destas estratégias. A primeira diz respeito a práticas de aproximação com a comunidade a partir do desenvolvimento de atividades que não são necessariamente do campo da saúde, como o exemplo citado por uma ACS de realização de peça de teatro.

“E como a gente desenvolveu esse trabalho? A gente resolveu fazer uma peça de teatro. Tinha os bonequinhos, a gente começou a ganhar a escola, começamos a reunir numa área, através das crianças começamos a desenvolver o trabalho” [Fala de ACS].

A segunda vertente importante a ser destacada refere-se à atitude dos agentes comunitários de se colocarem no lugar de quem aprende, que valoriza o conhecimento do outro. Esta atitude é contra-hegemônica. Não estranharia se o profissional tentasse dissuadir os usuários de realizarem práticas de saúde que não as definidas pelo sistema de saúde. Machado, Pinheiro e Guizardi (2004) se debruçaram sobre esta temática e defendem a importância da valorização das práticas de saúde não hegemônicas, questionando “em que medida os serviços de saúde estão

dispostos a conviver com novas formas de cuidado, que se apresentam por meio de outras experiências e concepções de saúde e de mundo” (idem, p.62). Conforme afirma Martins (2003), tais práticas “devem ser vistas como uma reação da sociedade contra o utilitarismo tecnicista e mercantilista da medicina” (MARTINS, 2003, p.264).

“Na minha área, alguns moradores são mais idosos, então eles têm um conhecimento muito legal. De ervas, de chás. ‘Ah, mais eu não quero tomar esse remédio, prefiro um chá’. Eu digo: a senhora pode fazer os dois. Tomar o remédio e o chá. Pra ficar melhor mais rápido” [Fala de ACS].

Por fim, resta-nos ressaltar que o trabalho do ACS abre novos canais de comunicação com a sociedade, mas não garante que os serviços de saúde alterem suas práticas em função das comunidades. Este permanece sendo o maior desafio para os ACS, como atuar numa dupla frente: em relação às comunidades e em relação aos serviços? Um caminho para a aproximação cada vez maior desses dois entes pode se dar a partir de um olhar mais qualificado e cuidadoso dos dados de saúde coletados pelos ACS e as informações consolidadas a partir deles.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta dissertação, buscamos compreender a relação estabelecida entre a informação e a comunicação no trabalho dos ACS. É possível observar que existe uma espécie de tradução feita pelos ACS. Isto ocorre em duas frentes, tanto ao se levar as demandas da comunidade para a unidade de saúde, quanto ao se transformar em dados quantitativos as características qualitativas das comunidades. Tal trabalho impõe alguns desafios para os agentes, mas também para o setor saúde.

Um primeiro desafio está colocado pela especificidade dos Sistemas de Informação em Saúde. Tais sistemas foram criados no intuito de acompanhar os dados de saúde da população brasileira. No entanto, o que se vê é sua utilização mais pelo enfoque avaliativo dos profissionais das unidades locais de saúde do que por um enfoque de planejamento das ações de saúde nas comunidades. Para termos uma informação voltada para atender as necessidades da população, não basta criticarmos o caráter burocrático e técnico, no qual a informação é tratada, devemos também continuar insistindo numa gestão qualificada do SUS que objetive a melhoria da saúde das pessoas, pois, conforme salienta o próprio Ministério da Saúde, “o desafio é ampliar o uso da informação no cotidiano do processo decisório da saúde na formulação de políticas, na gestão, nas vigilâncias, na clínica, no controle social, enfrentando a desigualdade de acesso” (BRASIL, 2005, p.90). No entanto, Marcolino e Scochi (2010) identificaram que “apenas 49, 6% das equipes investigadas utilizam o Siab para o planejamento de suas ações, e que uma das questões que podem ter contribuído para isto, seriam os baixos percentuais dos profissionais capacitados para a utilização do sistema, principalmente dos profissionais médicos” (MARCOLINO e SCOCHI, 2010, p.318)

Para tanto, é importante considerar que a “informação é um direito de todos e dever do Estado e que o acesso à informação constitui um dos alicerces do projeto de conquistas sociais de construção da cidadania” (GTISP/ABRASCO, 1994). Porém, não basta existir esse direito, ele deve ser posto em prática, devendo ser disponibilizado às unidades de saúde computadores suficientes, que auxiliem na alimentação dos dados e na organização do serviço e, além disso, o funcionamento do computador deve ser de fato bom.

Esta característica impõe um segundo desafio, qual seja, a própria utilização dos sistemas de informação pelos agentes. Pode-se observar, na fala dos profissionais da atenção básica, certo desdém em relação ao sistema de informação da atenção básica, sobretudo na fala dos ACS. Muito disto se deve ao próprio serviço de saúde, que permanece com uma lógica autoritária, implantando sem discussão metodologias e procedimentos na área da saúde. Alguns autores (FREITAS e PINTO, 2005) têm atribuído as dificuldades para lidar com o Siab à falta de educação permanente de qualidade.

Um terceiro nível de desafios está colocado pela dupla inserção do agente. Isto, ao mesmo tempo em que abre novos canais de comunicação, não garante o estabelecimento de um diálogo e de valorização do saber do outro. Os estudos de Marteleto e Valla (2003), Bornstein e Stotz (2009) e Stotz, David e Bornstein (2009) têm indicado alguns caminhos importantes a serem seguidos na discussão a respeito da educação popular em saúde que deve ser incorporada como um elemento permanente do trabalho dos ACS. Ressalta-se ainda que a produção do conhecimento que acontece cotidianamente no trabalho do ACS muitas vezes não é vista como saber, pelo fato do fruto de seu trabalho não ter um lugar “oficial” no Sistema de Informação.

Isto nos leva a reconhecer um quarto desafio: as dificuldades de legitimação dos ACS no interior das próprias equipes. Mesmo o ACS sendo o ator principal na busca permanente da comunicação com a comunidade, a troca de conhecimentos no interior da equipe de saúde ainda é limitada. O que se vê é o estreitamento dos laços e a formação de redes entre os ACS. Este último mescla a voz do morador e a voz do profissional. Por isso, deve-se ressaltar a importância de um trabalho que inclua a comunidade. Acreditamos que a informação e a comunicação em saúde têm papel fundamental na construção de um serviço de saúde de qualidade. Segundo Araújo e Cardoso (2007, p.84), “o principal desafio a vencer situa-se no cotidiano dos serviços, onde o nível mais simples de participação, o direito de ser ouvido e considerado, é freqüentemente sonogado não só aos trabalhadores da saúde em posições mais periféricas, como à população”.

O estudo realizado evidenciou a necessidade de se pensar conjuntamente as práticas de comunicação e informação em saúde. Mesmo porque, a utilização dos sistemas de informação não deve ocorrer apenas com um olhar técnico, burocrático, mas sim, como um ponto de discussão e decisão política. Mais que isso, devem-se qualificar cada vez mais as informações em saúde no país a ponto de servirem efetivamente como um instrumento eficaz do controle social.

É neste sentido que ressaltamos a importância de estudos como este. Apenas compreendendo a prática dos profissionais da ponta dos serviços poderemos pensar em modelos de atenção mais próximos à realidade da população brasileira. E, neste quesito, o ACS apresenta-se como o trabalhador “mais da ponta possível”.

Em nossa pesquisa, pudemos observar que a informação está presente no dia a dia da estratégia através das fichas preenchidas nas visitas domiciliares (VDs) e na alimentação do Sistema de Informação. O profissional que mais utiliza o sistema é o ACS, pois é ele quem faz as visitas e possui o maior número de fichas a preencher, mas não há um retorno deste trabalho que realiza, ou seja, não conhece de fato a consolidação das informações das unidades locais de saúde.

Por mais que existam críticas em relação aos sistemas de informação na saúde, é importante reconhecer a potencialidade que eles têm na busca por um sistema de saúde de qualidade. No entanto, é imediata a necessidade de uma integração entre os sistemas de informação, que por enquanto reproduzem a lógica fragmentada da gestão em saúde.

Por fim, resta enfatizar a importância de estudos teóricos e empíricos sobre este tema, na medida em que compreender as estratégias criadas e recriadas cotidianamente pelos ACS para desenvolverem seus trabalhos pode auxiliar-nos a vislumbrar novas saídas. Mais que isso, pode contribuir para superar a cisão entre os modelos propostos e as práticas cotidianas. As formas propostas para a realização da comunicação em saúde e a coleta e sistematização das informações em saúde ainda obedecem a uma prescrição normativa. É fundamental romper com isso e propor novas estratégias para lidar com a comunicação em saúde nas comunidades e com as informações em saúde dessas comunidades.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. A.de. Mediações da Cultura e da Informação: perspectivas sociais, políticas e epistemológicas. (In) **Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação**. v. 1, n. 1, 2008.
- ARAÚJO, I. S. **Mercado Simbólico: interlocução, luta, poder**: um modelo de comunicação para políticas públicas. Tese de Doutorado. ECO/UFRJ, 2002.
- ARAÚJO, I. S. Ligações estratégicas: comunicação, políticas públicas e intervenção social. (In) **Estratégias e culturas da comunicação**-Luiz Gonzaga Motta et al. 2002.
- ARAÚJO, I. S. de; CARDOSO, J. M. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- BOOTH, W. C., COLOMB, G. G. e WILLIAMS, J. M. De tópicos a perguntas. (In) **A arte da pesquisa**. São Paulo: Martins Fontes, 2000, pp. 45-58
- BORGES, C. F., ABRUNHOSA, M. A., MACHADO, F. R. S. Cuidado, Acessibilidade e Integralidade: elementos fundamentais para pensar a saúde e o trabalho do ACS. **Estudos de Politécnica**, v.4, p.167 – 190, 2009.
- BORNSTEIN, V. J. **O agente comunitário de saúde na mediação de saberes**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência e saúde coletiva**, 2008, vol.13, n.1, pp. 259-268.
- BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E.N.;O Trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. **Trabalho educação e saúde**, v. 6, p. 457-480, 2008.
- BOURDIEU, P. **O poder Simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.
- BRAGA, José Luiz. **O problema de pesquisa** – como começar (mimeo).
- BRANCO, M. A. F. **Informação e Saúde: uma ciência e suas políticas em uma nova era**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica** - Programa Saúde da Família. Caderno 2 Introdutório.Brasília / DF, 2000.
- BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Referencial Curricular para o curso técnico de Agente Comunitário de Saúde**. Brasília /DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS** - Banco de Dados do Sus (endereço: www.datasus.gov.br. Acessado em 15.04.2011).

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS. GIL: Gerenciador de Informações Locais** (endereço: <http://gil.datasus.gov.br>. Acessado em 29/06/2011).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde: Caminhos da Institucionalização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648 / GM**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB**. <http://siab.datasus.gov.br/SIAB/index.php/area=01>. Acessado em 10/01/2010.

BUCHABQUI, J. A.; CAPP, E.; PETUCO, D. R. S. Convivendo com agentes de transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizado em saúde. (In) **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro v.30, n.1, jan/abr, 2006

CAMARGO Jr., K. R.; COELI, C. ; MORENO, A. B. Informação e avaliação em saúde. Avaliação de Saúde na Atenção Básica: Perspectivas Teóricas e Desafios Metodológicos. (In) MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. p.251-266. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a Formação e o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde).

CAMARGO-BORGES, C.; MISHIMA, S. M. **A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica**. *Saude soc.*, vol.18, n.1, pp. 29-41, 2009.

CARDOSO, J. M. Comunicação e Saúde: uma idéia e cinco desafios para ampliar a participação e o controle social. In: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Seminário de Comunicação, Informação e Informática em Saúde**. Brasília: MS, 2005.

DAL-ROSSO, S. Intensidade e Imaterialidade do Trabalho em Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4 n. 1, p. 65-91, 2006.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M.C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência e Saúde Coletiva** Rio de Janeiro, v.15, supl.1, 2010, pg.1509 – 1520.

DAVALLON, J. **A mediação: a comunicação em processo**. Prisma.com, n. 9, 2009.

DUARTE, J. e BARROS, A. **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Ed. Atlas, 2009

FIGUEIREDO, L. A.; PINTO, I. C.; MARCILIANO, C. S. M.; SOUZA, M. F.; GUEDES, A. A. B. Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da estratégia saúde da família do município de Ribeirão Preto, SP. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo ,n. 18, v.3, p. 418-423.

FILGUEIRAS, S.L.; DESLANDES, S.F. Avaliação das ações de aconselhamento: análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cad. Saúde Pública**, v.15, supl.2,p.121-31, 1999

FLEURY, S.**Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído**

FONSECA, A., MACHADO, F., BARRETO, C.M.;Avaliação do trabalho educativo do agente comunitário de saúde: desafios para o setor saúde. (In) **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos e práticas avaliativas em saúde** (orgs. Rubem e Roseni). RJ, p.255-272, 2008.

FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. Percepção da equipe saúde da família sobre a utilização dos sistema de informação da atenção básica – Siab. **Revista Latino-am Enfermagem**. São Paulo, n.13, v.4, p. 547-554.

FROHMANN, B.. O caráter social, material e público da informação. (In) **A Dimensão epistemológica da ciência da informação** - Org: Regina Marteleto,

GIOVANELLA, L., et al, Vigilância epidemiológica: políticas, sistemas e serviços, In **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**;p.795 - 818

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p. 783-794, 2009:

GARTON, L.; HAYTHORNTHWAITE, C. WELLMAN, B. Studying online social networks. **JCMC**, v.3, n.1, 1997.

GRANOVETTER, Mark. The Strength of Weak Ties, **American Journal of Sociology**, v.78, n.6: 1360 – 1380, May 1973.

GTISP/ABRASCO (1994). “Informação em Saúde a Serviço da Sociedade”. IN: Ministério da Saúde e ABRASCO. **Uso e Disseminação de Informações em Saúde – Subsídios para elaboração de uma Política de Informações em Saúde para o SUS**, Brasília

JARDIM, T. A. e LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface** (Botucatu), v.13, n.28, p. 123-135, 2009.

JEANNERET, Y.. A relação entre mediação e uso no campo de pesquisa em informação e comunicação na França. **RECCIS**, v.3, n.3, 2009.

LACERDA, Alda. **Redes de apoio social no Sistema da Dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde**. [Tese de Doutorado]. Escola nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca,Fundação Oswaldo Cruz, 198 p., 2010.

- MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L.. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC/IMS/ABRASCO, p. 57-74, 2004.
- MARCOLINO, J. S., SCOCHI, M. J. Informações em Saúde: o uso do Siab pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. V.2, n.31, p. 314-320, 2010.
- MARTELETO, R. M. Informação da Sociedade na Sociedade da Informação. **Perspectiva, Ciência e Informação**.n.especial, p.4-7, 2003.
- MARTELETO, R. M., STOTZ, E.N. (orgs); **Informação, Saúde e Redes Sociais: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré**, 2009.
- MARTELETO, R. M. Informação, redes e redes sociais: fundamentos e transversalidades. **Informação & Informação**, v.12, p. 1-17, 2007.
- MARTELETO, R. M. Redes e configurações de comunicação e informação: construindo um modelo interpretativo de análise para o estudo da questão do conhecimento na sociedade. **Investigación Bibliotecológica: archivonomía, bibliotecología e información**, n. 29, 2000.
- MARTINS, P.H. Usuários, redes de mediadores e ações públicas híbridas na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p.115-142.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 269 p.,1992.
- MINAYO, M. C. S. Saúde e doença como expressão cultural. In A. A. Filho, & M. C. G. B. Moreira (Orgs.). **Saúde, trabalho e formação profissional** (pp. 31-39). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.
- MOROSINI, M. V. **Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.
- MORAES, I., NÉLIDA. M.; Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** vol.12 no.3. Rio de Janeiro Mai/Jun 2007.
- MORAES, N.A. Comunicação e Saúde: entre sentidos, interesses e estratégias. **ECO-PÓS**. Rio de Janeiro, n.1, v.10, p.64-78, 2007.
- MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? **Trabalho, Educação e Saúde**, v.8.n.2, p. 229-248, jul./out, 2010.
- OLIVEIRA, Adriano de et al. **A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2008, vol.12, n.27, pp. 749-762.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L.; Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano, In: Pinheiro, R. & Mattos, R. (org.) **Cuidado: as Fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004.

SALLES, T., C., S. **Informação nas Equipes de Saúde da Família**: um exercício de planejamento local a partir de uma matriz de indicadores de saúde. Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2010 (Dissertação de Mestrado).

SPAGNUOLO, Regina Stella. **Entre os processos de fortalecimento e fragilização do modelo ESF**: gestão municipal – órgãos formadores como componentes intervenientes / Regina Stella Spagnuolo. – Botucatu, 2010 (tese de doutorado).

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do sistema de informação da atenção básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 6, n.21, p. 1821-1828, 2005.

SILVA, J. A., DALMASO, A. S. W. O Agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v.6, n.10, p.75-83, fev, 2002.

SILVA, R.V.B.; STELET, B. P.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Do Elo ao Laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. (org.) **Cuidado: as Fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004.

SOARES, M. F., GOMES, M. L., MORENO, A. B. Sistema de Informação da Atenção Básica. In **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. p.199-214. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a Formação e o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde).

STARFILD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

STOTZ, E. N.; Educação Popular nos Movimentos Sociais da Saúde: uma análise de experiência das décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.3, n.1, p.9-30, 2005.

STOTZ, E. N. Redes sociais e saúde. In: MARTELETO, R. M., STOTZ, E.N. (orgs); **Informação, Saúde e Redes Sociais: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré**, 2009. p.27-42.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; BORNSTEIN, V. J. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. **Rev. APS**, v. 12, n. 4, p. 487-497, 2009.

THAINES, G.H.L.S.; BELLATO, R.; FARIA, A.P.S.; ARAUJO, L.F.S. Produção, Fluxo e Análise do Sistema de Informação em Saúde: um caso exemplar. **Texto, Contexto e Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.3, p.466-474, 2009.

TCM-RJ. **Relatório da Auditoria Operacional do TCMRJ / PROMOEX** - Estratégia de Saúde da Família. Dezembro/09. TCMRJ. SCE - 4a.Inspetoria Geral de Controle Externo. 2009.(<http://www.tcm.rj.gov.br/Noticias/4726/40-088~1.PDF>- acessado em 25/06/2011)

UNICEF. Cuidados Primários de Saúde. Brasil, 1979. **Relatório sobre Cuidados Primários de Saúde**, Alma Ata, URSS, set. 1978.

VALLA, V.V., MARTELETO, R. M. Informação e Educação Popular – o conhecimento social no campo da saúde. **Perspectiva, Ciência e Informação**. n. especial, p. 8-21, 2003.

VALLA, V.V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC/IMS/UERJ, p.103 –117, 2004.

APÊNDICE 1 Roteiro de entrevista – ACS

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / FIOCRUZ
 INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E
 TECNOLÓGICA EM SAÚDE / ICICT
 PROJETO DE PESQUISA: Almanaque do Agente Comunitário de Saúde:
 produção, sistematização e difusão de conhecimentos numa perspectiva da
 informação
 FINANCIAMENTO: CNPq (Proc. 480954/2008 9)
 COORDENAÇÃO: Profa. Dr.^a Regina Maria Marteleto

PARTE 1

Memórias de vida e do trabalho

- Desde quando você é ACS?
- Como e por que tornou-se ACS?
- O que fazia antes de se tornar ACS?
- Onde trabalha atualmente?
- Qual a importância do seu trabalho como ACS?
- Quais as atividades que você exerce como ACS?
- Como você avalia/percebe a sua relação com a equipe profissional?

PARTE 2

Formação

- Que tipo de formação você recebeu para se tornar ACS?
- Considera a sua formação satisfatória para exercer suas atividades?
- O que você precisa saber mais para apoiar o seu trabalho?

PARTE 3

Conhecimento e informação

- Quais são as fontes de informação principais que você consulta e emprega no desenvolvimento do seu trabalho? (informações técnicas das equipes PSF e PAC; jornais e revistas; televisão; Internet, outras...
- Você considera que as conversas e contatos informais com outros ACS são importantes para o seu trabalho? E com os técnicos? E com pessoas da comunidade?
- Que tipos de saberes você considera mais importantes para o ACS?
- Que tipos de saberes você constrói no seu trabalho?

PARTE 4**Trabalho e direitos**

- O que você pensa sobre as suas condições de trabalho?
- Como avalia a organização dos ACS para o seu reconhecimento como categoria de trabalhador?
- Você participa ou tem participado do movimento dos ACS pelo plano de carreira? E de outros?

PARTE 5**O ACS e o Almanaque**

- Que conteúdos e informações você considera importantes de serem incluídos no Almanaque? Por que?
- Qual seria na sua opinião a serventia e os usos de um Almanaque do ACS?

APÊNDICE 2 QUESTIONÁRIO APLICADO AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Solicitação de Colaboração em Pesquisa

Prezados Agentes Comunitários de Saúde,
Estamos realizando uma Pesquisa de Mestrado junto ao Programa de Pós Graduação em Informação e Comunicação em Saúde – Iicct/Fiocruz que possui o objetivo de compreender com maior clareza a relação dos ACS com o Sistema de Informação em Saúde. Necessitamos, portanto, da contribuição de vocês para realização deste trabalho. Ressalto que as informações aqui coletadas serão empregadas na dissertação e serão anônimas.
Desde já agradecemos a contribuição de vocês.

Marcela Alves Abrunhosa – mestranda
Regina Maria Marteleto - orientadora

Dados Gerais

Sexo: Feminino Masculino

Microárea em que atua: _____

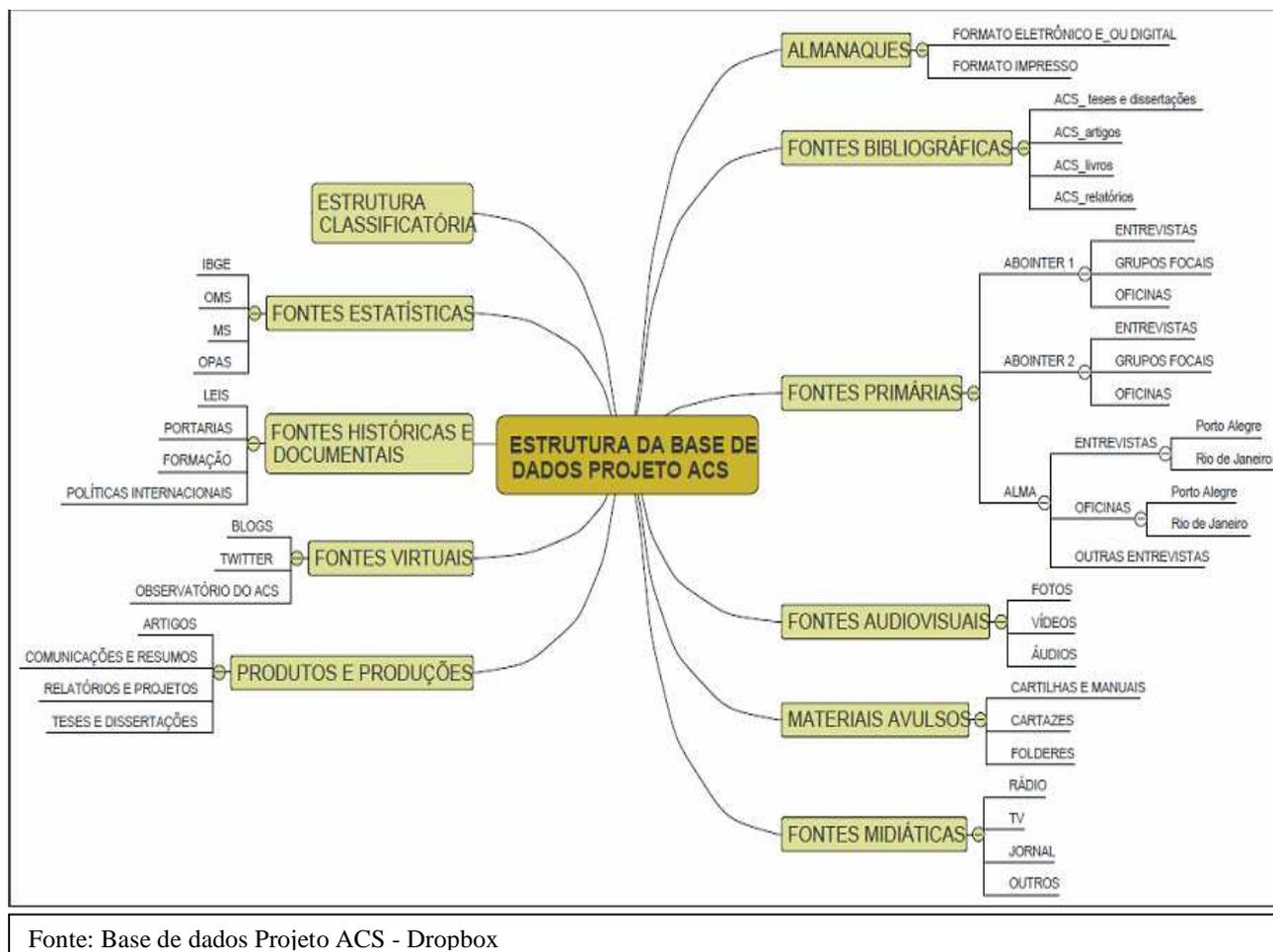
ACS há quanto tempo: _____

Questões Específicas

1. Você utiliza o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) em seu trabalho?
2. Você recebeu ou recebe algum tipo de orientação para a utilização do Sistema?
4. Você considera esse tempo para inserção dos dados suficiente?
5. Você encontra alguma dificuldade para utilizar o sistema?
6. Mais alguém da equipe também preenche o sistema?
7. Você considera o preenchimento do Sistema de Informação algo importante para o funcionamento da Estratégia de Saúde da Família?

**Observações (caso queira acrescentar algo mais)

ANEXO 1 ESTRUTURA CLASSIFICATÓRIA DO DROPBOX



Fonte: Base de dados Projeto ACS - Dropbox