



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Instituto de Medicina Social**

**Kali Vênus Gracie Alves**

**O que sabe o agente comunitário de saúde?**

**Rio de Janeiro**

**2009**

Kali Vênus Gracie Alves

## **O que sabe o agente comunitário de saúde?**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Políticas, Planejamento e Administração.

Orientador: Kenneth Rochel de Camargo Junior

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

A474 Alves, Kali Vênus Gracie.

O que sabe o agente comunitário de saúde? / Kali Vênus Gracie Alves. – 2009.  
74f.

Orientador: Kenneth Rochel de Camargo Junior.  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Promoção da saúde – Brasil – Teses. 2. Pessoal da área médica – Teses. 3. Serviços de saúde comunitária – Teses. 4. Necessidades básicas – Teses. I. Camargo Junior, Kenneth Rochel de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.253

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Kali Vênus Gracie Alves

## **O que sabe o agente comunitário de saúde?**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde Pública

Aprovada em 28 de abril de 2009.

Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Jr. (Orientador).

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_

Prof.<sup>a</sup> Ruben Araújo de Mattos  
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof.<sup>a</sup> Dra. Roseni Pinheiro  
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta  
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2007

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Julio e Paulo, e às minhas mães Lucia e Graziela; que com essa configuração de paternidade/maternidade me ofereceram apoio, estímulo, suporte, cuidado e amor.

## AGRADECIMENTOS

Kenneth e ao grupo Biomedsci, por todo apoio e opiniões sempre muito bem vindos;

Zenith e Elida, da Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis, cuja ajuda foi fundamental;

Aos ACS que compartilharam suas experiências e idéias comigo;

Minha família (pais, mães, irmão, primos, primas, tios e tias), terreno fértil na minha vida;

Às amigas (praticamente família) Josy, Érika, Fá, Milia, que estiveram sempre presentes dando muito suporte e apoio bio-psico-socio-espiritual, e, em especial à Dani Pimenta com quem aprendo cotidianamente os sentidos das palavras companheirismo, cuidado e generosidade.

Aos amigos de caminhada no IMS por todos os encontros e trocas que me ajudaram a construir e reconstruir meus caminhos e sentimentos;

Aos mestres-companheiros que estiveram comigo antes e durante este processo. Em especial: Beth Pini, Ângela Peccini, Andréa Albuquerque, Lia Silveira;

À Sandra Fortes pelo compartilhar das idéias, experiências e pelo apoio constante.

Gustavo Matta, pela generosidade e constância de suporte.

Ricardo Baldykoski, por acreditar incondicionalmente.

Por fim, mas não menos importante, a todas as pessoas que ao passarem pela minha vida me ajudaram a ser quem sou.

## RESUMO

ALVES, Kali Vênus Gracie. *O que sabe o agente comunitário de saúde ?*. 74 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

A partir da formalização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família pelo Ministério da Saúde (anos 90), as discussões sobre a reorientação dos modelos assistenciais ganham destaque. O Programa Saúde da Família passa a ser visto por boa parte dos profissionais de saúde coletiva como um modelo capaz de imprimir mudanças não apenas na atenção em si como também na dinâmica dos processos. Ao propor a substituição das estratégias tradicionais, voltadas para a doença e centradas no hospital, a nova proposta volta-se, entre outros aspectos, para a ação preventiva e para a promoção da saúde. Busca contemplar também a atenção às necessidades de saúde da população adscrita, a família e seu território, ações intersetoriais e tem na equipe multiprofissional pilar importante no cuidado. O Agente Comunitário de Saúde se apresenta como ator importante na possibilidade de mudança de modelo assistencial; atuando intensamente na produção do cuidado assim como na organização de tal assistência. Criam-se conflitos acerca da percepção de potencialidades e da possibilidade de interação entre os diversos aspectos envolvidos neste contexto. Este trabalho buscou investigar a percepção de Agentes Comunitários de Saúde do município de Petrópolis – RJ acerca dos saberes envolvidos na sua prática. A estratégia metodológica utilizada para coleta de dados em campo foi a de entrevistas semi estruturadas. O corpo textual gerado pelas entrevistas foi analisado com base na teoria da Análise do Discurso. Este estudo concluiu que o saber do Agentes Comunitários de Saúde aponta para uma posição que vai além de ser ponte ou de fazer ponte. Argumenta que a potencialidade deste saber é a de ser como a “linha de costura” entre comunidade e as propostas de cuidado. Esta imagem indica que ao pertencer em algum momento a ambos “tecidos”, e ao fazer o movimento de pertencer ora ao “tecido” comunidade e hora ao “tecido” UBS, o ACS pode aproximar essas partes na busca da construção de algo mais unificado. Como em uma colcha de retalhos, onde cada “tecido” mantém suas características e padronagens iniciais, mas aos serem costurados, formam algo único, inteiro.

Palavras-chave: ACS. PSF. Saberes em saúde. Cuidado em saúde.

## ABSTRACT

The debate about a new orientation of health assistance models is highlighted after Brazilian Health Ministry developed Community Health Agents Program and Family Health Program (late 90's). Family Health Program then begins to be seen by health workers as a model that is able to make changes not only in health care itself but also in processes dynamics. This new model aims preventive actions and health promotion. It substitutes traditional strategies, which are more related to disease and hospitals. This model also aims to address attention to the target population health necessities, families and their territory and intersectional actions. Health workers from different professions form the teams and this fact is one of the most important features regarding health care. The Community Health Agent plays a very important role helping the model change, working intensively to provide care and organization of such assistance. Some conflicts come up as one gets aware of potentials and interaction possibilities among the several aspects this agent can offer in the health care context. This research has aimed to investigate the perception from Community Health Agents of the city of Petropolis, RJ – Brazil, about the knowledges involved in their practice. The Methodology used for data collection was semistructured interview. The text generated by the interviews was analysed based on Discourse Analysis Theory. Through this study one can come to the conclusion that the Community Health Agents knowledge appears to be more than only being a link or to make links. The study discusses that the potential of that knowledge plays a “sewing cord” between the community and the health care proposals. This image indicates that, as sometimes the Community Health Agents belongs to both “fabrics”, and by switching the position, from the community “fabric” to Health Unit “fabric”, the Agent can bring those parts together, looking for a sort of unification. As a patchwork sheet, where each part keeps its root design and patterns, but when they are sewed together, they form one whole thing.

Keywords: Community health agent. Family Health Program. Health knowledge. Health care.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS –	Agente Comunitário de Saúde
CAPS –	Centro de Atendimento Psicossocial
ESF –	Equipe de Saúde da Família
FMP –	Faculdade de Medicina de Petrópolis
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH –	Índice de Desenvolvimento Humano
OMS –	Organização Mundial de Saúde
PACS –	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS –	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNACS –	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNUD –	Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas
PSF –	Programa de Saúde da Família
SESP –	Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB –	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS –	Secretaria Municipal de Saúde
SUS –	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	9
	<b>OBJETIVOS</b> .....	11
1	<b>MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE</b> .....	12
1.1	<b>Promoção da saúde</b> .....	16
1.2	<b>Educação popular em saúde</b> .....	20
2	<b>O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE</b> .....	23
2.1	<b>A formação do ACS</b> .....	28
2.2	<b>Mediação</b> .....	30
2.3	<b>Os saberes</b> .....	32
3	<b>METODOLOGIA</b> .....	35
3.1	<b>Procedimentos de coleta de dado</b> .....	36
3.1.1	<u>As entrevistas</u> .....	36
3.2	<b>Categorização dos dados</b> .....	38
3.3	<b>Análise dos dados</b> .....	39
3.3.1	<u>Análise do conteúdo</u> .....	39
3.4	<b>Aspectos éticos</b> .....	41
4	<b>O ESPAÇO DA PESQUISA</b> .....	42
4.1	<b>Contexto sócio demográfico municipal</b> .....	42
4.2	<b>O Programa Saúde da Família no município de Petrópolis</b> .....	44
5	<b>OS DISCURSOS</b> .....	47
6	<b>DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	57
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	67
	<b>APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido</b> .....	74

## INTRODUÇÃO

O trabalho em saúde tem passado por diversos processos de mudanças, dentre eles, a construção de novas propostas de cuidado, modificações nos processos de trabalho, a incorporação de novas tecnologias, o desenvolvimento de novas especialidades, chegando também ao surgimento de novos trabalhadores, como é o caso do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Este trabalhador tem sido considerado muito importante para a estruturação da atenção à saúde e para a manutenção do Sistema Único de Saúde – SUS.

A partir da análise histórica apresentada por Silva e Dalmaso<sup>1</sup> (2002), é possível identificar o trabalho comunitário (de pessoas da comunidade) em saúde, com caráter público, desde o final da Segunda Guerra Mundial com o Serviço Especial de Saúde Pública - SESP. A proposta era desenvolver atividades de combate a endemias com características de forte influência pela Medicina Preventiva e Comunitária. A escolha pelo local da implantação estava bastante enviesada politicamente pela manutenção da saúde da população em áreas estratégicas para a para continuidade de produção de matéria prima aos países aliados.

Após este início, é possível citar outra iniciativa que marcava fortemente a incorporação de pessoas da própria comunidade em atenção à saúde. Com características em geral bastante pontuais, o PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, instituído para a região nordeste do país em 1976, possuía larga abrangência de atuação. Englobava desde questões relacionadas ao meio ambiente até problemas sanitários que demandavam atenção médica individual. Para tanto, utilizava-se de pessoal de nível auxiliar recrutado nas próprias comunidades beneficiadas. Um segundo momento do PIASS propunha sua expansão à esfera nacional e incorporava a figura do visitador sanitário. Este personagem tinha como ações: proporcionar a extensão do atendimento à população rural; incorporar uma visão ampla do indivíduo e sua relação com a comunidade; promover uma organização política da comunidade incentivando a luta pela saúde e as discussões da relação dos

problemas de saúde com as condições gerais de vida da população. (BORNSTEIN, 2007)

Destaca-se ainda neste mesmo sentido, o ano de 1987 quando ocorre no Ceará a contratação de 6.113 pessoas com função de combate à seca e redução da mortalidade infantil. Contudo, com o fim da estiagem, essa iniciativa é desativada. Essa situação muda a partir da reivindicação das comunidades antes assistidas, fazendo surgir o Programa dos Agentes de Saúde em 1988, em 45 municípios, posteriormente ampliado para todo o estado (MINAYO et al, 1990; *In*: Silva e Dalmaso<sup>1</sup>, 2002). Isto transforma uma proposta pontual e emergencial de combate à seca em uma estratégia de promoção à saúde, criando o Programa de Agentes de Saúde do Ceará.

E no início dos anos 90 (1991), o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) tem início, sob coordenação da Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e forte influência programa desenvolvido no Ceará. O programa, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, é fortemente influenciado pelos resultados relatados nas experiências em atenção primária desenvolvidas isoladamente no país e suas propostas na integração do Agente à equipe. Não é possível dissociar questões influenciadoras desta ação, tais como a importância do Programa na busca de implantação e consolidação do SUS recém instituído legalmente, da municipalização; além da extensão de cobertura da assistência a populações rurais e de periferia urbana, com o enfoque no auto cuidado e na saúde materno-infantil. A atuação da figura do Agente Comunitário era fundamental nesta perspectiva informativa.

Finalmente, em 1992, o PNACS dá lugar ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que inicialmente manteve o foco nos princípios norteadores do Programa anterior, posteriormente ampliando-se para dar apoio à organização da atenção básica em saúde dos municípios.

Atualmente, o PACS e o Programa Saúde da Família (PSF) dão forma à Estratégia de Saúde da Família, que propõe a reorientação do modelo de atenção à saúde a partir da Atenção Básica. Este programa procura se ajustar à política social do governo federal, em consonância com as exigências dos organismos internacionais no sentido da redução do papel do Estado, da focalização da atenção para população carente e da articulação entre serviços

sociais e de saúde e a comunidade. Entretanto a inserção deste trabalhador na rede do Sistema é ainda percebida como uma forma complementar de responder à necessidade de criar emprego e renda para as populações excluídas da política social, independente da afirmação de seus direitos sociais.

Ao longo do tempo e com a institucionalização deste trabalhador (através da lei 10.507 de julho de 2002), foi necessário ter diretrizes que regulassem suas competências. A mais recente (portaria 648 de 2006) preserva a centralidade das ações de promoção da saúde e prevenção além de permitir ao agente o desenvolvimento de atividades de saúde (anteriormente isto lhe era vedado com o intuito de fortalecer sua inserção nas ações educativas externas, bem como sua participação nas atividades comunitárias). O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é considerado “ponte” entre a comunidade e a unidade de saúde, com a função de promover aproximações e desenvolver vínculos.

Os estudos sobre o ACS são incipientes. Estudos têm sido escritos acerca da identidade deste trabalhador; entretanto, chama atenção a vivência singular sendo este membro da comunidade e da equipe de saúde, possibilitando o diálogo entre o saber popular e o conhecimento científico obtido nas formações. Mas, o que nasce deste diálogo? Qual é o lugar deste saber híbrido para um novo modelo de cuidado em saúde?

## JUSTIFICATIVA

A partir do final dos anos 90, as discussões sobre a reorientação dos modelos assistenciais ganha grande destaque. O PSF passa a ser visto por boa parte dos profissionais de saúde coletiva como um modelo capaz de imprimir mudanças não apenas na atenção em si como também na dinâmica dos processos. Ao propor a substituição das estratégias tradicionais, voltadas para a doença e centradas no hospital, a nova proposta volta-se, entre outros aspectos, para a ação preventiva e para a promoção da saúde. Busca contemplar também a atenção às necessidades de saúde da população adscrita, a família e seu território, ações intersetoriais e tem na equipe

multiprofissional pilar importante no cuidado. Tais definições são fundamentais para que as ações deste novo modelo possam representar verdadeiramente uma mudança na maneira de cuidar ao invés de apenas um deslocamento físico do serviço, movimento apontado por Merhy e Franco (2002).

Na configuração da equipe multiprofissional, o Agente Comunitário de Saúde possui atribuições tais como: utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade; promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área de saúde; realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (BRASIL, 2001). Desta forma, além da perspectiva de vigilância em saúde, este trabalhador recebe a função de atuar como elo, mediador, agente de aproximação, facilitador do cuidado em atenção básica.

O ACS representa, então, não apenas mais um trabalhador em saúde, mas um ator importante na possibilidade de mudança de modelo assistencial; atuando intensamente na produção do cuidado assim como na organização de tal assistência. Criam-se conflitos acerca da percepção de potencialidades e da possibilidade de interação entre os diversos aspectos envolvidos que este personagem pode oferecer ao mosaico do contexto da saúde.

Questionamentos e reflexões acerca deste integrante da equipe de saúde surgem, inevitavelmente. Questões que envolvem aspectos relacionados aos saberes envolvidos na sua atuação e os limites e aproximações destes com os saberes dos outros profissionais envolvidos no cuidado.

## OBJETIVO GERAL

Investigar a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde acerca do seu saber.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar a concepção dos ACS sobre o saber necessário para o trabalho que desempenham.
- Analisar que saber é esse que coloca o ACS como peça importante na Atenção Básica e qual o seu lugar na proposta de reestruturação do modelo de cuidado em saúde.

## 1 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os embates pela discussão sobre modelos de atenção ganham força com o movimento da Reforma Sanitária, no final dos anos 70, quando profissionais de saúde passaram a criticar o modelo de saúde vigente. Além de características anti-hegemônicas, o discurso do movimento incluía propostas de alternativas e orientações para a construção de um novo modelo e ganha força ao longo dos anos 80, quando passa a contar com atores políticos de diversas esferas de atuação (parlamentares, sindicatos, lideranças políticas e populares). O resultado desta mobilização foi a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, com princípios como universalização da atenção, equidade, hierarquização, integralidade nas ações, descentralização da gestão e participação popular, entre outros. (SILVA E DALMASO<sup>1</sup>, 2002).

Após inúmeros embates políticos em diversas arenas, as propostas foram incluídas na agenda constitucional como possibilidade de discussão e reorganização do sistema de saúde brasileiro. São publicadas as leis 8080 e 8142 de 1990. Paralelamente às publicações, a saúde passa a ser considerada como “direito do povo e dever do Estado” na Constituição Federal de 1988, garantindo acesso de todos os brasileiros aos serviços e ações de saúde e levando ao desenvolvimento de políticas públicas que visem à redução de riscos.

O modelo que se desenvolvia partia do pressuposto de saúde como direito de cidadania e propunha maior resolutividade dos serviços, incorporando também os conceitos de integralidade e humanização no cuidado. Considerando o princípio da descentralização da gestão, a esfera municipal ficou investida da responsabilidade de atendimento às necessidades de saúde de sua população, contando com a cooperação técnica e financeira dos Estados e da União. Esta proposta deveria garantir, entre outras questões, a contextualização da assistência, considerando características sociais, econômicas, geográficas e históricas das regiões.

A proposta de Saúde da Família foi desenvolvida e formalizada pelo Ministério da Saúde em 1993, contando com experiências articuladoras como o PACS no Ceará, médicos de família em Niterói, Rio Grande do Sul e São

Paulo. E após ampla discussão sua oficialização pelo governo aconteceu em 1994.

Inicialmente, o programa objetivava ser um instrumento de reorganização da atenção à saúde com forte influência sobre a descentralização da assistência e com a pretensão de desenvolver ações de prevenção e promoção de saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Mantendo a atenção voltada para a família e considerando o contexto social e o ambiente físico da população atendida, seria possível uma compreensão ampliada do processo saúde/adoecimento e das necessidades que se apresentam e indo além das práticas curativas. Para isso, contava com a perspectiva do trabalho de equipes de saúde (BRASIL, 1998).

Segundo Silva e Dalmaso<sup>1</sup> (2002) os pontos principais da proposta do PSF seriam apresentados com as seguintes características: o PSF seria a porta de entrada ao sistema de saúde; as equipes seriam compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde; cada equipe seria responsável por 800 a 1000 famílias; a equipe deveria residir na comunidade aonde desenvolveria o trabalho (este critério foi, posteriormente, restrito ao ACS); o controle e avaliação do Programa seriam realizados pelos Conselhos Municipais de Saúde.

As autoras apontam ainda que o modelo de saúde da família apresentava como eixos norteadores a ampliação do acesso; a integralidade do atendimento; a humanização da assistência e a racionalidade técnica voltada para o paciente e o sistema. É possível encontrar em documentos oficiais os seguintes objetivos do Programa:

- Contribuir para reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população;
- Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral contínua, com resolutibilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
- Intervir sobre fatores de risco aos quais a população está exposta;
- Eleger a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;

- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- Propiciar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida;
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle Social. (BRASIL, 1997).

Apesar dos reconhecidos avanços na produção, produtividade e inclusão, não é possível afirmar que, *“no conjunto, as ações e serviços produzidos signifiquem de fato, a mudança de conteúdo das práticas e da forma de organização do processo de trabalho previstas nos documentos oficiais”* (TEIXEIRA E SOLLA, 2006, p.42). Indicadores de saúde apontam poucas alterações nos índices das doenças do perfil epidemiológico, sugerindo ineficiência das ações de prevenção; aumento de percentuais de exames, encaminhamentos e tratamentos medicamentosos desnecessários e de baixa qualidade, apesar dos conhecimentos e técnicas disponíveis.

Merhy e Franco (2002) apontam questionamentos acerca do que denominam “discurso mudancista” que atribui ao PSF o papel de única estratégia para a reorganização da prática assistencial. Indicam uma defasagem entre tal discurso e as práticas assistenciais implementadas, sustentando como críticas: o embasamento do Programa na epidemiologia e na vigilância à saúde, o que não seria suficiente em situações muito constantes onde o conjunto da prática clínica seria o necessário para atender às necessidades de saúde. Ressaltam ainda a forte característica normativa da proposta sustentada pelo Ministério da Saúde e a forma compulsória das visitas domiciliares, que aparece muitas vezes como invasão da privacidade das pessoas.

Os autores concluem argumentando que a implantação do Programa por si só não provoca mudanças no modelo de atenção, podendo haver Unidades centradas no médico e na proposta curativa para embasar as ações de saúde.

Favoreto e Camargo Jr. (2002) afirmam em seu estudo a predominância da rigidez na configuração profissional da equipe de saúde da família, do despreparo e qualificação insuficiente dos profissionais. Argumentam que a ênfase com relação à mudança do modelo assistencial é feita sobre as formas de organização e controle, além de ter como referência o olhar específico da biomedicina, que pouco se articula com as representações sociais de saúde, doença e cura da população, desconsiderando as dimensões biopsicossociais do processo de adoecimento e dificultando as trocas de saberes entre os personagens envolvidos no contexto do cuidado.

Este trabalho não pretende fazer uma análise ou avaliação do Programa Saúde da Família, mas seria impossível desenvolvê-lo sem um entendimento do contexto que se insere o Agente Comunitário de Saúde. O cenário de atenção à saúde já é por si só bastante complexo por envolver os aspectos já citados anteriormente e para compreender as idiosincrasias do lugar do ACS. É necessário o entendimento mínimo do cenário da proposta em que ele se encontra.

Neste sentido, é possível constatar que existe na atual forma de estruturação do Programa Saúde da Família uma ausência de clareza acerca do que é ferramenta para diagnóstico e intervenção, e o que é resultado em saúde. Pois, a atuação parece estar muito mais voltada para intervenções prescritivas e normativas do que para uma mudança real no modelo de atenção. E isto não é muito diferente do modelo que se desejava ultrapassar, que infere que consultas e exames significam necessariamente a resposta para os problemas de saúde.

Isto ganha maior importância à medida que fica claro que, enquanto não houver de fato um espaço para trocas mais efetivas de experiências e saberes na articulação de um campo do cuidado articulador dessa diversidade, o trabalho em equipe não se apresenta com a articulação esperada. Os olhares a as atuações tendem a permanecer fragmentados e aprisionados de cada trabalhador em seu núcleo específico de atuação e conhecimento.

## 1.1 Promoção da Saúde

O Programa Saúde da Família tem, entre os seus objetivos: *“intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais; contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida; estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social”*; e considera, entre os seus elementos estruturais, a promoção da saúde como forma de responder a questões cotidianamente presentes na atuação das equipes.

O conceito de Promoção da Saúde é definido, segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, como um processo que possibilita às pessoas aumentar seu controle sobre os determinantes da saúde e, através disto, melhorar sua saúde. Nesse Sentido, a participação da população envolvida é condição fundamental na sustentação das ações relacionadas à promoção da saúde. Este conceito considera a ampliação do olhar sobre o processo saúde/adoecimento, considerando a proposta de promover saúde como uma questão social e política; não restringindo sua atuação a ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos, mas considerando também a necessidade do envolvimento em mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas.

Relacionada à vigilância à saúde, por um lado, e a um movimento de crítica à medicalização do setor, por outro lado, a proposta da promoção da saúde supõe uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes. Propondo que ações intersetoriais, que extrapolem a prestação de serviços clínico-assistenciais, envolvendo educação, meio ambiente, lazer, acesso a bens e serviços essenciais, entre outros, incidiriam diretamente sobre as condições de vida e saúde da população.

Papoula (2006) aponta que o debate acerca dos determinantes sociais no processo saúde-adoecimento ganhou força a partir da Declaração de Alma Ata, 1978, com a proposta “saúde para todos”. Esta declaração é produto da

Conferência de Saúde realizada na cidade de Alma Ata, na extinta União Soviética. Scliar (2007) resalta os principais aspectos deste encontro:

*“A Conferência enfatizou as enormes desigualdades na situação de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos; destacou a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e implementação dos cuidados à saúde. Trata-se de uma estratégia que se baseia nos seguintes pontos: 1) as ações de saúde devem ser práticas, exeqüíveis e socialmente aceitáveis; 2) devem estar ao alcance de todos, pessoas e famílias – portanto, disponíveis em locais acessíveis à comunidade; 3) a comunidade deve participar ativamente na implantação e na atuação do sistema de saúde; 4) o custo dos serviços deve ser compatível com a situação econômica da região e do país. Estruturados dessa forma, os serviços que prestam os cuidados primários de saúde representam a porta de entrada para o sistema de saúde, do qual são, verdadeiramente, a base. O sistema nacional de saúde, por sua vez, deve estar inteiramente integrado no processo de desenvolvimento social e econômico do país, processo este do qual saúde é causa e consequência.” (SCLIAR, 2007)*

Papoula (2006) traz ainda como importante antecedente da proposta de promoção da saúde o Informe Lalonde, publicação do governo do Canadá em 1974, que abordava novas perspectivas para a saúde dos canadenses. Papoula afirma ainda que esta publicação foi considerada a primeira oficial a utilizar o termo, tornando-se assim um marco para o movimento moderno de promoção da saúde. Buss (2003) analisa as motivações do Informe baseando sua proposta em questões políticas, técnicas e econômicas, pois, segundo o autor, tinha como objetivo atuar sobre os custos crescentes da assistência médica e, simultaneamente, questionava o modelo da atenção à saúde baseado exclusivamente na abordagem médica (especialmente no que diz respeito às doenças crônicas) em função dos resultados pouco significativos que a abordagem apresentava. No Brasil, o movimento de ampliação da concepção do processo saúde/doecimento e a necessidade de reformulação das propostas de atenção à saúde, tornou-se mais consistente com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e tem seu marco na Constituição Federal de 1988.

Segundo Buss (2003), as conceituações disponíveis para a promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos. No primeiro, a atuação é baseada nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos

indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram. A partir desta concepção, os programas ou atividades de promoção da saúde apresentam características mais educativas, com componentes relacionados aos riscos comportamentais passíveis de mudanças, excluindo do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos. Para o segundo grupo, o entendimento baseia-se na perspectiva de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo em sua abordagem, propostas que envolvam alimentação; habitação e saneamento; boas condições de trabalho; educação; meio ambiente; apoio social para famílias e indivíduos; além de serviços de saúde que atendam às necessidades da população.

Não é possível deixar de observar, entretanto, os riscos de se amplificar tanto os conceitos e as propostas de atuação, que esses passem a ter características tão extensas quanto o conceito de vida. E, neste sentido, também não é possível deixar de considerar o profundo envolvimento que a proposta de promoção da saúde tem com a medicina preventiva. Segundo Nogueira (2003), a avaliação de riscos é o norteador de ambas abordagens, considerando as escolhas individuais de estilos de vida o principal foco de sua atuação. Desta forma, a discussão acerca dos determinantes econômicos e sociais da saúde é esvaziada e dificilmente abordada nas intervenções. A partir deste enfoque, é possível considerar o desenvolvimento de uma pseudo-autonomia, pois esta estaria todo o tempo submetida à regulação e normatização de parâmetros que determinariam o que significa ter saúde.

Aliás, o debate sobre a conceituação de saúde é também de grande peso e atravessa todas as propostas políticas de cuidado. Apesar de não ser possível abordar de forma mais aprofundada este assunto, apresenta-se a seguir algumas considerações.

Para Lefevre e Lefevre (2007), a visão hegemônica do conceito de saúde, tendo como objeto um doente-consumidor, reproduz permanentemente um sistema produtivo de bens e serviços. Este sistema seria o responsável, segundo os autores, pela produção de:

*“respostas preventivas e reativas a uma ameaça vista ou representada como insuportável e inadiável, porque ameaça a vida. Isso faz com que*

*a doença acabe também sendo progressivamente vista como a própria razão de ser do sistema produtivo, isto é, como algo da mesma natureza que a fome, um desequilíbrio constitutivo, levando, por isso, à permanente e obrigatória produção do retorno ao status quo ante, na medida em que esse retorno significa a preservação da vida. No discurso hegemônico da saúde, a doença ameaça a vida à medida que aponta para a morte, vista como absoluto. Por isso mobiliza uma reação de defesa igualmente radical visando ao retorno à vida, vista correlativamente como não-morte” (LEFEVRE e LEFEVRE, 2007).*

Camargo Jr (2007) aborda a questão articulando alguns aspectos que considera conseqüências da distorção causada pela centralidade da categoria doença na estrutura do modelo de atenção:

- “reificação da categoria doença” – a doença passaria a ser considerada como organizadora do conhecimento disponível e das intervenções técnicas.
- ênfase excessiva na “concepção positiva de saúde” – orientar a atuação dos serviços de saúde tendo como base uma concepção positiva de saúde, pode ter como conseqüência uma abordagem radicalmente medicalizante/medicalizada, pois significa amplificar a esfera de atuação à totalidade da vida.

Não se trata de negar o avanço na conceituação de saúde e nas propostas de atuação sobre as dificuldades enfrentadas no cuidado que o conceito de Promoção da Saúde proporciona. Trata-se de analisar criticamente as propostas de atuação desenvolvidas atualmente nas políticas públicas brasileiras, observando suas estratégias como forma de garantir a responsabilização justa de cada ator envolvido na busca da saúde de qualidade. A proposta deste trabalho não é a de aprofundamento nessas questões, mas considera o atravessamento destas na atuação dos trabalhadores do Setor Saúde e, mais especificamente, na atuação dos Agentes Comunitários de Saúde.

## 1.2 Educação Popular em Saúde

Não é possível considerar que haja uma concepção única de educação, mas de maneira generalizada, há uma concordância de seu papel fundamental na construção dos saberes, valores e comportamentos. Possui também uma função no processo da socialização dos indivíduos e na construção das subjetividades.

Bornstein (2007) cita a teoria que identifica três formas de entendimento do sentido da educação na sociedade: Educação como redenção, como reprodução, e como meio de transformação.

- Educação como redenção: busca integrar de maneira harmoniosa os sujeitos de uma sociedade. Esta integração aconteceria na correção de seus desvios; e os que não fossem corrigidos, permaneceriam a margem deste organismo.
- Educação como reprodução: baseia-se na proposta de manutenção do modelo vigente, de perpetuação do modelo de sociedade que se apresenta. Segundo esta abordagem, a não reprodução de todos os aspectos do modelo de sociedade tem como consequência, o seu desaparecimento.
- Educação como transformação: propõe a educação como uma instância a serviço de um projeto, de um ideal de organização social. Desta forma, a educação se colocaria como mediadora na construção de sociedade ao qual seu projeto vislumbra.

A partir desta leitura, a Educação Popular em Saúde poderia seguir o modelo da educação a serviço da transformação. Pois desenvolve em si a proposta de mudança segundo um ideal, como veremos a seguir.

Vasconcelos (2001) apresenta a Educação em Saúde como *“o campo da prática e conhecimento do setor Saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população”*. E contextualiza essa proposta como fruto de um movimento social que buscava a emancipação das camadas trabalhadoras do povo brasileiro.

Segundo o autor, a educação popular no país, teve sua fundamentação na década de 50, com os trabalhos comunitários voltados para as camadas populares desenvolvidos por intelectuais e educadores ligados à Igreja Católica. Atuando como uma retomada e uma elaboração pelos intelectuais e agentes educativos de uma prática esparsa e não sistematizada do movimento operário do início do século em busca de uma sociedade mais justa e democrática.

A publicação dos primeiros livros de Paulo Freire na década de 60, marca a sistematização da metodologia da educação popular, com a proposta de uma análise crítica da realidade (feita pelo educando) e desenvolvimento de estratégias de atuação sobre a mesma. Vasconcelos localiza a expansão das experiências de educação popular em saúde no Brasil na década de 70, quando o governo se vê pressionado pelas crescentes manifestações populares, a ocupar-se de questões como saúde, saneamento, educação, entre outras. Buscou-se, assim, um modelo de assistência médica que fosse viável devido à escassez de recursos e à crise econômica que o país enfrentava.

A fixação de profissionais de saúde próxima às moradias das classes populares, proporcionada pela proposta de amplificação da Atenção Primária à Saúde aconteceu fortemente influenciada pela Conferência de Alma Ata, em 1978. Esta aproximação fortaleceu a participação de profissionais de saúde nas experiências de educação popular, proporcionando o crescimento da relação de troca com as classes populares; o que ocasionou uma análise crítica por parte destes profissionais em relação aos métodos autoritários e normatizadores exercidos até então sob a bandeira de educação em saúde.

Esta proposta, entretanto, não é a mais freqüente nas práticas de educação em saúde. A forma de atuação preponderante é a de um modelo unilateral e verticalizado, que busca modificar os comportamentos da população vistos como prejudiciais à saúde. Considera que o saber popular é inferior quando, na realidade, trata-se de uma saber diferente.

A proposta de Educação Popular tem como elemento central do processo de aprendizagem o saber anterior do educando; o entendimento construído na vida social daquele sujeito ao longo da sua existência. Esta valorização do conhecimento prévio no processo de aprendizagem proporciona

uma familiaridade com os conteúdos em transformação e, acima de tudo, busca a desconstrução do processo verticalizado de transmissão de conhecimentos.

A experiência em rodas de discussões e encontros científicos aponta para um movimento crescente de profissionais em busca do desenvolvimento dessas técnicas de atuação na atenção básica em saúde. Isto acontece em função das limitações da formação tecnicista e das ações normativas face à complexidade da prática em saúde.

Vasconcelos (2001) analisa o movimento atual a partir da seguinte perspectiva: *“Pode-se afirmar que grande parte das experiências em Educação Popular em Saúde estão voltadas para a suspensão do fosso cultural existente entre os serviços de saúde, as organizações não-governamentais, o saber médico e mesmo as entidades representativas dos movimentos sociais, de um lado e, de outro lado, a dinâmica de adoecimento e de cura do mundo popular”*.

A característica do ACS de existir no espaço entre a comunidade e a unidade de saúde possibilita essa construção conjunta de conhecimento que se estabelece ao promover o diálogo entre o saber popular e o conhecimento científico, mantendo entre ambos uma relação horizontal de importância. Esta característica transformadora da Educação Popular poderia aproximar profissionais de saúde e população assistida promovendo o desenvolvimento de estratégias integradas e resolutivas em busca da saúde. Esta não parece, contudo, ser a proposta fundamental das experiências nos serviços de saúde, segundo a pesquisa bibliográfica realizada para este trabalho.

## 2 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O Agente Comunitário de Saúde é um trabalhador com características diferenciadas de inserção no campo de atuação, vínculo institucional, pré-requisitos, entre outros. Alguns exemplos desta diferenciação podem ser encontrados ao analisar algumas de suas atribuições e pré-requisitos definidos pelo Ministério da Saúde: deve residir na própria comunidade, ter perfil mais social que técnico, ser maior de dezoito anos, ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades e, entre outras atribuições, trabalhar com famílias em base geográfica definida além de realizar o cadastramento e acompanhamento de tais famílias.

São ainda características de seu repertório profissional analisar as necessidades da comunidade, atuar nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, especialmente da criança, da mulher, do adolescente, do idoso e dos portadores de deficiência física e deficiência mental, participar das ações de saneamento básico e melhoria do ambiente, participar das reuniões da equipe de saúde e outros eventos de saúde com a comunidade. Segundo Nogueira (2002), é interessante destacar outras duas atribuições: *“orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde”* e a segunda, salienta que eles devem *“informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades”* (BRASIL, 2001). Nogueira (2002) ressalta ainda o caráter permeável dos agentes, pois, de um lado, instrumentalizam os profissionais de saúde para a compreensão dos problemas de saúde da população e de suas necessidades, e por outro, auxiliam a população a se apropriar dos “modos de fazer” estabelecidos pelo sistema médico oficial.

Ainda que não seja possível fazer uma relação direta entre a proposição do Auxiliar de Saúde, no PIASS, e o Agente Comunitário de Saúde do Programa de Saúde da Família, há características presentes nas propostas de atuação de tais trabalhadores ao longo do desenvolvimento das políticas de saúde, como aponta Bornstein (2008): uma mais técnica, relacionada à prevenção de agravos e promoção da saúde; outra mais política, no sentido de organização da comunidade, de transformação social e não apenas de inserção da saúde no contexto geral de vida. Esta dimensão política, por sua

vez, expressa duas expectativas: o agente como um elemento de reorientação do modelo de atenção à saúde e o agente como fomentador da organização da comunidade para a cidadania e a inclusão, numa dimensão de transformação social. Silva e Dalmaso<sup>1</sup> (2002) apontam outra especificidade relacionada ao agente, não encontrada na relação de suas atribuições, porém bastante identificado no cotidiano das práticas, que é a dimensão de assistência social. Desta forma, seria uma característica do cuidado praticado pelo agente, a proposta de aproximar a atenção básica e a saúde comunitária; costurando assim as dimensões técnica e política da assistência à saúde. É na dinâmica da prática cotidiana que os conflitos aparecem, uma vez que essas duas facetas estejam incorporadas nas formulações.

A necessidade de constantes reavaliações não se dá apenas em relação à prática. Segundo Castro et al (2008) *“as relações de trabalho adotadas no programa somam elementos de avanço na prestação de serviços públicos, e de recuo na manutenção de relações de trabalho, que são marcadas pela precariedade dos contratos e vínculos”*. Ainda de acordo com os autores *“o ACS passa a estar a serviço do Estado e em condições de trabalho similares às dos funcionários públicos, sem fazerem jus ao conjunto de direitos que a condição de servidor implica. Sua inserção é precária, informal e com baixa remuneração”*. Este trabalhador surge em meio a uma conjuntura geral de desregulamentação das condições sociais de trabalho, uma das marcas da década de 90. Mas, a partir de sua permanência ao longo dos anos e sua incorporação a outros programas para além da atuação pontual de combate às conseqüências da seca, abrem-se intensas discussões e embates sobre sua vinculação institucional, ou sobre a forma mais adequada de relação de trabalho para dar mais sustentabilidade ao uso desse recurso humano (NOGUEIRA et al, 2000).

Já houve avanços na trajetória de regulação desta atividade profissional. O decreto Federal nº. 3189/99 fixa as diretrizes para o exercício de atividades do Agente Comunitário de Saúde. Os debates acerca da vinculação institucional levam o Governo Federal, em 2002, através da lei 10.507, a criar a profissão de ACS, explicitando que o SUS é o âmbito de atuação deste profissional e estabelece novos requisitos mínimos para o exercício da profissão. No entanto, falta regulamentar a formação profissional, entre outras

questões de suma importância, como a remuneração por exemplo. Em 2006, a lei 11.350 (que define a forma de vinculação e seleção) oficializa a condição de migração do setor informal para o formal, condição essa que contraria a dinâmica atual do mundo do trabalho. Apesar do avanço legal, a real efetivação, ainda suscita muitas discussões, dentre elas a que tange a lei de responsabilidade fiscal nos diversos municípios do país.

Ao analisar aspectos relacionados à proposta política, atuação e inserção deste trabalhador no contexto do cuidado em saúde, Bornstein (2007) observa alguns desafios para a atuação do agente comunitário de saúde, tais como:

- Contexto – a imensa gama de possibilidades de organizações de cenários em que o Programa é implantado invoca a capacidade de flexibilidade em relação aos processos, práticas e conteúdos técnicos relacionados. O ACS tem papel estruturante nesta contextualização do cuidado.
- Finalidade - há que se considerar a amplitude das finalidades do Programa, que agrega questões não apenas baseadas nas diversas formas de atuação, mas com características muitas vezes antagônicas. Como exemplo, pode-se verificar as questões de saúde da comunidade, muitas vezes compreendidas a partir de um olhar mais individual e com bases biológicas; ou a partir de uma perspectiva mais coletiva, considerando aspectos sociais.
- Tecnologia – outro aspecto importante é a relação do ACS com o próprio saber médico, situa-se na sua vinculação com um saber popular de saúde e no conhecimento que dispõem acerca da dinâmica social da comunidade onde habitam.
- Trabalho em equipe – este ponto traz como foco o conflito de poder que se instaura quando o ACS passa a dividir, e mesmo disputar, o seu lugar de prestígio na comunidade com os outros membros da equipe, principalmente com os médicos. Esta disputa ocorre em muitos casos quando há um PACS funcionando e chega uma equipe de PSF. Entretanto, as disputas acontecem como uma via de mão dupla, gerando desarmonia nas estratégias e dificultando as ações.

- Formação - Observa-se que a formação tradicional recebida, confere ao ACS uma sensação de orgulho em diferenciarem o seu conhecimento do conhecimento popular que dispunham previamente. Isto traz prestígio dentro da comunidade, uma vez que o saber biomédico possui uma representação de superioridade na hierarquia de saber da sociedade. Ao mesmo tempo, esse processo gera ansiedade quando o ACS compara o seu conhecimento com o de outros profissionais da equipe.

De forma talvez menos explícita, mas não menos importante, identifica-se outros aspectos relacionados à atuação do ACS: a responsabilidade anteriormente citada que assumem, ao compor a equipe de saúde da família, de dominar certos conteúdos e práticas referentes à biomedicina. Cabe ao agente, neste sentido, apropriar-se desse conteúdo e exercer o papel de “tradutor” (GEETZ, 1983 *In*: BORNSTEIN, 2007), no sentido de que determinados conhecimentos e práticas biomédicos são transmitidos à comunidade por ele. Curiosamente esta transmissão se dá através da apropriação deste conteúdo desenvolvido em um universo técnico-científico específico por atores provenientes das classes populares.

Historicamente, esta é uma forte representação dos ACS: o elo entre comunidade e a equipe de saúde, com um papel de tradutor do universo científico ao popular, atuando, também, como facilitador do acesso das pessoas aos serviços de saúde. Esta função não escapa dos conflitos que este diálogo provoca e freqüentemente há resistência da população com relação às orientações e dificuldades de relacionamento com membros da comunidade, ou no processo de trabalho dentro da equipe de saúde.

Cabe apontar então a complexidade da inserção do ACS, aqui abordada pela perspectiva das expectativas depositadas em torno da sua participação, onde demandas freqüentemente paradoxais se superpõem. Nesta perspectiva, a equipe de saúde esperaria uma prática mais voltada para a pedagogia e a técnica, enquanto a comunidade poderia demandar uma intervenção com características predominantemente pessoais. Há ainda o fator, já mencionado, que abarca a expectativa de uma competência técnica a valores e conhecimentos que estão arraigados à sua cultura, e que frequentemente entram em choque. Observa-se que a posição do ACS é tanto mais difícil, porque é híbrida e de mediação.

Entretanto, a maioria de suas atribuições é voltada para atividades com características biomédicas e individualistas. Ainda que a proposta englobe ações coletivas, os ACS estão submetidos ao preenchimento de instrumentos que avaliam apenas a produtividade baseada em ações individuais e avaliação de indicadores que não consideram tais ações mais coletivas. Neste sentido, Silva e Dalmaso<sup>1</sup> (2002) argumentam que a variedade de concepções e entendimentos de que são portadores os demais sujeitos dos Programas (outros profissionais de saúde, gestores etc), sobre o agente comunitário de saúde e sobre a sua função, evidencia a dimensão das expectativas a que ele teria que atender no seu dia-a-dia e, por conseqüência, algumas condições concretas de conformação de uma identidade. Os desafios para o saber fazer e o saber ser.

## 2.1 A Formação do ACS

Atualmente, o referencial curricular para a formação do Agente Comunitário de Saúde está direcionado para o treinamento de técnicos de nível médio para atuação junto às equipes multiprofissionais, que desenvolvem ações de prevenção e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e nas comunidades em geral. O Ministério da Saúde (2004) define a qualificação básica do ACS como o primeiro módulo de educação permanente. Tal módulo possui carga horária de 80 horas e propõe o desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes necessárias á atuação do ACS, tais como: estratégia Saúde da Família, territorialização e abordagem familiar entre outros. Segundo a proposta, este módulo permite ao trabalhador inserir-se no campo das práticas em saúde, sendo parte do processo de educação em serviço os demais conteúdos necessários. E ambas devem acontecer preferencialmente no município aonde o ACS atua, privilegiando uma metodologia que integre ensino e serviço.

Nunes *et al* (2002), abordam a fala dos agentes quando se referem à responsabilidade que consideram assumir em dominar certos conteúdos concernentes à biomedicina. Segundo seu estudo, a formação oferecida propicia maior acesso ao saber biomédico. A valorização deste saber em detrimento ao saber popular, lhes conferiria maior prestígio social, o que acaba sendo contraditório, uma vez que uma das especificidades desejadas pelo Ministério da Saúde na descrição do ACS é o saber popular em saúde e o conhecimento deste trabalhador sobre a dinâmica social da comunidade em que trabalha.

Fontoura et al (2004, p 11) apontam em sua publicação que:

*“Os relatos obtidos nas entrevistas sugerem que os processos educativos vividos pelos agentes comunitários de saúde não têm sido capazes de produzir a aprendizagem e o conhecimento necessários para a uma atuação crítica e problematizadora da realidade. É possível que nesses processos a ação educativa tenha tido um caráter muito voltado para a transmissão de informações, atualização de temas, promoção de acumulações individuais de conhecimento, mas não tenha criado condições de problematizar o cotidiano do trabalho do agente. Esta possibilidade está indicada nos depoimentos encontrados, notadamente naqueles onde as atitudes que os agentes comunitários*

*assumem diante dos problemas encontrados na comunidade refletem valores e concepções preconizadas na própria sociedade onde se desenvolvem suas práticas. Neste sentido, cabe indagar até que ponto os treinamentos e capacitações oferecidos aos agentes comunitários, apesar de apresentarem uma proposta metodológica problematizadora, conseguiram desenvolver a capacidade de análise crítica da realidade, com potencial para gerar ações transformadoras nesta realidade.”*

Nunes aponta para a necessidade de que a formação dos ACS possa proporcionar conhecimentos diversos no que se refere ao processo saúde/adoecimento; construindo propostas de aprendizado que incorporem conteúdos biomédicos, o desenvolvimento de habilidades de compreensão da dinâmica social que se apresenta naquele espaço, e competências voltadas para as atividades educativas que os Agentes devem desenvolver.

## 2.2 Mediação

É possível presumir que a característica do ACS em ser uma pessoa que convive com a realidade do cenário cotidiano da comunidade, pratica seu ofício no bairro onde mora e recebe formação com fortes referências biomédicas, faz dele um elemento que aponta ao mesmo tempo as contradições e a possibilidade de diálogo entre esses saberes e sobre as práticas que os envolvem. Esta circunscrição deste ator o posiciona em uma posição de mediador entre comunidade e equipe de saúde, condição importante para a implantação e consolidação de um novo modelo assistencial.

Lotta (2006) ressalta que “Incorporar os diversos saberes locais nas políticas públicas é uma forma não apenas de garantir sua apropriação pela sociedade, mas também de promover cidadania com base na garantia de equidade e da diferença”.

Tal mediação possui uma gama de nuances e entendimentos. Silva et al (2006) trazem a discussão acerca do Agente Comunitário funcionando como elo, laço ou nó na construção do cuidado mais integral em saúde. Ao exercer a função de elo, o ACS seria “apenas um veículo de informações”; como laço, seria capaz de gerar vínculos, espaços de compartilhamento entre sujeitos e saberes. A perspectiva do nó surge no texto como a possibilidade de, em determinados momentos, “o agente comunitário encontrar-se tão preso em sua própria corrente, que os elos se enroscam, conformando um nó”. Consideram ainda, o possível nó formado nas relações envolvendo ACS, restante da equipe e comunidade.

Sob outra perspectiva, o papel de mediação pode exercer funções diversas, tais como de facilitação; de transformação; de convencimento ou de reprodução, agindo com normatizador.

Nogueira (2002) ressalta uma questão sobre se os Agentes Comunitários de Saúde *fazem* uma ponte ou se eles próprios *são* a ponte. Se for considerado que eles *fazem* a ponte, significa compreendê-los como intermediários que auxiliam nessa construção de acessos entre os saberes e as políticas públicas, com uma atuação com características educativas e que uma vez feita a *ponte*, mesmo que eles parem de atuar, haverá uma continuidade nesta troca. Se o olhar considerar que os ACS *são* a ponte,

significa dizer que eles são absolutamente necessários para a manutenção dessas trocas. Isto pode ser visto como um limite da política, uma vez que ela precisaria de um intermediário para acontecer, sem propiciar um aprendizado mútuo, com *“efeito de desenvolvimento, diálogo e inclusão”*.

### 2.3 Os Saberes

Como já dito anteriormente, o Programa Saúde da Família apresenta-se como uma proposta política que pretende, entre outros, promover o diálogo e articulação entre os saberes. Neste sentido, o ACS parece trazer consigo forte característica deste espaço de intercessão por morar na comunidade em que trabalha e desenvolver atividades que devem considerar a complexidade do contexto biopsicossocial.

Este cenário suscita a discussão acerca dos saberes envolvidos em uma prática integradora e abrangente como se propõe a política de saúde que envolve o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Nessas situações estão presentes questões relacionadas ao seu aprendizado nas formações para o exercício da atividade em saúde. Como já visto em momentos anteriores deste trabalho, um discurso com forte característica biomédica, prescritiva e normatizadora. Quase como um reflexo dos discursos de médicos e enfermeiros, reforçado por materiais de oficiais de instrução e capacitações pontuais.

Lotta (2006) propõe a compreensão deste movimento citando o conceito de verticalização de saberes, segundo o qual haveria uma articulação na incidência de forças horizontais e verticais que influenciariam a construção de saberes. As horizontais seriam, segundo ela, fruto de dinâmicas internas *“pontos agregados localmente, resultados de forças centrípetas locais e que se dão a partir da interação homem-espaco localmente construída”* (LOTTA, 2006, p. 137) e as forças verticais incidiriam a partir do ambiente externo, constituindo-se de *“de forças centrífugas que são fatores de desagregação, globalizantes e que retiram da região elementos do seu próprio comando a serem buscados fora dali”*. Lotta afirma ainda que *“o uso dos saberes adquiridos enquanto profissionais de saúde – e muitas vezes sua sobreposição aos saberes comunitários – pode ser visto como uma incidência dos saberes externos nas dinâmicas locais”* ( p.127).

É possível supor que a atuação do ACS esteja vinculada a este cotidiano de interações uma vez que fazem parte da comunidade, suas dinâmicas e saberes locais e se apropriarem do saber adquirido externamente pela ciência

médica. Seria esperado que o Agente conseguisse articular os aspectos horizontais e verticais do saber; ou seja, que ele pudesse variar entre o saber socialmente constituído naquela cultura e o saber constituído cientificamente; variando entre os saberes e articulando-os, na construção de um outro saber que dialogue com ambos. Em suas práticas, os Agentes funcionam como mediadores de saberes, transformando os saberes técnicos em saberes que podem ser apropriados pela população e vice-versa.

Silva e Dalmaso<sup>2</sup> (2002, p.79) argumentam que *“O saber científico que orienta a Medicina e as áreas correlatas, ao ser aplicado a situações concretas desdobra-se em saber operante, uma vez que deve dar conta de outras necessidades não recobertas pela ciência, como os valores, as condições de vida, as relações afetivas”*. As autoras afirmam ainda que no cotidiano do trabalho do ACS fica explícita uma ampla gama de situações para as quais a saúde ainda não desenvolveu um conhecimento sistematizado. Faltam além desse saber formal, instrumentos adequados (tanto no âmbito da concretude do trabalho quando nos aspectos mais gerenciais) que contemplem a abordagem da família, o contato com situações de vida precária que podem ser determinantes das condições de saúde, até o posicionamento frente à desigualdade social e a busca da cidadania.

Santos (2007), propõe uma transição paradigmática em busca de uma nova forma de conhecimento, que ele denomina *“conhecimento emancipatório”*. Segundo a análise do autor, *“a ciência moderna, outrora vista como solução para todos os problemas das sociedades modernas, acabou por se tornar, ela própria, num problema”*. Dá continuidade ao seu raciocínio argumentando: *“a transformação gradual da ciência numa força produtiva neutralizou-lhe o potencial emancipatório e submeteu-a ao utopismo dogmático da tecnologia”*. (SANTOS, 2007, p. 117). Desta forma, o autor percorre a discussão acerca da substituição dos saberes sociais pelo discurso da ciência e afirma a necessidade de uma crítica à epistemologia hegemônica para a construção de um novo saber que não decidisse a experiência; o que ele chama de *“novo senso comum emancipatório”*. Santos postula ainda que *“os problemas não deixaram de ser sociais para serem epistemológicos. São epistemológicos na medida em que a ciência moderna, não podendo resolvê-los, deixou de pensá-los como problemas”* (SANTOS, 2007, p. 117).

Foucault (2007) contribui para esta discussão conceituando o campo do saber como um universo ao mesmo tempo teórico e prático e este pode ser composto de diversas formas, por decisões, afirmações, experiências, decretos. Para o autor, o saber pode se constituir a partir da possibilidade da ordem, da positividade histórica; e é a partir deste que teorias, conhecimentos, idéias e reflexões são possíveis.

*“Um saber é aquilo de que podemos falar em uma prática discursiva que se encontra assim especificada: o domínio constituído pelos diferentes objetos que irão adquirir ou não um status científico (o saber da psiquiatria do século XIX não é a soma do que se acreditava fosse verdadeiro; é o conjunto das condutas, das singularidades, dos desvios de que se pode falar no discurso psiquiátrico); um saber é, também, o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso; um saber é também o campo de coordenação e de subordinação dos enunciados em que os conceitos aparecem, se definem, se aplicam e se transformam; finalmente, um saber se define por possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso. Há saberes que são independentes das ciências (que não são seu esboço histórico; nem seu avesso vivido); mas não há uma saber sem uma prática discursiva definida, e toda prática discursiva pode definir-se pelos saber que ela forma”.* (FOUCAULT, 2007, p. 204)

É possível pensar nas questões relacionadas ao saber em saúde considerando os aspectos abordados pelos autores acima citados. Considerando o cenário complexo do cuidado e os saberes e práticas nele envolvidos. A necessidade de estratégias que possibilitem a interação dos diversos atores e seus saberes. Além da aceitação de uma visão ampliada do conceito de saúde para que alguma troca seja parte da construção de um processo coletivo de cuidado.

### 3 METODOLOGIA

A opção metodológica de abordagem em campo para este estudo foi por trabalhar com entrevistas semi-estruturadas. Estas geraram um corpo textual que foi posteriormente trabalhado com base na Análise do Discurso.

Para Minayo (1994, p.57), a entrevista “*não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada*”.

O município de Petrópolis foi identificado como boa área de investigação por ter, em sua estrutura de assistência, o Programa Saúde da Família com implantação há aproximadamente dez anos, tempo considerado pela pesquisadora como potencialmente constituinte em uma estrutura de atuação que pudesse auxiliar nas reflexões acerca das relações entre saber e fazer, além da construção deste saber. A proposta da pesquisa contava também com maior facilidade de acesso para se desenvolver neste município, contribuindo para a decisão. Há um maior detalhamento do contexto sócio demográfico do município escolhido como cenário para a realização do campo de investigação no capítulo 4 deste trabalho.

As equipes participantes da pesquisa foram selecionadas com a ajuda da Gerência de Atenção Básica do município e o único critério de seleção previamente estabelecido pela pesquisadora é que as equipes contassem com tempo de implantação de quatro anos ou mais. A escolha por este espaço de tempo se deu em função do tempo de implantação do PFS no município, que teve início em 1998, mas passou a contar com maior número de equipes formadas e atuando em 2000. Considerou-se que as equipes que estivessem atuando há pelo menos metade do tempo de implantação do programa no município, poderiam oferecer informações mais aprofundadas sobre o objeto desta investigação. A partir do critério apresentado pela pesquisadora, foram sugeridas algumas equipes pelas coordenadoras de determinadas Unidades de Saúde e, novamente, a questão da facilidade ao acesso foi considerada e as sugestões aceitas.

### **3.1 Procedimentos de Coleta de Dados**

A coleta de dados deu-se em três momentos: pesquisa bibliográfica, consulta aos dados da Gerência de Atenção Básica do município de Petrópolis e entrevistas.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em bancos de dados bibliográficos e biblioteca virtual, sobre os temas Programa Saúde da Família, Agente Comunitário de Saúde, Modelos de Atenção à Saúde, Promoção de Saúde e Educação em Saúde.

A segunda fase da pesquisa compreendeu visitas à Gerência de Atenção Básica do município de Petrópolis com a finalidade de coletar dados oficiais referentes ao número de Equipes de Saúde da Família - ESF em atuação no município, quantidade de famílias cadastradas, cobertura do PSF no município e histórico de implantação do programa.

A terceira fase foi desenvolvida em entrevistas com os Agentes Comunitários de Saúde de quatro equipes, totalizando 20 entrevistados. Esta abordagem será melhor desenvolvida a seguir, em tópico específico sobre as entrevistas.

#### **3.1.1 As entrevistas**

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e a escolha dos participantes foi baseada obedecendo ao critério fundamental Já descrito anteriormente: possuir experiência de mais de quatro anos no Programa de Saúde da Família. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que se encontra em anexo.

O roteiro das entrevistas continha 10 questões e se iniciava com dados de identificação e em seguida abordava questões relacionadas à prática, na tentativa de que os entrevistados pudessem assim associar os múltiplos fatores envolvidos com o ser, o saber e o fazer de Agente Comunitário de Saúde. Por fim, era feita a questão diretamente ligada a esta pesquisa. Apresento abaixo o roteiro básico de abordagem nas entrevistas:

- Nome;
- Idade;
- Quantas famílias atende;
- Há quanto tempo está na ABS?
- Como chegou à ABS?
- O que é ser ACS para você?
- O que você mais gosta no trabalho? Por que?
- O que é mais difícil? Por que?
- Dê um exemplo de fato marcante nesse trabalho para você.
- O que deve saber o Agente Comunitário de Saúde?

A proposta inicial desta pesquisa era a de entrevistas individuais; entretanto, por sugestão dos próprios entrevistados, foram realizadas em grupo, divididos em equipes. Os encontros aconteceram nas Unidades de Saúde de trabalho de cada equipe, com horários agendados com os ACS. Foram entrevistados 20 agentes divididos em 4 equipes.

A idade dos entrevistados variou entre 22 e 54 anos. Alguns entrevistados possuíam o ensino fundamental completo, mas a maioria havia concluído o ensino médio, havendo ainda casos de pessoas com curso superior completo. Com relação ao trabalho anterior, a maioria havia trabalhado em empregos que não tinham relação com a atuação do ACS e poucos já haviam participado de trabalhos voluntários. Alguns relaram experiência prévia com trabalho em saúde. Informações mais individualizadas sobre os entrevistados poderiam ser enriquecedoras, entretanto, o fornecimento das mesmas comprometeria o compromisso de sigilo assumido por esta pesquisa.

### 3.2 Categorização dos dados

Os dados coletados na pesquisa bibliográfica e na Gerência de Atenção Básica do município foram categorizados e fazem parte do conteúdo teórico deste trabalho e da contextualização do universo da pesquisa, respectivamente. O conteúdo oriundo das entrevistas foi dividido e categorizado, em momento posterior às mesmas, uma vez que não havia categorização prévia e entendendo que *“as categorias, expressas por meio de práticas discursivas, são estratégias lingüísticas delineadas para conversar, explicar, organizar e dar sentido ao mundo, cujas especificidades estão vinculadas ao contexto que as produzem”* (SPINK & MENEGON,2000, p.79).

Da análise do conteúdo captado nas entrevistas, foram identificados os seguintes temas principais dos discursos dos ACS participantes da pesquisa: Identidade; Formação; Ser da Comunidade; Promoção da Saúde/ Prevenção/ Educação; Equipe de Saúde da Família ; Os Saberes.

### 3.3 Análise dos dados

Para orientar a análise dos dados colhidos foram utilizados os fundamentos da Análise do Discurso, de Foucault. Para a esta teoria, o discurso é uma prática, uma ação do sujeito sobre o mundo. Por isso, sua aparição deve ser contextualizada como um acontecimento, pois funda uma interpretação e constrói uma vontade de verdade. Quando pronunciamos um discurso agimos sobre o mundo, marcamos uma posição - ora selecionando sentidos, ora excluindo-os no processo interlocutório.

O autor observa ainda a possibilidade de um outro tipo de pressuposto, afirmando que há organização, estruturação, construção de “grelhas” do saber, que se constituem a partir de um “solo positivo”. E que a partir deste solo podem constituir-se teorias gerais sobre a ordem das coisas e suas interpretações. Haveria ainda, segundo Foucault (2007), uma terceira região fundamental habitando entre os códigos culturais e o “conhecimento filosófico-reflexivo”, esta seria “a da experiência dessa ordem e seus modos de ser”.

#### 3.3.1 Análise do conteúdo

A proposta da análise dos conteúdos obtidos através do discurso dos ACS foi inicialmente a de imersão neste conjunto de informações, sem categorização ou classificação dos mesmos. Apenas a partir deste primeiro contato, houve uma possibilidade de divisão dos dados em temas, que serviram de base para um aprofundamento na análise através do diálogo com os aspectos teóricos previamente estudados.

Foucault (2007) propõe como projeto de uma forma de análise, que seja feita uma descrição dos acontecimentos discursivos, e que através dessa descrição se possa ter um horizonte para a busca das unidades que aí se formam. Possibilitando assim, que a partir desse conjunto de unidades do discurso que se coloca, se possa definir regras que permitam construir outros enunciados.

Na proposição desta forma de análise, o autor constrói o seguinte argumento:

*“É preciso por em questão, novamente, essas sínteses acabadas, esses agrupamentos que, na maioria das vezes, são aceitos antes de qualquer exame, esses laços cuja validade é reconhecida desde o início: é preciso desalojar essas formas e essas forças obscuras pelas quais se tem o hábito de interligar os discursos dos homens; é preciso expulsá-las da sombra onde reinam. E ao invés de deixá-las ter valor espontaneamente, aceitar tratar apenas, por questão de cuidado com o método e em primeira instância, de uma população de acontecimentos dispersos” (FOUCAULT, 2007,p.24)*

A análise dos discursos, segundo a proposta do autor, não se vai exercer na forma de uma interpretação, de uma análise do sentido: ela visa descrever aquilo que é efetivamente dito, considerando o ponto de vista da sua existência: visa descrever “*modalidades de existência*”, visa definir um conjunto de “*condições de existência*”. Trata de compreender o dito na singularidade de sua situação, de estabelecer seus limites da forma mais justa, para que assim seja possível correlacioná-lo com outros discursos com os quais possa estabelecer certo diálogo.

Soma-se a estas propostas, a idéia de que o discurso é uma prática social, é construído dentro de regras sociais e é dirigido a um grupo. Desta forma, se o discurso é uma prática social, a prática do discurso não poderá ser entendida separadamente das práticas que não são discursivas. Cabe, entretanto, observar que a relação do discurso com o que não é do mundo do discurso é algo que se dá atravessado pelo mesmo, logo, é algo que se apresenta no enunciado.

*“O problema não é mais a tradição e o rastro, mas o recorte e o limite; não é mais o fundamento que se perpetua, e sim as transformações que valem como fundação e renovação dos fundamentos” (FOUCAULT, 2007, p. 6).*

### **3.4 Aspectos éticos**

O projeto desta pesquisa foi submetido à aprovação de Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Petrópolis, que mantém convênio com a Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis e aprovado segundo o parecer N° 14/2008-R. O grupo de entrevistados constituiu-se a partir do desejo de participar do estudo, mediante consentimento livre e esclarecido (em anexo), respeitando-se os princípios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos e pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº. 196. Diário Oficial da União, 10 outubro de 1996).

Os sujeitos do estudo foram convidados a participar do estudo e informados dos objetivos, métodos e utilização dos dados mediante consentimento. Foi observado o anonimato dos envolvidos na pesquisa, utilizando-se nomenclatura com o prefixo ACS e numeração aleatória para cada entrevistado. Os sujeitos foram informados também que poderiam retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para si, além de terem em mãos cópia do Termo de Consentimento com contatos da pesquisadora, do Instituto de Medicina Social/UERJ e do Comitê de Ética em Pesquisa ao qual o projeto foi submetido para o caso de qualquer esclarecimento necessário.

## **Capítulo 4 - O ESPAÇO DA PESQUISA**

Neste capítulo é descrito o cenário do município onde foi realizada a pesquisa, abordando-se o contexto municipal, a estrutura organizacional da Prefeitura Municipal de Petrópolis, a rede de serviços públicos de saúde e a evolução histórica do PSF no município.

### **4.1 Contexto sócio demográfico municipal**

O município de Petrópolis, local escolhido para a pesquisa, está situado na região serrana do estado do Rio de Janeiro. O município é constituído de cinco distritos e possui uma extensão total de 776,6 km<sup>2</sup>. Conta com uma população de 312.766 habitantes (estimativa IBGE/2008), em que a grande maioria (aproximadamente 94%) ocupa a região urbana, cabendo à região rural aproximadamente 6%.

A economia de Petrópolis é baseada no turismo e no setor de serviços. Também merece destaque o comércio de roupas, sobretudo nos pólos da Rua Tereza e Itaipava, que atraem compradores (atacadistas e varejistas) de todo o país, empregando cerca de 35 mil pessoas direta e indiretamente e produzindo a movimentação de cerca de 240 milhões de reais/ano (Petrópolis-tecnópolis, 2006). Destaca-se, ainda na área de informática, sendo sede do Laboratório Nacional de Computação Científica (LNCC), uma unidade de pesquisa do Ministério da Ciência e Tecnologia. O município possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,804, o sétimo melhor índice do estado do Rio de Janeiro, segundo o Atlas de desenvolvimento humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano – PNUD de 2000.

Papoula (2006) relata alguns dados acerca da constituição da rede pública de serviços de saúde de Petrópolis. Esta possui em sua composição serviços pertencentes à rede própria e outros que pertencem à rede conveniada. O município observa o estrangulamento de alguns serviços em consequência da grande procura de assistência pela população de municípios vizinhos, o que, em determinadas situações, resulta em dificuldades de acesso

aos moradores do próprio município. A rede própria de serviços de saúde de Petrópolis funciona dividida nos três níveis de atenção, citados a seguir (fontes: DATASUS e Papoula, 2006).

- Rede básica: composta de (Dezembro/2008): 31 Unidades de Saúde da Família (USF), com 41 Equipes de Saúde da Família (ESF), que oferecem assistência à população de acordo com as normas nacionais do PSF, dentre estas, 10 ESF possuem o cirurgião dentista e o auxiliar de consultório dentário; contando ainda com 12 Postos de Saúde com oferta de serviços nas clínicas geral, pediatria, assistência de enfermagem de nível técnico, imunizações, e em algumas destas unidades há atendimento odontológico, cardiologia, ginecologia/obstetrícia, consulta de enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia e psicologia.

- Rede secundária: conta com dois ambulatórios de especialidades; com um Instituto da Mulher e da Criança, que também presta assistência de atenção básica; com um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), com unidades adulto e infantil; com um ambulatório de saúde mental; duas Unidades de Saúde de média complexidade, que contam com atendimento de urgência e emergência Tipo I (média complexidade), e também fazem assistência da atenção básica; um Centro de Especialização Odontológica (CEO); e 1 Instituto de Homeopatia.

- Rede terciária: possui dois hospitais, um com atendimento de urgência e emergência tipo I, clínica médica, doenças infecto-parasitárias, UTI de adultos Tipo I, e “leito 72 horas” para urgências psiquiátricas; e um hospital geral, que conta com maternidade de alto risco, UTI neonatal e atendimento à urgência e emergência tipo I. Esta rede conta também com um pronto socorro que presta atendimento de urgência e emergência Tipo I.

## **4.2 O Programa Saúde da Família no município de Petrópolis**

A gestão municipal de Petrópolis, no início de 1997, insatisfeita com o modelo de atenção baseado em ações curativas exercido em suas unidades de saúde, elabora o Projeto de Implantação do Programa Saúde da Família. Incentivada pelas experiências de outros municípios e pelas formas de financiamento do Ministério da Saúde, propõe, desta maneira, a reorganização do modelo assistencial. Ainda em 1997, o município propõe a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em sua rede.

A experiência do município com o trabalho de ACS vinha de cenários anteriores; a Escola de Enfermagem do Colégio Santa Catarina vinha, desde 1987, formando agentes. A atuação destes trabalhadores era, àquela época, voluntária e em sua região de moradia, sem delimitação de famílias assistidas, em exercendo práticas como: ações de educação em saúde, incentivo ao desenvolvimento comunitário e algumas ações de enfermagem como verificação de pressão arterial, curativos, entre outras. Sua supervisão era realizada pelas professoras enfermeiras da referida Escola, sem vínculo oficial com o sistema público.

A contratação destes trabalhadores passa a existir em 1994, através de convênio firmado entre a Federação de Associações de Moradores Petropolitana (FAMPE) e a Prefeitura Municipal de Petrópolis (PMP); a atuação da Prefeitura limita-se, neste momento, ao repasse de verbas para o pagamento dos ACS, não tendo um controle ou supervisão direta sobre estes ACS e suas respectivas ações.

Apenas em 1997, a Prefeitura passa a atuar de maneira ativa em relação aos ACS, com a implantação do PACS pelo município e a conseqüente incorporação dos 32 agentes que atuavam em diversas áreas do município. Neste momento, a Prefeitura passa a normatizar a atuação dos agentes, seguindo as normas nacionais do PACS para a delimitação de suas áreas de abrangência, número de famílias a serem assistidas e o exercício de suas ações.

O projeto de implantação do Programa de Saúde da Família iniciou a proposta de implantação em comunidades que já possuíam unidades de saúde e considerou também como critérios de seleção as seguintes características:

comunidades “fechadas”, com população de baixa renda e perfil epidemiológico desfavorável, e com baixa resolutividade da unidade de saúde. Definiu-se, então que inicialmente onze ESF seriam implantadas, seis na área urbana e cinco na área rural, distribuídas pelos cinco distritos do município de Petrópolis.

Apesar de a proposta de implantação ter sido organizada para acontecer em 1997, apenas em 1998 a implantação teve início efetivo, com duas unidades. Este atraso aconteceu, segundo a gestão do município, em função de atraso no repasse de verbas do MS para esse fim. A expansão do programa no município manteve-se acontecendo de forma gradativa, com mais duas equipes no ano de 1999 e outras seis em 2000. Nesta época, a população municipal era de 286.537 habitantes e o PSF contava com 10 ESF dando cobertura a 7,86% da população municipal.

Segundo Papoula (2006, p.),

*“A principal dificuldade para a implantação do projeto do PSF/PACS foi a falta de concordância do então Conselho Diretor da Fundação Municipal de Saúde quanto à forma diferenciada de remuneração superior dos profissionais do PSF/ PACS. Este conselho era resistente a esta diferenciação, embora o município já estivesse recebendo incentivos financeiros para o programa, previstos na NOB/96, desde abril de 1998. As quatro primeiras equipes implantadas, no ano de 1998, trabalharam até fevereiro de 1999 sem salários diferenciados dos demais profissionais da rede. A estratégia encontrada pela equipe de coordenação do programa, para convencer o então Conselho Diretor da Fundação Municipal de Saúde, e poder deslanchar o PSF no município, foi a de criar um incentivo financeiro para os profissionais (Gratificação de Desempenho e Produtividade), conforme a cobertura que estes davam aos grupos de risco (gestantes, crianças menores de 5 anos, hipertensos, diabéticos, tuberculose, hanseníase, mulheres com exame preventivo do câncer cérvico uterino atualizado e para os ACS incluiu-se também número de visitas domiciliares). O valor deste incentivo era diferenciado conforme os níveis de escolaridade dos profissionais (nível superior, médio e agente comunitário de saúde) e conforme o percentual de cobertura aos grupos de risco atingido pelos membros da ESF.”*

Atualmente, não há mais unidades de PACS, todas foram transformadas em PSF. E este encontra-se dentro da Gerência da Atenção Básica, que é realizada por um coordenador e seis supervisores (gerenciais) de área, enfermeiros, responsáveis pela supervisão das 41 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 12 Postos de Saúde, divididos em seis áreas gerenciais, dentro do município. O programa conta, também, com dois supervisores de saúde mental, psicólogos, e um ginecologista-obstetra, que realizam

supervisão específica das ESF. A Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP) mantém convênio com 5 ESF, das 41 pertencentes à rede e, embora estas equipes tenham uma coordenação específica e supervisão especializada da FMP, recebem supervisão da SMS através de um supervisor gerencial, e mantém uma estreita relação com a coordenação municipal do PSF, participando do processo de educação permanente e outros eventos promovidos pela gerência da Atenção Básica do município. Não obstante, as equipes ligadas à FMP conduzem sua atuação conforme as normas válidas para as outras equipes do município; a população que atendem está cadastrada no SIAB e há o envio de relatórios mensais para este sistema de gerenciamento.

As 41 Equipes de Saúde da Família dão cobertura a 132.050 pessoas ou 39.213 famílias, o que equivale a 42,2 % da população (Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, dez 2008 e SMS de Petrópolis). Há, segundo o SIAB, 249 Agentes Comunitários da Saúde atuando no município, divididos entre as 41 equipes do PSF.

## Capítulo 5 - OS DISCURSOS

Neste capítulo, são apresentados os principais temas surgidos nas entrevistas. A divisão do conteúdo dos discursos dos Agentes Comunitários de Saúde entrevistados baseou-se na leitura da transcrição das mesmas e na identificação dos principais temas emergentes. A seguir, os temas são apresentados em categorias, com uma breve introdução com a finalidade de contextualização do surgimento dos discursos, seguida de fragmentos das falas dos ACS.

### Identidade

A partir das falas dos Agentes entrevistados foi possível identificar alguns aspectos que envolvem o entendimento destes trabalhadores sobre a sua identidade. Um desses fatores aparece nas falas por meio da variedade de expectativas existentes sobre a função do ACS, que ora se vê como educador em saúde, ora como organizador de acesso, ora como “olheiro” da equipe na identificação e captação de necessidades:

*“Ser ACS é ser um pouco de tudo: às vezes um pouco, psicólogo, um pouco médico, um pouco farmacêutico...” (ACS 15)*

*“É um formador de opinião”. (ACS 6)*

*“Tem que ser criativo” (ACS 2)*

*“O ACS tem que ter uma característica de liderança.” (ACS 5)*

*“Ser ACS é um jeito de melhorar a vida do próximo. Porque a gente acha que as coisas que acontecem só acontecem lá longe, mas elas acontecem dentro da comunidade que você vive.” (ACS 11)*

*“Não tem como não se envolver. A GENTE É COMUNIDADE.” (ACS 11)*

*“Ser ACS é mudança. É mudar, tentar melhorar a vida das pessoas, considerando que as pessoas só mudam se quiserem.” (ACS 18)*

*“No final das contas a gente acaba sendo meio mãe também, porque se preocupa quando chove, se vai alagar a casa das pessoas, se eles estão tomando remédio direitinho” (ACS 3)*

*“Só que não são todas as pessoas que dão certo nisso, se não tiver o perfil, pode ficar lá fazendo o trabalho, mas não vai sentir o efeito. Porque não dá pra bater na casa da pessoa e dizer o que ela tem ou não que fazer. A pessoa já tem uma criação, hábitos de vida... tem que respeitar isso!” (ACS 9)*

Ao falarem sobre a remuneração também falam sobre o perfil; ao relatarem sua insatisfação com os salários, justificam a continuidade com o trabalho através do que chamam de perfil:

*“O salário não é o que foi divulgado, mas a gente acaba que tem o perfil, então vai ficando”. (ACS 4)*

*“Verdade, quem ficou é predestinado, porque o salário chega a ser cruel. A nossa desvalorização começa por aí”. (ACS 1)*

*“A gente não teve aumento de salário, a gente não sabe onde está. Sabemos que estamos, mas não sabemos aonde vamos parar.” (ACS 14)*

## FORMAÇÃO

A formação dos trabalhadores é reconhecida, segundo o Ministério da Saúde, como *“um componente para o processo de qualificação da força de trabalho no sentido de contribuir decisivamente para a efetivação da política nacional de saúde”*. Ainda segundo o Ministério: *“essa concepção da formação busca caracterizar a necessidade de elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional para possibilitar o aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, domínio do conhecimento técnico-científico, capacidade de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de interagir*

*com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas de seu trabalho.”*

O cenário que se encontra ao interagir com os Agentes aponta em direção diferente da proposta pelo Ministério da Saúde. Durante as entrevistas, o que fica clara é a insuficiência, na formação básica, de elementos que forneçam subsídios para as necessidades que a prática demanda. Os relatos feitos pelos ACS entrevistados apontam para demora no início do curso básico (especialmente para os que entraram depois a Unidade já estava em funcionamento).

*“Acho que na hora da seleção, isso tinha que ser considerado. Até pra melhorar o serviço. Porque eu já vi em outros postos umas pessoas muito fracas, bem ignorantes mesmo!”. (ACS 7)*

*“Um PSF na cidade é diferente de um PSF de interior. Tem que ter um nível melhor. O Agente tem que ser uma pessoa mais instruída, mais culta, pra poder passar as informações.” (ACS 5)*

*“O curso básico também era bem simples: preenchimento de documentos; qual paciente deve vir pro posto; como a gente aborda as pessoas; identificação de risco.” (ACS 13)*

*“Os mais antigos receberam curso básico de 15 dias, os que chegaram depois foram jogados na rua, no trabalho.” (ACS 1)*

*“Os que vieram depois da Unidade já inaugurada só receberam treinamento uns dois meses depois que começaram a trabalhar. Aí, quando veio o curso a gente já sabia de tudo. Porque os mais antigos ajudaram.” (ACS 8)*

*“Eu acho que prá passar o que a gente passa pros outros tem que ter um nível melhor de instrução. Pra poder fazer uma coisa maneira. Tem pessoas que a gente vê fazerem umas coisas assim... que não tem noção de nada. Como é que vai passar informação?” (ACS 7)*

Os apontamentos estendem-se aos cursos da educação continuada, que são considerados por eles pouco pertinentes à sua atuação prática cotidiana.

*“Alguns cursos são importantes, outros são encheção de lingüiça” (ACS 5)*

*“às vezes há muita repetição no cursos. Agora nem mais tanto, mas é que tinha uma mistura muito grande de ACS novos com mais antigos, então eles ficavam sempre repetindo as mesmas coisas; repetiam sempre os mesmos assuntos”.* (ACS 11)

*“Alguns cursos são realmente bons, mas tem outros que são uma bobagem só. O que a gente aprende em alguns cursos não serve de nada pra comunidade.”* (ACS 3)

*“Tem coisas nos cursos que estão muito longe da realidade da prática. Eles começam bem, falando de umas coisas interessantes, mas depois acabam falando de umas coisas muito longe da realidade.”* (ACS 10)

A questão da formação surge também durante as discussões sobre da desvalorização salarial. Parte dos entrevistados propõe um contraponto relacionando a remuneração e a formação dos ACS:

*“Em relação ao salário, o problema é que o requisito é 1º grau. Só que, quando as equipes são formadas que nem essa daqui, que as pessoas são mais preparadas, fica mais difícil aceitar o salário.”* (ACS 7)

*“la começar a valorização se colocasse 2º grau prá todo mundo, O trabalho ia ser bem melhor, o serviço ia ser bem melhor, e a gente ia poder receber mais também.”* (ACS 5)

### Ser da comunidade

Um dos pontos mais citados pelo ACS é o fato de morarem na mesma região em que trabalham. Isto é visto por eles como ponto positivo e como ponto negativo. A parte positiva vem, segundo eles, do fato de terem maior facilidade no trato com a comunidade, por já serem razoavelmente conhecidos e por saberem dos problemas da região. O fator negativo vem da sensação de *“trabalhar o tempo todo”* mencionada por eles. Outra reflexão feita pelos

entrevistados sobre ser da comunidade, fala da identificação com a população atendida.

*“é importante ser da comunidade porque as pessoas já conhecem, podem deixar a gente entrar mais facilmente”.* (ACS 12)

*“É complicado, porque o médico vai embora, mas a gente não. É trabalho 24h. As pessoas batem na sua porta e querem que você resolva os problemas delas. Te encontram na padaria e reclamam que não receberam o remédio em casa. Fica difícil!”* (ACS 15)

*“A gente tenta não se envolver muito, né? Mas às vezes não dá. A gente conhece essas pessoas, vai na casa delas, não dá pra não se envolver.”* (ACS 4).

*“O serviço da gente não é um serviço que nem os outros, que acaba quando o relógio marca uma hora determinada. O nosso serviço é 24h.”* (ACS 20)

*“Ah, esse intercâmbio com as pessoas é o que eu mais gosto, essa relação de confiança. Você conhece essas pessoas e elas te conhecem, aí você consegue saber aonde pode ajudar.”* (ACS 9)

*“Eu acho que uma das coisas principais é a conduta. Como a pessoa é na comunidade. Porque pra outra pessoa escutar o que você fala, te atender no portão da casa dela, você tem que ter uma conduta. Então, o Agente de Saúde, ele não é aquele horário do posto. Ele é 24h.”* (ACS 3)

Falam bastante também da relação com a comunidade e na sensação de valorização/ desvalorização que resulta desse contato. Relatam serem muito cobrados pela sua atuação e pela resolutividade de suas atuações, mas identificam que quando o seu trabalho é reconhecido pela comunidade, a sensação de um bom trabalho é intensa.

*“Eu fui cobrada em pleno natal que as famílias não tinham recebido a cesta cheia\*. Mas eu não tenho culpa, foi a prefeitura que não mandou, não fui eu que não quis entregar”* (ACS 4)

*“Ah, eles descontam na gente quando não gostam do médico que atende. Chegam pra gente e dizem: eu não gostei daquele SEU médico, não vou mais voltar lá. Se você quiser, você que me arranje outro médico”. (ACS 11)*

*“Ah, tem umas situações que são muito boas, por exemplo, tinha um senhor na minha microárea que precisava de uma cirurgia no olho, mas pra marcar oftalmologista aqui estava demorando muito. Aí eu conversei com a dra X e encaminhamos ele pro ambulatório-modelo, que é fora da nossa atuação, mas ele conseguiu ser atendido e fazer a cirurgia que precisava. Deu uma sensação boa!” (ACS 7)*

*“ a comunidade olha prá gente como se a gente fosse uma luz no fim do túnel. Mas a gente precisa trabalhar em parceria”. (ACS 16)*

*“Gosto na hora em que posso dar respostas positivas para as pessoas” (ACS 12)*

*“O contato com as pessoas, a confiança que se estabelece, isso é muito gratificante”. (ACS 4)*

*“As pessoas sentirem a importância do trabalho, verem a resposta na comunidade” (ACS 17)*

## PROMOÇÃO DA SAÚDE / PREVENÇÃO / EDUCAÇÃO

Nas falas do ACS entrevistados os conceitos de Promoção da saúde, Prevenção e Educação se apresentam de maneira quase indissociável. Por este motivo, as falas referentes a estes assuntos foram agrupadas em um único tema. Ao serem questionados sobre sua atuação, a maioria fala textualmente o que está descrito na literatura sobre atuar em prevenção e promoção da saúde. É possível também identificar diferentes formas de atuar e entender promoção da saúde.

*“Tanto nessa parte (controle das vacinas) quanto no dia do hipertenso, no dia do diabético... é pra ver se eles estão tomando o remedinho direitinho, pra evitar pronto-socorro. Esse trabalho, nesse ponto, eu acho muito importante”. (ACS 3)*

*“O trabalho do Agente de Saúde é muito também com a promoção da saúde, né? Mostrar os caminhos corretos dentro da saúde”. (ACS 15)*

*“A gente tenta, em cada visita, levar a conscientização, a promoção da saúde, que é muito importante. Porque tem pessoas que não tem a noção de que se não tiver higiene não vai ter uma boa saúde. Esse é o nosso trabalho”. (ACS 6)*

*“É tentar promover mesmo. Educação é complicado, né, você tentar educar alguém... Mas é tentar mostrar os caminhos certos, dentro da saúde. Dentro das casas, do que as famílias têm. Tentar reverter alguma coisa. E é uma benção quando se consegue.” (ACS 17)*

*“Você não invade a vida das pessoas e diz: ‘eu vim aqui ajudar e você vai ter que aceitar ajuda e vai ter que melhorar’.” (ACS 16)*

*“É muito bom quando agente consegue ver, por exemplo, uma pessoa que jogava o lixo no terreno do vizinho e você consegue, aos poucos – porque você não vai chegar lá e dizer: ‘Olha aqui, não é assim que você tem que fazer!’ – mas é ir com calma, uma conversa aqui, outra lá, no meio de um papo surge uma oportunidade e você vai falando que tem conseqüências, e ele começa a ver que realmente aquilo que ele está fazendo é errado. E ele consegue consertar. Pra gente isso é um passo enorme!” (ACS 12)*

*“promoção, prevenção, informação... se deixar vira até médico” (ACS 9)*

*“tem que ensinar, controlar... porque você acha que as pessoas são esclarecidas, mas não são. AS pessoas vem perguntar muita coisa sobre vacina, hipertensão, diabetes. Muita coisa as pessoas não sabem.” (ACS 3)*

*“É um trabalho importante, né, que melhora a qualidade de vida das pessoas! Que nem o projeto de caminhadas... um monte de gente que estava obeso, hipertenso e até deprimido. Eles começaram a participar do projeto porque a gente convidou, incentivou... agora tem um monte deles que estão até tomando menos remédios.” (ACS 5)*

*“Acho que na verdade a gente não faz só promoção, a gente faz... tudo. Ajuda a arrumar emprego, a ver escola pras crianças, ensina a fazer horta em casa.” (ACS 14)*

*“Às vezes a única coisa que a gente pode fazer é saber ouvir, porque as pessoas precisam poder falar pra alguém as suas dificuldades, os seus problemas, mas tem momentos que a gente precisa saber falar também, senão como é que a gente vai fazer promoção e prevenção, se não souber como falar com as pessoas. Mas isso faz muita diferença, tem uma família na minha área que tem 30 pessoas morando juntas e as 20 crianças todas estão com os cartões de vacinação em dia, nada atrasado. Eles continuam tendo criança, e continuam vindo vacinar direitinho.” (ACS 8)*

*“Que nem quando o cara é hipertenso ou diabético e não faz dieta, fala que não quer saber de nada porque diz que vai morrer de qualquer jeito... E você vai e, em toda visita que você faz, tenta... demooooora.... o processo é leeeento. Mas você vê que aos poucos ele vai começando a mudar alguns hábitos. Já vai melhorando a saúde dele.” (ACS 11)*

### Equipe da Saúde da Família

A equipe do Programa Saúde da Família é considerada uma equipe multiprofissional, e inclui o ACS como responsável ativo por diversas atividades. Os Agentes entrevistados consideram-se parte da equipe enquanto parte importante do contexto do cuidado, mas grande parte não se sente acolhida como sendo da equipe pelos outros profissionais de saúde ou, até mesmo, pela política ou pela gestão. Em contraposição, alguns entrevistados relatam grande sensação de pertencimento à equipe.

*“O que acontece é que o PSF não recebe dinheiro se não tiver o Agente, e é por isso que eles suportam a gente aqui. Se não fosse isso, já teríamos sido chutados daqui” (ACS 5)*

*“Acho que a questão da interação com os outros profissionais varia muito de equipe para equipe. Tem gente que nem consegue conversar com o médico, outras pessoas trabalham com uma equipe boa e conseguem ter um bom diálogo.” (ACS 9)*

*“O trabalho do Agente de Saúde não é valorizado por ninguém. Ninguém respeita o trabalho do Agente de Saúde. Se tem problema? Manda o ACS, se for pra levar na cara, quem leva é o Agente mesmo! Ninguém escuta o ACS: Em local nenhum!!!” (ACS 2)*

*“O médico fica sentado aqui, né? E quem faz as pessoas virem até ele somos nós. Se não fosse o Agente de Saúde, não ia ter gente pro médico atender. Só se fosse de emergência”.* (ACS 1)

*“Essa questão da equipe varia muito... de profissional pra profissional, de equipe prá equipe...”* (ACS 7)

*“Ah, só ouvir não adianta! Porque senão vai escutando, escutando, escutando... pra depois deixar isso na cabeça e não chegar aqui e falar com o médico, falar com todo mundo? Não adianta nada! Tem que estar sempre falando com o médico e tentando fazer alguma coisa com o que escutou.”* (ACS 8)

*“Aqui eu sempre vi como uma equipe mesmo. Lógico, isso é que nem família: hoje ta todo mundo se amando, amanhã ninguém ama ninguém, aí, daqui a pouco todo mundo se ama de novo. A gente sempre toma decisão junto. Não importa se é auxiliar, médico, Agente de Saúde... a opinião de todo mundo conta!”* (ACS 17)

### Os saberes

O lugar híbrido e poroso ocupado pelo Agente Comunitário de Saúde proporciona concepções bastante diferenciadas acerca dos saberes necessários para que ele possa exercer suas atividades. Muitos relatos abordam esses saberes necessários por uma perspectiva de habilidades individuais; como as características formadoras do “perfil” do ACS.

*“ O ACS tem que saber ouvir”* (ACS 1)

*“Tem que saber se colocar no lugar do outro”* (ACS 7)

*“Tem que estar disposto a ajudar”* (ACS 3)

*“O ACS tem que saber um pouco de tudo”* (ACS 11)

*“Tem que saber se comunicar com a equipe”* (ACS 18)

*“ ACS tem que tentar resolver os problemas, e não causar mais problema pra situação inicial.”* (ACS 6)

*“O ACS tem que saber que sozinho a gente não faz nada” (ACS 17)*

*“A pessoa tem que saber dialogar. Porque se ela não souber, vai passar dez anos lá e não vai conseguir nada.” (ACS 7)*

*“O saber do ACS é um pouco de cada um. Pra trabalhar aqui e fazer um trabalho bom, a gente tem que estudar um pouco de cada coisa.” (ACS 8)*

*“- Eu escuto, eu me coloco no lugar do outro, e a coisa mais importante do Agente é estar disposto a ajudar.*

*- Mas isso é uma coisa que o Agente de Saúde faz, mas outros profissionais também fazem, não sei se tem alguma coisa que seja só do ACS.*

*- Só o ACS pode fazer um pouco de tudo!” (diálogo entre ACS 4 e ACS 9)*

*“Ah, a gente tem que saber de tudo... assim, saber de tudo é difícil. Mas tem que ter noções de meio ambiente, de enfermagem, tem que ter noções até de farmácia, porque o cara chega pra você e pergunta: ‘Aqui, esse remédio é pra que mesmo? Que remédio é esse?’ Então precisa ter noções senão você não vai saber passar a informação. E não vai saber falar de um jeito que ele entenda.” (ACS 20)*

*“Teve uma vez que uma moça que era da minha microárea começou a ficar doente, não agüentava trabalhar, e ninguém sabia o que ela tinha. Aí ela foi internada e fizeram um monte de exames nela, ela foi até para o Rio de Janeiro. Aí descobriram que ela tinha um tipo de doença muito rara. A gente se juntou com a doutora e a enfermeira pra estudar a doença dela. Quando ela voltou, a gente já sabia como proceder com o caso dela e já tinha passado pra família e pros vizinhos. Mas ela estava muito doente e me contava que tinha muito medo de morrer, e eu tinha que saber como lidar com o que ela me dizia, e precisava também estar forte para poder dar apoio a ela.” (ACS 18)*

## Capítulo 6 – DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

No capítulo anterior, foram apresentadas as falas extraídas das entrevistas com os Agentes Comunitários de Saúde participantes desta pesquisa. Tais enunciados foram divididos em temas, conforme a ênfase dada aos assuntos pelos sujeitos entrevistados. Nesta parte do trabalho, a proposta que se coloca é a de uma análise do material colhido em campo articulada ao conteúdo da fundamentação teórica apresentada nos primeiros capítulos. Como estratégia de organização da discussão, serão utilizados os temas enunciados no capítulo de apresentação dos discursos.

### Identidade

O que é ser ACS? Não é possível desconsiderar os incontáveis fatores que a resposta a esta pergunta concentra. Há um movimento crescente de pesquisadores interessados em compreender a identidade deste trabalhador, que possui vínculos e formas de atuação tão diferentes dos encontrados nos modelos tradicionais de atenção à saúde. Nunes (2002) aborda esta construção considerando aspectos relacionados às exigências da prática (ações, preventivas, educativas, resolutividade das ações...), às expectativas da equipe, e expectativas da população atendida. Segundo a autora sua inserção é híbrida e isto proporciona aproximações, mas também causa conflitos, em todas as relações por ela abordadas.

As opiniões dos ACS entrevistados trazem esta perspectiva às vezes contraditória que o lugar “do meio” proporciona. Se em determinados momentos relatam firmemente terem consciência da sua importância como profissionais de/em saúde; na seqüência dos discursos expressam sua sensação de desvalorização frente às experiências cotidianas.

## Formação

Segundo as normas do Ministério da Saúde para a formação do ACS, esta deve ser feita sob a perspectiva da educação permanente. Considerando um primeiro módulo para a formação básica, voltada ao desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes necessárias à sua atuação. Este módulo compreende, na maioria das vezes, os seguintes assuntos: Estratégia Saúde da Família, territorialização e abordagem familiar entre outros. Segundo a proposta, este módulo permite ao trabalhador inserir-se no campo das práticas em saúde, sendo parte do processo de educação em serviço os demais conteúdos necessários. Os ACS participantes desta pesquisa apontam para a insuficiência desta proposta na preparação para a atuação na comunidade. Referindo-se a este aprendizado como o treinamento para preenchimento de documentos, identificação de riscos e abordagem às famílias. O sentimento de despreparo inicial foi bastante expressado: *“Eu senti falta de tudo no começo”*.

Ao abordarem a continuidade do aprendizado nos cursos de educação permanente, notou-se uma falta de concordância com a proposta executada. Por um lado, a identificação que o excesso de tempo fora da área de trabalho dificulta o planejamento das atividades cotidianas, como a visita domiciliar – VD. Desta forma, a ausência do serviço para sua formação seria um complicador na execução de suas atribuições: *“Tem épocas que a gente tem reunião demais, cursos demais... assim a gente não consegue se planejar. Não dá pra fazer a agenda das VDs.”*. Esta observação parece estar fundamentada em outra avaliação feita por eles sobre a vivência nos cursos; a de que há um “espaço” entre os conteúdos trabalhados na formação e os conteúdos considerados por eles como pertinentes para sua atuação prática. Estas duas observações parecem complementares na fala de alguns entrevistados: *“Acho que precisava de cursos mais consistentes. Mais ligados à realidade da comunidade”*; *“alguns cursos começavam bem, eram interessantes, mas depois ficavam muito distantes da prática”*; *“O que deram pra gente naquele curso foi tudo o que nós já sabemos. Nível muito básico, pra quem está entrando no PSF”*. Identificou-se também uma fala que aponta para uma possível falta de clareza quanto às atribuições do ACS: *“Aprender a pesar as crianças... nós nem chegamos perto disso. Não tem a ver com a nossa prática.*

*Quem faz isso aqui é a enfermeira, o médico. Esse curso foi tempo perdido*". Segundo o Ministério da Saúde, a pesagem também está entre as atribuições dos Agentes, o que chama atenção é que não houve discordância do grupo frente a essa fala; não houve o questionamento se essa seria ou não uma atribuição deste trabalhador. Este episódio reforça o questionamento acerca das mudanças das práticas em saúde com a implantação do PSF.

Os dados encontrados na pesquisa apontam também para a necessidade de abordagens mais problematizadoras das práticas dos ACS e dos conteúdos necessários à sua formação. É possível que a mudança na proposta pedagógica seja capaz de facilitar a adequação dos conteúdos dos cursos de educação permanente ao que os Agentes identificam como conhecimentos úteis para a sua prática. Um outro aspecto possivelmente favorecido pela mudança na abordagem pedagógica seria o desenvolvimento de um pensamento crítico acerca da sua atuação, ampliando a idéia de espaço de aprendizado como transmissão linear de conhecimentos para a proposta de um espaço de construção conjunta de saberes.

### Ser da Comunidade

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é considerado "ponte" entre a comunidade e a unidade de saúde, com a função de promover aproximações e desenvolver vínculos. Esta identificação com a comunidade e algumas características voltadas à ajuda solidária podem ser considerados os principais atributos que diferem o ACS dos demais profissionais de saúde. Estas características envolvem a confiança que se estabelece entre o Agente e a comunidade assistida, o compartilhamento de valores culturais e uma atuação prática que ultrapassa os objetivos estritamente relacionados ao contexto da saúde.

Fazer parte da comunidade onde trabalha é uma aposta na capacidade facilitadora de acesso (dos profissionais às famílias e das pessoas ao cuidado em saúde). A identificação dos fatores de risco e a intervenção sobre os mesmos também se beneficia desta figura de "trânsito livre" entre pessoas e espaços da comunidade. A proposta de mediação também reforça a

necessidade de que o ACS seja alguém “do lugar”; desta forma o Agente pode “traduzir” para os profissionais de saúde as necessidades da população adscrita e, em mão inversa, facilitar a compreensão da comunidade acerca das orientações de saúde.

No que se refere a esta exigência (de morar na região onde atua), há total concordância dos ACS entrevistados. Seus relatos afirmam a importância do conhecimento dos valores culturais da comunidade e da relação que se estabelece com as pessoas assistidas. Segundo eles, a abordagem dos diversos aspectos relacionados ao modo de vida e sua relação com a saúde só é possível em função deste lugar, o lugar do meio.

Há, segundo os relatos, dificuldades, como a sensação de trabalharem 24h por dia, por exemplo. Outro aspecto que as falas apontam é a relação de intimidade que esta aproximação proporciona; isto se traduz na cobrança intensa por parte da comunidade, seja por acesso ao serviço, seja por ações resolutivas frente às necessidades, ou por qualquer outro fator que a comunidade identifique como pertinente ao ACS. *“Se falta remédio, é culpa do Agente; se o médico falta, é culpa do Agente, se um cano estourou, é culpa do Agente, que tinha que ter visto antes e ligado para a prefeitura para avisar.”*

Um dos contrapontos a esta relação de cobrança, é o sentimento de pertencimento e aproximação que se estabelece entre ACS e comunidade. *“A gente se sente bem com esse intercâmbio com as pessoas. A gente passa a conhecer eles de verdade. E eles passam a conhecer a gente melhor também”*. A sensação de ter importância na melhora da qualidade de vida da comunidade também é relatada por eles como fator recompensante no trabalho. *“Ah, mesmo quando não tem nada de errado, ninguém doente, a gente sabe que faz bem; com os velhinhos, por exemplo, eles ficam muito felizes com as nossas visitas, porque às vezes, eles ficam muito sozinhos, né? As pessoas da casa saem para trabalhar, ir para a escola... e a gente percebe que está fazendo um bem, só em conversar com eles.”*

## Promoção, Prevenção e Educação em Saúde

Ao propor a substituição das estratégias tradicionais, voltadas para a doença e centradas no hospital, a proposta do Programa Saúde da Família volta-se, entre outros aspectos, para a ação preventiva e para a promoção da saúde. Compreendendo entre os objetivos de sua atuação, ações de *“democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde”*, desenvolvimento de estratégias de intervenção nos fatores de risco aos quais a população está exposta, além da utilização do conceito de promoção da saúde como forma de resposta a questões presentes no cotidiano das equipes.

Ao analisar as falas presentes no material colhido nas entrevistas, alguns fatores identificados na literatura consultada para esta pesquisa, se apresentam: é possível notar uma dificuldade na diferenciação das ações de promoção, de prevenção e de educação em saúde. Considera-se a possibilidade de, na prática, a aproximação destas provocar, de fato, um borramento nas fronteiras de cada ação. De maneira geral, pode-se considerar que a proposta de promoção da saúde compreende um processo ampliado de atuação, englobando a prevenção, a educação, a participação popular e dos demais setores da sociedade na elaboração de estratégias com a finalidade da busca da saúde. A prevenção das doenças, por sua vez, tem como objetivo a ausência de doenças, e busca na clínica e na epidemiologia, formas de controle dos fatores de risco com a intenção de evitar o surgimento das mesmas.

Esta diferenciação ganha importância na medida em que se analisa a qual proposta de intervenção, as ações de saúde respondem. Ora, se a intenção é, entre outras, o desenvolvimento da autonomia e participação popular na construção da saúde, a atuação dos profissionais de saúde deve estar de acordo com este objetivo. Esta transformação não é considerada tarefa simples, ao contrário, demanda muitos esforços intersetoriais e responsabilização de todos os atores envolvidos.

A figura do ACS apresenta potencialidades considerando sua profunda compreensão do contexto cultural da comunidade onde atua e a possibilidade de mobilização social que sua posição porosa proporciona. Entretanto, ocupar

este lugar não significa, necessariamente, ser capaz de atuar de maneira inclusiva. O ACS recebe um treinamento para identificação de riscos, atuação preventiva e vigilância da saúde; os componentes biomédicos destes conteúdos marcam profundamente o cotidiano da atenção à saúde, como não poderiam deixar de fazer, mas, se exclusivamente estes pautarem a prática, o modelo de atenção não será alterado. Fica explícita a necessidade de constante avaliação sobre a perspectiva da atuação; se deve haver a responsabilização de todos os atores envolvidos na proposta de promoção da saúde, deve-se também “responsabilizar” as diversas formas de abordagem necessárias à construção dessa mesma proposta.

### Equipe de Saúde da Família

Os embates entre saberes e práticas dos diversos atores da área de saúde não são novidade. Há muitas décadas as profissões e especialidades envolvidas no cuidado travam batalhas em busca da delimitação de espaço e de poder sobre os corpos que adoecem. Esta arena ganha obstáculos à medida que as discussões sobre a fragmentação do cuidado ganham maiores proporções. O sistema de saúde não é capaz de absorver o volume de exames e consultas a especialistas, os dados epidemiológicos apontam para a baixa capacidade de resolução dos problemas da população e a questão do financiamento da saúde permanece ocupando as agendas dos gestores. Este é o cenário menos “humanizado” do crescimento das propostas de trabalho em equipe.

A perspectiva mais voltada para o cuidado, aborda a necessidade de se compreender o sujeito de forma integral; com um corpo não-fragmentado, com uma bagagem cultural, história pessoal, autonomia sobre o cuidado de sua saúde, imerso em um contexto sócio-político-ambiental, etc. O trabalho em equipe, considerando este olhar, seria um facilitador na busca do melhor atendimento possível para o sujeito assistido ao proporcionar múltiplos olhares com um objetivo integrador.

Trabalhar em equipe, entretanto, requer uma gama de habilidades e cuidados, entre eles: habilidades de comunicação, percepção de outros pontos de vista, aceitação dos limites da prática, respeito ao conhecimento do outro, capacidade de negociação. Este trabalho é uma construção cotidiana, bastante complexa e, por vezes, sofrida.

Os relatos dos ACS entrevistados aproximam-se bastante dos apontamentos encontrados na literatura pesquisada para este trabalho. Ambos falam da ambigüidade nas relações dos Agentes com os outros profissionais de saúde, ora havendo aproximações em função de determinadas atividades desenvolvidas, ora havendo afastamentos em função da “hierarquização” dos saberes, por exemplo. *“O médico gosta porque a gente traz as pessoas para se consultarem com ele e cuida para que elas tomem os remédios direitinho.”*. *“Ninguém respeita o que o Agente acha, a gente vai lá na casa das pessoas, vê o que está acontecendo, e eles não respeitam a nossa opinião”*.

A relação com a equipe, entretanto, não assume um discurso exclusivamente oprimido nas falas dos entrevistados. *“A gente tem que saber falar com a equipe também, é chegar aqui e dizer o que pensa, e fazer com que eles escutem o que a gente está dizendo. Senão não adianta nada ir lá ver o que está acontecendo na comunidade. Tem que saber como resolver os problemas. E isso a gente só consegue fazer em parceria.”*

### Os saberes

O questionamento acerca dos saberes envolvidos na prática dos Agentes Comunitários de Saúde ultrapassa a discussão envolvendo sua formação. Não propõe minimizar a importância dos conhecimentos formais necessários para a sua atuação, mas se estende à compreensão da complexa relação entre os saberes. A proposta desta investigação é a de compreender que saberes podem ser identificados como fundamentais para a atuação dos ACS.

As respostas dos entrevistados para o questionamento que se apresenta variam entre características voltadas para o perfil do trabalhador e outras que se relacionam fortemente com a prática cotidiana. *“O ACS tem que saber de tudo um pouco”*: esta parece ser a principal concepção acerca dos saberes necessários para responder às demandas da prática. Saber de tudo um pouco parece indicar a necessidade de uma conjunção de conteúdos formais que habilitem os Agentes a atuar da maneira esperada e resolutiva. Esta análise não se limita, entretanto às respostas específicas a esta pergunta feita durante as entrevistas, mas considera também os relatos dos ACS sobre situações marcantes em sua prática e, escutando estas narrativas, foi possível identificar a complexa estrutura que envolve os saberes e práticas dos ACS. Afinal, no momento do resgate das situações práticas vivenciadas com a comunidade, apresenta-se a possibilidade de reconstrução do cenário da atuação e as representações envolvidas neste contexto de cuidado.

A análise do conteúdo enunciado pelos sujeitos entrevistados aponta para uma concepção bastante relacionada a características individuais no entendimento dos saberes envolvidos no trabalho do ACS. Ao serem questionados diretamente sobre o assunto, as respostas traziam aspectos relacionados ao “perfil” do Agente: *“saber ouvir”*; *“saber falar”*; *“saber fazer alguma coisa com o que escutou”*. Tais enunciados proporcionam a sensação de superficialidade em um primeiro momento, porém, ao analisar de maneira mais cuidadosa, é possível identificar questões bastante complexas envolvidas nessas falas. Ora, estes são aspectos relacionados ao cuidado e envolvem uma gama de habilidades e conhecimentos que nada têm de superficiais. Saber ouvir, saber falar e saber atuar frente às necessidades da população assistida envolvem: o profundo entendimento do que foi dito, associado ao conhecimento dos recursos disponíveis (tanto recursos internos do profissional quanto recursos ambientais/técnicos), além da capacidade de compreensão do contexto em que a situação está inserida. Se por um lado este conteúdo de saber não é exclusivo do ACS, por outro faz parte do contexto do cuidado em saúde; desta forma, as afirmações dos ACS apontam para um saber imerso neste contexto. *“Só escutar passivamente é fácil. Agora, tem que pegar isso e interferir; saber como interferir.”*

A análise do material colhido nas entrevistas e na pesquisa bibliográfica aponta para um entendimento de que talvez não exista O Saber, visto que este é tão mutável quanto os cenários que se apresentam, mas que se possa considerar a construção de um “saber para o cuidado”. Este poderia comportar a idéia de um conjunto de saberes, cada um com alguma especificidade, mantendo sempre um nível fundamental de flexibilidade para que se complementem e adaptem, como em um jogo de encaixe, onde para cada conjunto de peças disponíveis forme-se uma estrutura única e diferente.

Não é possível deixar de considerar que o entendimento do sujeito do cuidado deva ser bastante próximo ao entendimento dos saberes do cuidado. Ora, a proposta de um cuidado integral em saúde deve acolher o olhar de um sujeito que é maior do que a soma de suas partes, que está imerso em um contexto social, histórico, econômico, familiar, político e que seu corpo funciona de forma integrada, ainda que muitas vezes as formas de atuação sejam limitadas a estratégias localizadas a cada ação. Desta mesma maneira se colocam os saberes envolvidos neste cuidado; cada profissional envolvido possui suas características pessoais, profissionais, culturais, etc, e cada conhecimento envolvido possui especificidades, e é a soma destes saberes que pode formar uma estrutura de cuidado adequada àquele entendimento ampliado de sujeito. Novamente, o todo é maior do que a soma das partes: o “saber do cuidado” vai além da conjunção dos conhecimentos das pessoas envolvidas.

A partir desta compreensão, é possível considerar que talvez o saber do ACS esteja mesmo em poder atuar a partir deste lugar “do meio”, onde, ao vir “do meio”, do ambiente, da comunidade, possa ser mediador, intercessão.

Desta forma, este estudo identifica que o saber do ACS parece apontar para uma posição que vai além de ser ponte ou de fazer ponte. Argumenta que a potencialidade deste saber é a de ser como a “linha de costura” entre comunidade e as propostas de cuidado. Esta imagem indica que ao pertencer em algum momento a ambos “tecidos”, e ao fazer o movimento de pertencer ora ao “tecido” comunidade e hora ao “tecido” UBS, o ACS possa aproximar essas partes na busca da construção de algo mais unificado. Como em uma colcha de retalhos, onde cada “tecido” mantém suas características e

padronagens iniciais, mas aos serem costurados, formam algo único, inteiro. Também é possível compreender, a partir desta imagem, alguns conflitos apontados pelos Agentes, especialmente os relacionados à valorização do seu trabalho. Afinal, a linha que costura os retalhos ao mesmo tempo em que sustenta a formação da nova estrutura, tende a ficar “invisível” ao cumprir sua função.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BORNSTEIN, V.J. **O agente comunitário de saúde na mediação dos saberes**. 2007. 232 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, 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 & Saúde Coletiva**, v. 13, 2008. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com> . Acesso em 16 de dezembro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1882 de 18 de dezembro de 1997. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF, 2001.

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. **Programa de agentes comunitários de saúde**. Brasília, DF, 2001.

\_\_\_\_\_. **Referencial curricular para curso técnico de agentes comunitários de saúde**: área profissional saúde. Brasília, DF, 2004.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de saúde pública. In: **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ. , 2003.

CAMARGO JR.; K. R. As armadilhas da "concepção positiva de saúde". **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, abr. 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01037331200700010005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01037331200700010005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: mar. 2009.

CASTRO, J.L. ET AL. **Precarização do trabalho do agente comunitário de saúde**: um desafio para a gestão do SUS. Disponível em: <[http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos\\_enviados/Texto%20ASC%20publicacao%20ROREHS.pdf](http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos_enviados/Texto%20ASC%20publicacao%20ROREHS.pdf)>. Acesso em: 4 mai. 2008.

FAVORETO, C.A.O.; CAMARGO JR, K.R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.59-75, jan./jun. 2002.

FONTOURA, M.D. et al. Dilemas bioéticos no cotidiano do trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, v. 15, n. 3/4, jul./dez. 2004.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

IBGE.. Estimativas da população para 1º de julho de 2008. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 5 set. 2008.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Saúde como negação da negação: uma perspectiva dialética. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, abr. 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 de março de 2009

LOTTA, G.S. **Saber e poder**: agentes comunitários de saúde: aproximando saberes locais e políticas públicas. Dissertação (Mestrado). Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2006.

MERHY, E.E. ; FRANCO, T.B. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em debate**. Local, n., p., mês. 2002.

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

NOGUEIRA, R.P. ; SILVA F. ; RAMOS, Z. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis o agente comunitário de saúde**. 2000. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>.

NOGUEIRA, R.P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica "universalista" e a dimensão social "comunitarista". **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, vol 6, nº 10, p. 91-93, 2002.

NOGUEIRA, R.P. Da medicina preventiva à medicina promotora. In: Arouca, Antonio Sergio da Silva. **O dilema preventivista**: compreensão para a contribuição e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p 175-182

NUNES, M. O. et.al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 18(6):1639-1646, nov-dez, 2002.

PAPOULA, S.R. **O processo de trabalho intersetorial das equipes de saúde da família no município de Petrópolis-RJ**: fatores restritivos e facilitadores. Dissertação (Mestrado)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2006.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2000. **Atlas do Desenvolvimento Humano**. Disponível em <<http://www.pnud.org.br/home/>>. Acesso em: 11 out. 2008.

SANTOS, B.S. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2007. 415p.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, abr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312007000100003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312007000100003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 mar. 2009.

SILVA, J.A. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, vol 6, nº 10, p 75-83. Fev 2002.

SILVA, J.A. **Agente comunitário de saúde**: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. P 217.

SILVA et al. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2006.

SPINK, M.J.P; MENEGON, V.M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: Spink, Mary Jane P.(Org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas, p 63-122. São Paulo: Cortez, 2000.

TEIXEIRA, C.F. **Modelo de atenção à saúde**. Salvador: Edufba, 2006.

VASCONCELOS, E.M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, vol 5, nº 8, p 121-126, fev 2001.

## ANEXO I – Termo de Consentimento livre e esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, R.G: \_\_\_\_\_, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada “O que sabe o Agente Comunitário de Saúde?” desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é coordenada por Kali Vênus Gracie Alves, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (21) 22054658 ou e-mail [kalialves@ig.com.br](mailto:kalialves@ig.com.br).

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é \_\_\_\_\_.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semi-estruturada podendo ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seu(s) orientador(es) / coordenador(es).

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável (ou seus orientadores), ou ainda o Instituto de Medicina Social da UERJ, situado na Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (x-21) 2587-7303 ramal 248 ou 232 e fax (x-21) 2264-1142. Ou o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FMP/FASE/HAC, ou um de seus membros, situado na Avenida Barão do rio Branco, 1003, Centro/Petrópolis, telefone (24) 2244-6497 ou e-mail [cep@fog.br](mailto:cep@fog.br)

A pesquisadora principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse(a) estudo / pesquisa / programa a qualquer momento, sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Petrópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_