

OVIROMAR FLORES

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:
CARACTERIZAÇÃO DA SUA FORMAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA COMO EDUCADOR EM
SAÚDE**

BRASÍLIA – DF

2007

OVIROMAR FLORES

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:
CARACTERIZAÇÃO DA SUA FORMAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA COMO EDUCADOR EM
SAÚDE**

TESE DE DOUTORADO

Apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde, Junto ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

ORIENTADOR

PROF.DR. EDGAR MERCHAM HAMANN

BRASÍLIA – DF

2007

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação da Universidade de Brasília

A298 Flores, Oviromar.

O agente comunitário de saúde : caracterização da sua formação sócio-histórica como educador em saúde / Oviromar Flores – 2007.

208 f. ; 30 cm.

Orientação: Edgar Mercham Hamann.

Tese (doutorado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Coletiva, 2007.

1. Políticas de saúde - Brasil. 2. Atenção básica em saúde. 3. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. 4. Plantas invasoras. I. Hamman, Edgar Mercham. II. Universidade de Brasília. Departamento de Saúde Coletiva. III. Título.

OVIROMAR FLORES

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:
CARACTERIZAÇÃO DA SUA FORMAÇÃO SÓCIO – HISTÓRICA
COMO EDUCADOR EM SAÚDE**

TESE DE DOUTORADO

Apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde, junto ao Programa de Pós – graduação em Ciências da Saúde para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

PROF.DR. EDGAR MECHAM HAMANN – PRESIDENTE
Orientador – Universidade de Brasília

PROFA. DRA. CARMEM FONTES TEIXEIRA
Universidade Federal da Bahia

PROFA. DR. DIANA LUCIA MOURA PINHO
Universidade de Brasília

PROF. DR. JORGE ALBERTO CORDÓN PORTILLO
Universidade de Brasília

PROF.DR. VOLNEI GARRAFA
Universidade de Brasília

PROFA. HELENA SHIMIZU – Suplente
Universidade de Brasília

Brasília, _____ de _____ de 2007

DEDICATÓRIA

A
Jane, Mariloy, Adonis, Francisco,
Fernando, Caetano, Leonardo, Alexandre,
Ian, Jajá, Faísca, João Victor e Caio
Fernando, crianças que um dia na minha
vida eu acolhi ou fui acolhido como
padrinho.

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar esta Tese é imperiosa a manifestação do meu reconhecimento em relação à presença de pessoas que, cada uma a seu modo, marcaram a sua idealização, desenvolvimento e finalização.

- Prof. Dr. Edgar Mercham Hamann, que me acolheu e me orientou;
- Dra. Maria Fátima Sousa com quem dividi dúvidas, ansiedades e certezas e de quem recebi apoio e solidariedade;
- Profa. Ana Valéria Mendonça, pelo apoio incondicional;
- Profa. Enfa. Ângela Machado que, mesmo à distância, esteve presente durante todo o desenvolvimento deste trabalho;
- Profa. Dra. Diana Lucia Moura Pinho pela maneira lúcida e solidária com que se dispôs a discutir o meu trabalho;
- Repórter fotográfica Karina Zambrana pela amizade e apoio competente;
- Profa. Dra. Helena Shimizu que sempre respondeu de modo espontâneo e carinhoso aos meus apelos;
- Profa. Dra. Maria da Gloria Lima que me ajudou a pensar este trabalho;
- Prof. Dr. Jorge Alberto Cordon Portillo, que se faz presente na minha vida acadêmica há várias décadas;
- Profa. Dra. Carmem Fontes Teixeira que, mais uma vez, dividiu comigo o seu profundo saber, de maneira eficiente e amistosa;
- Prof. Dr. Volnei Garrafa, amigo que me ajudou a ver a elaboração desta tese de modo mais simples e positivo;
- Profa. Anadergh Barbosa Abreu Branco, amiga de quem recebi apoio incondicional;
- Profa. Enf. Marta Cavalcanti, amiga que sempre reclamou da minha ausência durante a elaboração deste trabalho;
- Julio César Cabral, Assistente do Laboratório de Informática, que suportou e respondeu com muita paciência as minhas permanentes buscas de ajuda;
- Fernando Pimenta, pelo apoio eficiente no trabalho dos dados da pesquisa;
- Iveraldo R.Souza Moura pelo apoio prestado na Secretaria do Departamento de Saúde Coletiva;

- Josué Lopes Correa Neto, também, pelo apoio prestado na Secretaria do Departamento de Saúde Coletiva;
- Unidade de Estudos de Saúde da Família / NESP, onde a proposta deste trabalho foi idealizada e onde recebi apoio fundamental para a sua realização.
- Unidade de Tecnologia em Informação e Comunicação em Saúde / NESP onde contei com apoio metodológico e tecnológico para o desenvolvimento da pesquisa;
- Ministério da Saúde / Departamento de Atenção Básica – na pessoa do Dr. Luiz Fernando Rolim Sampaio pelo apoio logístico prestado no nosso deslocamento para a pesquisa de Campo;
- Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS nas pessoas de Rita Cataneli e Maria José Evangelista que facilitaram o nosso contato com as Secretarias Estaduais de Saúde durante o desenvolvimento da Pesquisa;
- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS nas pessoas de Silvio Fernandes da Silva, Beatriz Figueiredo Dobashi, Maria Ignez Magalhães e Vera Muniz que viabilizou o apoio ao nosso trabalho junto aos Municípios.

SUMÁRIO

- I. INTRODUÇÃO 01

- II. MARCO TEÓRICO 08
 - Antecedentes internacionais
 - Antecedentes nacionais
 - O Agente Comunitário de Saúde: Perfil e atribuições

- III. MARCO CONCEITUAL 39
 - 1. A função de intelectual orgânico na saúde
 - 2. O trabalho em saúde: Uma prática educativa intencional
 - 3. O Projeto Político-Pedagógico na formação do ACS
 - 4. O Modelo de atenção à saúde e as suas implicações nas práticas educativas do ACS

- IV. OBJETIVOS 85

- V. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 85
 - 1. A questão chave
 - 2. O âmbito do estudo
 - 2.1. Os participantes
 - 3. Os Aspectos éticos
 - 5. A Coleta de dados, os procedimentos e os instrumentos
 - 6. A Análise dos dados

- VI. RESULTADOS E DISCUSSÃO 93
 - 1. Caracterização dos ACS e dos seus contextos
 - 1.1. Caracterização dos ACS
 - 1.2. Caracterização dos contextos: os onze municípios pioneiros

 - 2. A constituição do ACS como sujeito
 - 2.1. Como o ACS percebe a sua categoria profissional

- 2.2 Como o ACS se percebe
 - 2.3 Como o ACS percebe a comunidade
 - 2.4 Como o ACS percebe a equipe
 - 2.5 Como a equipe percebe o ACS
 - 2.6 Como o ACS é percebido pelos usuários
-
- 3. Currículo formal e currículo praticado: da intenção ao gesto
 - 3.1 A intencionalidade
 - 3.2 O verso e o reverso da prática do ACS
 - 3.3 Agente institucional versus agente comunitário: a natureza do trabalho do ACS

VII. CONCLUSÕES

VIII . CONSIDERAÇÕES FINAIS

VII. REFERÊNCIAS

ANEXOS 200

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	-	Agentes Comunitários de Saúde
CEBES	-	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
DSC	-	Discurso do sujeito coletivo
FSESP	-	Fundação de Serviços de Saúde Pública
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	-	Índice de desenvolvimento humano
INAMPS	-	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	-	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	-	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	-	Ministério da Saúde
NESP	-	Núcleo de Estudos de Saúde Pública
OPAS	-	Organização Panamericana de Saúde
PNACS	-	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PPP	-	Projeto político-pedagógico
PSF	-	Programa de Saúde da Família
SAS	-	Secretaria de Assistência à Saúde
SES	-	Secretaria Estadual de Saúde
SESP	-	Serviço de Saúde Público
SIA / SUS	-	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH / SUS	-	Sistema de Informação Hospitalar
SIOPS	-	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS	-	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde

RESUMO

Introdução: Esta tese trata de uma análise do processo de formação do Agente Comunitário de Saúde – ACS como educador em saúde, sendo o objeto de estudo, a prática educativa desenvolvida por esses atores. O objetivo foi traçar um perfil dessa prática à luz do referencial teórico proposto por Antonio Gramsci sobre a função do intelectual orgânico. A questão chave que orientou o estudo foi se o ACS incorporava tal função em relação à comunidade com que trabalha e compartilha as experiências do cotidiano.

Métodos: Foi adotada uma abordagem materialista histórica articulando a hermenêutica dialética à técnica de análise do discurso do sujeito coletivo onde a emergência, formação e institucionalização do trabalho do ACS foram tratados como resultantes do processo sócio histórico da formação do trabalho médico, e conseqüentemente, da sua estruturação como prática social no mundo capitalista. Foram realizadas entrevistas coletivas junto a ACS e pessoas da comunidade usuárias dos serviços de atenção básica em onze municípios pioneiros da implantação dos programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF) no Brasil.

Resultados: Destacam-se no trabalho dos ACS as ações de natureza preventiva e de promoção da saúde de cunho funcionalista centradas no desenvolvimento de hábitos e comportamentos saudáveis. Houve um forte componente afetivo expresso na fala dos ACS em relação à comunidade incorporando um papel paternalista que denota a incorporação do papel do Estado. Há um deslocamento do espaço comunitário para o espaço do Estado sendo visto o ACS como alguém da comunidade que “deu certo”. A intervenção na realidade da comunidade carece dos instrumentos e do domínio de um “que fazer” ético-político que garanta o exercício da unidade dialética do seu perfil social e seu perfil profissional. A perda ou neutralização das ações sócio-políticas na versão formal da formação do ACS resulta em um projeto político pedagógico politicamente neutralizado. As ações de repasse de informações privilegiando os comportamentos se afastam da promoção da eleição ou escolha informada sobre situações de risco à saúde e do acesso igualitário às informações que deveriam nortear o trajeto do “saber ser”, “saber conhecer” e “saber fazer”. A comunidade conhece o ACS e identifica suas ações de informação sobre cuidado à saúde, de encaminhamento e marcação de consultas. A intencionalidade da prática educativa mostra distintos níveis de imagem-objetivo que dependem de suportes precários para o exercício de suas atribuições (o lugar do PACS/PSF na política de saúde, os vínculos trabalhistas, o direcionamento ético-político da ação, as relações com os restantes membros das equipes de saúde).

Conclusão: A despolitização das práticas de saúde tem levado a um retorno à condição de “intelectual tradicional” que dificulta a superação da normatividade e impede o desenvolvimento de uma consciência sanitária e a transformação da realidade.

ABSTRACT

Introduction: This thesis focuses the analysis of the Community Health Agents– CHA formation as health educator; its object is the educational practice developed by them. The objective was to design a profile of that educational practice based on the theoretical framework of Antonio Gramsci in his reflection on the organic intellectual. The key issue that guided this study was to which extent the CHA internalize the organic intellectual function in relation to the community in which he/she works and shares experiences.

Methods: We utilized a historical materialistic approach linking the dialectical hermeneutics to the technique of the Collective Subjective Discourse Analysis. The emergence, consolidation and institutionalization of CHA's work was viewed as a result of the social-historic process of the medical work and, consequently, of its construction as a social practice within the capitalist world. We conducted focus group interviews with CHA and community members who were utilizing the public health services at eleven municipalities that were pioneers in the implementation of the national official Programs of CHA and of Family Health (PACS / PSF) in Brazil.

Results: The work of CHA overemphasizes preventive actions and functionalistic health promotion practices aiming the development of healthy behavior. A strong affective component was noticeable in the discourse of CHA when they describe their relationship with the community indicating the internalization of a paternalistic role of the State. There is a displacement of the community realm to the State's milieu in which CHA is seen as "someone of the community who succeeded". The intervention in the community life lacks the ethical-political instruments e o know-how of the "what-to-do" (in Gramscian terms), which guarantees the dialectical unity of the social profile with the professional profile. In the formal discourse of the CHA reification, there is a lack or neutralization of social and political actions resulting in omissions regarding the political – pedagogical project. Actions of information transference emphasizing behavior are distant of the promotion of informed choices on health risk situations. They do not promote the egalitarian access to information that should guide the path "to know how to be", "to know how to know" and "to know how to do". Community members know the CHA, identify their actions of information on health care and about medical consultation appointments. The educational practice intentionality shows different levels of image-objective that depend on precarious support to CHA's work (the place of PACS/PSF programs within the national health policy, the work-relation status, the ethical and political direction of the actions, the relationships with the health professionals).

Conclusion: The lack of political orientation of the health care practices has led to the condition of “traditional intellectual”, which maintains the normative nature of work and hampers the development of a health conscience and reality transformation.

I. INTRODUÇÃO

A formação histórica da categoria profissional dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS é um processo que transcende os limites da experiência brasileira. As funções deste trabalhador estão plantadas na trajetória da institucionalização das práticas médicas do mundo ocidental, cujos sinais mais marcantes evidenciam-se na Europa durante os séculos XVII e XVIII naqueles movimentos que consolidam a Medicina Social, normalizam a prática médica e definem a Saúde Pública como uma atribuição incorporada pelo Estado no contexto da revoluções burguesas, cujo marco é o ano de 1848. No entanto, já em épocas bem mais remotas contava-se com a presença de trabalhadores incumbidos de práticas médico – sanitárias nos domicílios e entre as populações, os quais eram mobilizados em situações de emergências ou nos casos de epidemia (Foucault, 1984; Rosen, 1994).

No Brasil, os sinais do surgimento e consolidação dessas práticas são mais recentes, datando de meados do século passado, no período denominado como campanhista, sem negar, contudo as práticas de saúde características do período anterior à colonização atribuídas a sacerdotes, feiticeiros e pajés ou durante o próprio período colonial, quando o domínio dessas práticas transferem-se para o espaço dos físicos, cirurgiões, cirurgiões-barbeiros, barbeiros, boticários e outros (Pires, 1988).

No período compreendido entre 1920 a 1990 uma seqüência de políticas, projetos e normalizações, implementadas ao ritmo de crises no campo da saúde ou no plano geral da sociedade brasileira, criaram as condições para a emergência e a consolidação desse trabalhador, sempre articulada a propostas de organização da assistência à saúde de maneira focalizada em setores ou grupos específicos da sociedade Brasileira (Rosas, 1981; Mehry, Franco, 2002; Trapé, 2006). Embora a consolidação das práticas de enfermagem no Brasil tenha iniciado por volta da segunda metade do Século XIX, a sua institucionalização opera-se

apenas no início do Século XX, e com elas a organização e unificação das ações sanitárias locais.

Em 1920 implanta-se a visita domiciliar de enfermagem como uma atribuição dessa categoria, marcando um tipo de intervenção sanitária destinada ao indivíduo, ao domicílio e à comunidade, apoiada e coordenada pelas ações dos Centros de Saúde, segundo o modelo americano (Mazza, 1994). Em 1940 essa atividade é reforçada com a presença do visitador sanitário do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP. A criação do SESP foi desencadeada como um componente da estratégia de provimento das condições necessárias para a produção da borracha no contexto da Segunda Guerra Mundial, decorrência de acordo firmado entre o Governo Brasileiro e o Governo Norte-americano.

A segunda inflexão importante na consolidação dessas funções opera-se na década de 70 numa conjuntura de crise da Medicina Ocidental Científica, tendo como pano de fundo a crise do Capitalismo, em nível mundial. Esta crise é secundada pela crise dos Estados Nacionais na América Latina; pela a degradação das condições materiais de vida das populações e a perda de legitimidade das ditaduras neles imperantes. Neste momento, tardiamente, a estratégia econômica do neo-liberalismo reafirma-se como a saída para a crise e a proposta da Medicina Comunitária coloca-se, no campo da saúde, como a proposta política e economicamente viável para promover a extensão de cobertura dos serviços de assistência médica a grupos sociais até então nunca assistidos. A potencialidade da Medicina Comunitária estaria assentada na sua condição de modelo complementar ao Modelo Biomédico dominante, ao mesmo tempo em que criava condições para o consumo de medicamentos e tecnologias em saúde, além de promover a mobilização das comunidades com vistas a uma participação social em termos restritos (Donnangelo, 1975).

A terceira inflexão que define uma prática de saúde direcionada para o indivíduo, família e comunidade, como função do ACS, registra-se na passagem dos anos 80/90 quando

medidas radicais de reajuste fiscal são desencadeados pelas gestões dos Presidentes Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso, visando ao desmonte do aparelho de Estado na perspectiva do redesenho das suas funções regulatórias. Dentre as suas conseqüências mais evidentes no campo da saúde, citam-se:

1. o sucateamento dos recursos tecnológicos de uso coletivo;
2. a degradação das relações de trabalho;
3. a agudização das condições de saúde expressas nos altos índices de mortalidade materno infantil e
4. a re-emergência de doenças e agravos que até então encontravam-se sob controle como é o caso da epidemia de cólera.

Até então, as práticas de atenção à saúde do ACS eram desenvolvidas mediante experiências implantadas de modo localizado e simultâneo, muitas vezes sem qualquer contato ou articulação entre os seus atores, uma vez que estes eram movidos por diferentes concepções de atenção à saúde e distintos modos de articulação dos seus componentes tecnológicos e organizacionais. Segundo Halim Girardi, a sistematização dessas propostas com vistas à consolidação e formulação do PACS/PSF em nível nacional, tendo como pano de fundo os aspectos estruturais e conjunturais já referidos, resulta numa aproximação aparentemente espontânea e casual, que converge para o espaço do Ministério da Saúde (entrevista concedida ao autor em outubro de 2006).

A experiência acumulada por essa categoria de trabalhador, independentemente dessas iniciativas serem oficiais ou não, contribuiu para a construção de uma massa crítica que atestava a sua efetividade face a situações emergenciais e apontavam para a possibilidade de reorganização da atenção básica à saúde mediante uma ação mais estruturada ancorada na perspectiva de implementação do Sistema Único de Saúde - SUS.

No entanto, a riqueza do processo de construção do PACS/PSF demonstra que os seus protagonistas são portadores de peculiaridades que falam de:

1. Um nível de pressão interna e externa com vistas aos ajustes fiscais na saúde, na perspectiva da estratégia neoliberal;
2. Um quadro de necessidades em saúde que mobiliza o SUS em todos os seus níveis político-administrativos;
3. Uma convicção em relação a viabilidade e efetividade da ação do ACS.

Ao analisar a produção acadêmica e oficial sobre o ACS é possível identificar diferentes vertentes filosóficas que embasam a sua modelação; os distintos contextos em que essa categoria é chamada a intervir bem como as diferentes maneiras como o ACS se percebe e como é percebido pelos usuários, pelos demais componentes das equipes de saúde e pelos gestores. É possível identificar, também, as múltiplas formas de vinculação trabalhista, que resultam em diferentes feições nas suas relações de trabalho (Silva, 2002; Stralen, 1972; Sousa, 2001; Freedhein,1993; Lunardelo,2004; Trapé, 2005; Ministério da Saúde, 1993; Ministério da Saúde, 1994).

O ACS culmina investido de funções que se revestem de um caráter tático na organização da atenção básica de saúde, intencionalmente direcionada para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS. Em termos operacionais, um dos principais propósitos estabelecidos para o desempenho dessas funções é o seu papel de elo entre a comunidade e a equipe e, sob a ótica dos formuladores do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS se traduz na capacitação da população para o cuidado da própria saúde em condições de autonomia. Deste modo, atribui-se ao ACS o papel de educador restrito ao espaço das ações básicas de saúde, além de estabelecer a mediação nas relações entre as famílias, comunidades e os serviços de saúde locais (Sousa, 2001).

O PACS é uma experiência relativamente recente a sua implantação em nível nacional operou-se em 1991. Ainda em construção, tem demonstrado um potencial evidente para a estruturação do Sistema Único de Saúde. , considerando-se que.

Entre os fundamentos da atual Política de Atenção Básica está posto:

- 1) o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde;
- 2) a efetivação da integralidade da atenção em seus vários aspectos, enfatizando-se à articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação;
- 3) o reforço das relação de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita;
- 4) a valorização dos profissionais de saúde;
- 5) o acompanhamento sistemático como componente do processo de planejamento e programação;
- 6) o estímulo à participação popular e o controle social (Ministério da Saúde, 2006).

Estes fundamentos são também reafirmados no texto da Política de Promoção da Saúde, na qual este paradigma é proposto como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, dentre as estratégias de produção de saúde (Brasil, 2006).

Coerentemente com o sinergismo proposto para as distintas vertentes de ação que alimentam a Política no campo da saúde, no PSF a educação em saúde estaria direcionada para a participação e o controle social das políticas de saúde, orientada para uma atenção à saúde pautada pela qualidade, onde cada cidadão receberá a atenção na medida das suas necessidades. Do lado da Promoção da Saúde, a ação do ACS estaria pautada pela idéia de que este paradigma subentende um processo que se orienta para mudanças nas condições

sociais, ambientais e econômicas, mediante o aumento da capacidade das pessoas no controle dos determinantes da saúde, como condição da melhoria a situação de saúde (Buss, 1988).

A ação do ACS, portanto, investiria prioritariamente na perspectiva do empoderamento dos grupos sociais objeto da sua atenção, visando à capacitação para uma intervenção autônoma e crítica, inclusive, face às autoridades da saúde, com vistas à garantia dos seus direitos neste campo. Nos termos em que está posta a questão da participação popular, a estratégia da educação em saúde, neste caso, se configuraria no desenvolvimento da luta política em prol da saúde, subentendendo uma abordagem que explicita a promoção da saúde como condicionada à capacitação dos sujeitos individuais e coletivos, mediada pela emergência de uma nova consciência sanitária.

Reconhecida a importância estratégica do PACS para a implementação do SUS e a função de educador estabelecida nesse cenário para o ACS, estudos da natureza do aqui proposto assumem relevância para o delineamento do perfil da ação dessa categoria de trabalhadores, como forma de se evidenciar:

1. o projeto político-pedagógico implícito na sua formação e nas suas ações;
2. os termos da sua articulação com o Programa de Saúde da Família e a configuração do lugar do ACS no espaço da atenção básica de saúde;
3. a capacitação do ACS para o desempenho das suas funções;
4. as concepções do ACS acerca do seu trabalho e o modo como ele se percebe nesse espaço de produção;
5. a direção e a intencionalidade impressas nessas práticas educativas;
6. a percepção da equipe de saúde e dos usuários sobre as funções dessa categoria.

Ademais, seria esta uma forma de contribuição para o monitoramento e avaliação sistemática do PACS, uma vez que, na condição de um dos componentes estruturadores da Atenção Básica em Saúde, a sua função estratégica com vista ao SUS demanda um

desvendamento sistemático e permanente do foco da prática desenvolvida por esses profissionais.

Atualmente o PSF conta com 26.100 equipes de saúde da família, nas quais trabalham 216.055 ACS, prestando cuidados a 83 milhões de pessoas em 5.274 municípios. Este contingente somado aos ACS que atuam em localidades onde o PSF não está implantado atinge um quantitativo de 270.000 trabalhadores, cobrindo 95% dos municípios brasileiros, conforme diretrizes do Ministério da Saúde para o ano de 2006 (MS, 2003).

II. MARCO HISTÓRICO

1. ANTECEDENTES INTERNACIONAIS

Um antecedente importante do ACS na Europa já na Idade Média foi o inspetor sanitário, quando, em caso de peste ou de outras epidemias, agilizava-se um regulamento de urgência sob a sua responsabilidade que tinha por orientação a quarentena, i.e., a segregação temporária preventiva de pessoas que ainda não manifestavam a doença, prática iniciada no século XIV. Este inspetor realizava uma vigilância generalizada num território urbano devidamente delimitado para esse fim, constando das suas atribuições: inspeção diária aos domicílios e aos habitantes das cidades; o controle e a comunicação sobre a ocorrência de óbitos; e a desinfecção dos domicílios (Foucault,1984; Rosen,1994). A quarentena propriamente dita, era mais aplicada aos tripulantes e passageiros de embarcações e às cargas de mercadorias. Porém, em caso de epidemia já deflagrada recorria-se ao dispositivo de isolamento de áreas inteiras das cidades existindo o mesmo poder de policiamento dos inspetores sobre os habitantes e seus domicílios (Defoe, 1970).

Este isolamento aproximava-se da segregação ou exclusão praticadas sobre as pessoas portadoras de lepra, que data de tempos bíblicos e que inicialmente era focalizada no indivíduo já portador da doença. Na da Idade Média, edificações isoladas ou mesmo áreas periféricas das cidades, ilhas, penínsulas, aldeias afastadas eram destinadas a esses fins, originando os leprosários. Gradativamente, as cidades européias passaram a contar com edificações ou cidadelas como medidas de marginalização espacial destinada aos acometidos de lepra como também outras afecções dermatológicas (Tolos, 1994). Nestes locais o inspetor também se apresentava investido de poder de fiscalização sobre indivíduos e grupos para a verificação do cumprimento das medidas de isolamento, caracterizando uma prática educativa de natureza normatizadora e disciplinar, que gradativamente vão incorporando funções econômicas, políticas e sociais (Foucault.1984).

Tomando-se como referência as experiências da Alemanha, da França e da Inglaterra e nos Séculos XVII e XVIII, observa-se que as suas necessidades de fundo eram semelhantes, pois tratavam da formação ou consolidação do Estado; do controle da população, da salubridade do meio-ambiente e do provimento de condições para a produção, circulação e consumo de mercadorias, mesmo que em cada um desses três contextos estes aspectos assumissem importâncias diferenciadas. Essas necessidades originaram três modelos de estruturas sanitárias, que em conjunto orientam ainda hoje as ações de saúde pública como dever de estado: a salubridade do meio, denominada Medicina Urbana ou Medicina das Coisas; a saúde do trabalhador conhecida como Medicina do Corpo do Trabalhador; a saúde das pessoas como razão de estado ou Medicina do Corpo do Estado. Orientada por esses modelos, a ação educativa dos trabalhadores da saúde na época, já era exercida mediante o domínio técnico dos problemas mais expressivos em cada contexto, como uma função intelectual ligada ao Estado (Semeraro, 2001).

Na Alemanha, a necessidade fundamental era a consolidação do Estado mediante a constituição de uma população hígida para a produção, circulação e consumo de riquezas, e a máxima capacidade de defesa face aos demais Estados. Nessa direção, a prática médica estrutura-se com base numa normalização que prevê:

1. um sistema de observação da morbidade;
2. o controle pelo estado do sistema de ensino médico;
3. uma organização administrativa para controlar a prática médica;
4. o esquadramento do espaço geográfico e a criação de funcionários médicos responsáveis por essas funções e hierarquicamente posicionados.

Já na França predominaram medidas de salubridade do meio como forma de reduzir o caos urbano e viabilizar a circulação da produção. As medidas nesse sentido buscavam dar conta, também, do pânico face às aglomerações de pessoas e de construções; à ameaça de revoltas; à transmissão de doenças; a ameaça do aumento das populações; a urbanização das

revoltas. As medidas focalizavam-se, portanto, na reordenação das residências, na circulação do ar e da água no espaço urbano; na fiscalização dos aguadouros, cemitérios e matadouros e na vigilância sobre as epidemias e sobre as mortes.

Na Inglaterra, numa fase mais desenvolvida do capitalismo, a prática do pessoal da saúde tinha como objeto a população pobre, que ao mesmo tempo em que se apresentava como uma força política com potencial de revolta, passa a ser considerado um fator de transmissão de doenças em contextos de epidemia. Com a Lei dos Pobres, promulgada na transição do século XVI a XVII, estabelece-se a base da legislação implementada nos séculos seguintes ao longo da industrialização (Rosen.1984). Tal lei contribui para o estabelecimento de um cordão sanitário nas cidades que separa habitantes ricos e pobres e para a estruturação de uma prática médica especializada no tratamento dos pobres, mantendo-os minimamente hígidos e aptos para inclusão no processo de trabalho e controlando-os disciplinarmente. Ao mesmo tempo protege os ricos da contaminação. Aos agentes de saúde nesse contexto cabia;

- 1) a notificação das causas de morte que seriam apuradas e cuidadosamente contabilizadas;
- 2) a comunicação e registro de epidemias;
- 3) o controle e a obrigatoriedade da vacinação a partir do século XIX; e
- 4) a localização e destruição dos focos de insalubridade.

A Inglaterra foi pioneira na legislação direcionada à proteção da saúde dos trabalhadores, inicialmente mediante o First British Factory Act de 1802, lei vaga que pretendia aliviar a carga de trabalho de crianças pobres. Mais definidas e eficazes foram as leis posteriores, amparadas também na Lei do Pobres, como a Lei das Dez Horas, promulgada em 1847 (Rosen,1994). Novamente aparece a figura de um agente social que inspeciona o cumprimento dessas disposições.

2. ANTECEDENTES NACIONAIS

Assim como na experiência européia, mais recentemente, na experiência brasileira, a figura do ACS insinua-se na figura clássica do inspetor sanitário, durante a passagem do Século XIX para o Século XX. Em ambos os contextos tais agentes fizeram-se presentes no processo de institucionalização das práticas de saúde, descrito por Illich (1975) como um período de expropriação da saúde, quando o domínio dos saberes, atos e procedimentos desloca-se do seio da comunidade para o espaço institucional, sob o domínio de uma classe social hegemônica, que impõe seu projeto de sociedade para os demais grupos sociais.

Resgatando-se a institucionalização das práticas de saúde no Brasil, é possível identificar-se o trânsito por três fases distintas:

1. das práticas anteriores ao período da colonização características das sociedades tribais;
2. das práticas desenvolvidas durante o período colonial mediante a ação dos físicos, cirurgiões-barbeiros, barbeiros, algebristas, curandeiros, entendidos e outros (Pires, 1988);
3. das práticas de saúde no processo de consolidação do Estado brasileiro.

Obviamente estas fases não se constituem num processo linear, uma vez que, já durante o período colonial, o isolamento, a quarentena e a construção de lazaretos eram práticas instituídas no Brasil, o que ilustra o fato de que no final do século XVIII já proliferavam espaços de intervenção sanitária, os quais vieram a se consolidar no século XIX. As medidas de quarentena de navios bem como as direcionadas à realocação de populações, principalmente de escravos, por exemplo, eram amplamente discutidas no meio das Sociedades Médicas das províncias do império e noticiadas nos Semanários de Saúde Pública desde a década de 1830 (Ferreira, 1999) e as disposições oficiais em relação à hanseníase, ainda denominada lepra, eram repassadas a todas as províncias através das Inspetorias de Saúde Pública criadas desde 1890 (Cunha, 2002).

Na transição do século XIX ao XX foram criados os Conselhos, Inspetorias, Diretorias e Serviços de Saúde Pública com o objetivo de prevenir o advento de epidemias de febre amarela. Sob a orientação de Oswaldo Cruz, a Cidade do Rio de Janeiro foi dividida em zonas definidas com base na concentração da população e o pessoal de saúde agrupado em duas grandes seções:

1. do isolamento e expurgo mediante a remoção de doentes para o hospital de isolamento; purificação de domicílios em relação a mosquitos e,
2. da polícia de focos, responsável pela visita periódica a todos os domicílios da cidade para destruição de larvas de mosquitos (Lima, 1985).

Um outro exemplo da organização das práticas de saúde e da figura de um trabalhador para controlar o espaço de intervenção sanitária é a reforma do Serviço Sanitário de São Paulo, ocorrida em 1911, que já esquadrinha o território paulista em 14 distritos sanitários e os coloca sob a responsabilidade de um inspetor sanitário (Mehry, 1987).

Porém, os sinais mais fortes da emergência desse novo trabalhador manifestam-se na seqüência de Políticas e de reformas no campo da saúde desenvolvidas durante o período que se estende de 1920 e 1990 e que culminam com a formulação e implementação do SUS. Essas Políticas são invariavelmente marcados por crises e, a partir da década de 50 passam a evidenciar os sinais do avanço da ideologia do neoliberalismo, à qual posteriormente vem se somar a condição sócio-cultural e estética denominada pós-modernidade, como expressão do capitalismo avançado.

O neoliberalismo é visto como um movimento ideológico que surge no período pós-segunda guerra mundial, na América do Norte e nos países europeus de capitalismo avançado, como uma reação teórica e política contra o Estado intervencionista e de bem-estar. Nestes termos, já no seu início, o neoliberalismo opunha-se a qualquer intervenção do Estado em direção aos mecanismos de mercado, vistos como uma ameaça às liberdades econômicas e políticas (Anderson, 1995).

Dentre os fatos mais importantes que anunciam a definição do ACS no contexto das políticas de saúde e que contribuem para a compreensão sócio – histórica da inserção do ACS nas práticas de saúde no Brasil estão:

1. a institucionalização das práticas de enfermagem e a definição da visita domiciliar de enfermagem como um procedimento de sua competência em 1920;
2. As práticas características do período campanhista, entre as quais citam-se a Campanha da Erradicação da Malária e a Campanha da Erradicação da Varíola, mediante a ação do Departamento Nacional de Endemias Rurais – DENERU; desenvolvidas por educadores sanitários e por inspetores (Guardinhas) que interviam nos domicílios, caracterizando uma ação desenvolvida nos moldes da polícia médica.
3. a criação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, e a normatização da visita domiciliar como atribuição da visitadora sanitária na década de 1940;
4. a incorporação do Paradigma da Medicina Comunitária e o desenvolvimento de experiências piloto de Extensão de Cobertura, com a presença de Agentes de Saúde a quem competiam atividades de educação e saúde e mobilização comunitária na década de 70;
5. a implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, como Política Nacional do Ministério da Saúde em 1976;
6. a implantação de Programas de Agentes Comunitários como forma de enfrentamento de situações emergenciais nos moldes do implantado pelo Estado do Ceará em 1987;
7. a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde como Política do Ministério da Saúde em 1991.

No contexto da institucionalização das práticas de enfermagem, a visita domiciliar como um dos procedimentos atribuídos a este profissional é normalizado por volta do ano de

1920 (Mazza, 1994). Os Centros de Saúde, inspirados na experiência norte-americana, são implantados como locais irradiadores da saúde, localizados segundo critérios espaciais e de distribuição populacional cuja ação objetivava a melhoria das condições sociais da população, com ações de prevenção e de educação em saúde. Assim, a intervenção nos domicílios passa a contar com duas categorias de procedimento:

1. a visita domiciliar de enfermagem realizada pela enfermeira visitadora destinada à profilaxia das doenças transmissíveis e,
2. a visita domiciliar realizada nos moldes campanhistas desencadeadas em torno das questões de saneamento e outros problemas atinentes à saúde de uma forma geral.

Mas, é na década de 40, com a instituição do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, que se assiste um avanço importante na definição do perfil do ACS, nos termos atuais. O SESP foi criado com o objetivo de combater a malária e prestar assistência médico-sanitária às populações vinculadas à produção estratégica da borracha, mica e cristal de rocha no contexto da segunda guerra mundial. Instalado na Região Amazônica e nos Estados do Espírito Santo, Minas Gerais e Goiás, prestava serviços de controle de doenças transmissíveis, estatística vital, educação sanitária, higiene pré-natal e da criança; saneamento ambiental; assistência médica ao adulto à mulher e à criança; exames laboratoriais de urina, sangue, fezes, escarro e muco nasal. O embrião do ACS nessa fase era representado pelo visitador sanitário que prestava atendimento aos indivíduos e às famílias nas unidades de saúde e nos domicílios. Responsáveis pelo atendimento dos residentes em uma área específica, os visitantes atendiam gestantes e crianças de baixo risco, realizavam visitas domiciliares a puérperas e recém-nascidos, acompanhavam nascidos vivos e óbitos em menores de um ano e monitoravam pacientes portadores de doenças prevalentes realizando tratamentos supervisionados (Silva, 2002).

As intervenções do SESP orientavam-se por concepções distintas das atuais sobre o processo de saúde-doença e destinavam-se a um contexto marcado por uma situação de saúde

também diferente. No entanto, segundo Santos (2006), a articulação entre o trabalho da enfermeira visitadora, do visitador sanitário e do auxiliar de saneamento com a comunidade e com os serviços, numa pequena localidade e com enfoque sobre a família e a comunidade aproxima-se da atual proposta do PACS/PSF, destacando-se:

[...] a experiência com modelos de oferta organizada de serviços na unidade de saúde, no domicílio e na comunidade, a abordagem integral da família, a unidade de saúde indo à população, a adscrição da clientela, o enfoque intersetorial e a educação sanitária, como mola mestra das ações. (op. cit. p.)

O processo de formação do ACS sofre uma inflexão significativa durante a década de 1970, oportunizada pela incorporação do Paradigma da Medicina Comunitária, como um modelo complementar ao modelo de assistência à saúde dominante, cuja crise era objeto de denúncia em âmbito mundial. A crise da Medicina expressava no campo da saúde, a crise do capitalismo, ao mesmo tempo em que deixava transparecer reformulações nesse campo de práticas direcionadas pelo movimento neoliberal. A recessão mundial ocorrida em 1973 combinava baixas taxas de crescimento com altas taxas de inflação, ensejando o fortalecimento e a expansão dessa ideologia, a qual atribuíra duas causas principais ao desenvolvimento dessa crise:

1. o poder expressivo dos sindicatos; e
2. a capacidade reivindicatória do operariado como fator corrosivo das bases da acumulação capitalista.

Segundo Anderson (1996), a saída para essa crise supunha a manutenção de um Estado forte como condição para fazer frente ao poderio sindical e para controlar o dinheiro e, ao mesmo tempo, parco nas intervenções sociais e econômicas. Nesta perspectiva, a estabilidade monetária passaria a ser a meta dos governos em vigor, mediante a redução das políticas de bem estar e o crescimento do desemprego como estratégia para a contenção do poder mobilizatório dos sindicatos. Como forma de incentivo aos agentes econômicos, essas

medidas seriam acompanhadas de reformas fiscais que reduziam impostos sobre os rendimentos mais altos e sobre as rendas, estabelecendo-se que o prazo para a retomada do crescimento seria condicionado ao retorno da estabilidade monetária e a restituição dos incentivos essenciais.

Estruturada com base na deflação, lucros, empregos e salários, esta estratégia foi considerada como vitoriosa face a sua finalidade histórica de reanimação do capitalismo avançado, o que atestava a sua hegemonia tanto no ocidente como no leste europeu. Mas, a sua implantação nos países periféricos opera-se tardiamente, comparada à adoção nos países centrais. No caso da América Latina, por exemplo, ela se dá mediante estratégias distintas, o que supõe, também, diferentes níveis de resistência aos propósitos dessa nova reordenação das forças produtivas e conseqüente redimensionamento das funções do Estado. Assim, o sucesso no redirecionamento das políticas públicas e sociais nos países da América Latina operou-se na medida da resistência que as distintas sociedades foram capazes de desenvolver para fazer frente às novas políticas.

A confirmação do neoliberalismo em termos nacionais como estratégia de reorientação da economia acarreta conseqüências drásticas para o financiamento da Atenção à saúde, operando-se num contexto que marca:

1. A necessidade de modelos racionalizadores de assistência à saúde face à redução da capacidade fiscal dos Estados;
2. A crise do Estado Brasileiro marcada pela perda crescente de legitimidade do regime autoritário imposto em 1964;
3. A degradação da qualidade de vida da população brasileira e crescente concentração de renda como marcas fundamentais do modelo econômico adotado pela ditadura militar; e
4. Mobilização da sociedade face o autoritarismo imperante.

O modelo da Medicina Comunitária originalmente concebido como uma proposta destinada às colônias inglesas na África foi considerada exitosa, enquanto uma estratégia destinada a populações consideradas simples, cujos problemas de saúde seriam também simples e, por conseqüência, as suas soluções também seriam simples. O cunho ideológico dessas afirmações embasava a defesa das tecnologias apropriadas no âmbito desse modelo, que nada mais era do que a materialização da visão dominante acerca das populações ou grupos sociais em condições subalternas. Este Modelo foi posteriormente adotado pelos Estados Unidos e, a partir de então, legitimado e divulgado por Organismos Internacionais. Nesta perspectiva passou a constituir-se numa alternativa a ser reformulada e incorporada adequadamente ao modelo médico dominante no Brasil de forma complementar, acenando para a possibilidade de incorporação de inovações que buscavam dar conta da produtividade, diminuição de custos, extensão de cobertura, simplificação dos recursos e participação comunitária.

A Medicina Comunitária apontava, portanto, para a necessidade de uma nova recomposição da força de trabalho em saúde, de modo a “adequá-la” ao padrão da prática médica hegemônica, coerentemente com os seus elementos estruturadores e com o seu caráter complementar que propunha a redução de custos mediante a redistribuição do trabalho médico entre outros trabalhadores, via delegação de competências. Conseqüentemente, a reestruturação do trabalho médico fazia-se acompanhar pela emergência da constituição de uma como um ator coletivo nesse espaço. O formato dessa equipe seria piramidal, sugerindo uma distribuição hierarquizada das funções nos moldes da complexidade crescente das ações defendidas para a rede de serviços em construção.

A divisão técnica do trabalho, nesses termos era viabilizada pelos diferentes níveis de capacitação, correspondentes a distintos níveis de responsabilidade sobre as ações desenvolvidas, o que por sua vez já definia também a divisão social, pois implicava a delimitação espacial das funções intelectuais e das funções manuais. Essas mudanças

demandaram reformulações no sistema de formação e capacitação dos recursos humanos, que originaram as experiências de integração docente-assistencial articulando instituições formadoras e de prestação de serviços, que propunham para o pessoal auxiliar treinamentos curtos em serviços e contemplando reciclagens periódicas (Donnangelo, 1975).

Ainda que fosse defendida a constituição da equipe de saúde e a desmonopolização do saber médico, a construção do saber necessário para o desenvolvimento das novas práticas de saúde não resultou de uma articulação entre os discursos médicos, o discurso oficial e o discurso da população, numa perspectiva democratizadora, como era de se esperar, mas da incorporação de novas práticas, cuja validade ou não estava condicionada à possibilidade de manipulação do comportamento dos grupos sociais à que se destinavam (Donnangelo, 1975; Mendes, 1985). No que se refere à materialidade dos diferentes agentes que compõem essa nova equipe de saúde questiona-se: qual seria o espaço da construção e desenvolvimento das suas práticas?

Na Conferência de Alma Ata, realizada na então República Socialista Soviética de Cazaquistão, em 1976, recomendava-se que a plena participação da comunidade fosse assegurada e incentivada mediante a efetiva informação: a crescente alfabetização e o desenvolvimento dos instrumentos institucionais que possibilitassem aos indivíduos, às famílias e às comunidades assumir a responsabilidade para sua saúde e bem-estar (OMS/UNICEF,1979). Recomendações desta natureza articulavam-se à crença de que esta seria uma forma de ultrapassar o caráter assistencialista da atenção à saúde, uma vez que mediante uma ação mobilizadora e coordenadora do nível local da rede de atenção à saúde, a participação viabilizaria a recriação da comunidade em termos de auto-ajuda e autoconfiança com vistas à superação dos seus problemas neste campo.

A primeira eleição direta para prefeito, ainda no período da ditadura militar, aliada ao potencial mobilizatório da sociedade brasileira, oportunizou a emergência de inúmeras experiências autônomas, destinadas a vários setores da sociedade, no sentido de enfrentar

necessidades urgentes apresentadas pelas populações, dentre as quais sobressaiam-se as demandas no campo da saúde. Estas experiências foram implantadas em Estados brasileiros como Minas Gerais, Paraná, São Paulo, Goiás, Rio Grande do Sul.

As experiências desenvolvidas no Vale do Jequitinhonha, em 1971 e em Montes Claros, em 1975, deram mostras da possibilidade de construção de um novo modelo de organização de serviços de saúde, hierarquizado em quatro níveis: domiciliar, local, área programática e regional. No nível domiciliar, eram desenvolvidas as ações de caráter preventivo, mediante visitas domiciliares, cuja atribuição era de um auxiliar de Saúde.

[...]A idéia-motriz do projeto era a construção coletiva de um novo modelo de organização de serviços, que fortalecesse a autonomia do nível local. Com a introdução de inovadoras técnicas de planejamento e gestão, esperava-se práticas pedagógicas, com valorização da participação cidadã da comunidade e dos servidores, visando à superação de todas as estruturas estabelecidas.

Do auxiliar de saúde, elemento-chave do sistema proposto esperava-se bem mais do que foi atribuído aos médicos pés-descalços da China.

Selecionados entre moradores da comunidade, atuariam como agentes da participação popular nas decisões voltadas para alterações das relações do poder local. No entanto, por mais que a promoção da participação comunitária e o incentivo à organização das demandas concretas do setor saúde tenham sido claramente definidos enquanto missão institucional do projeto, na prática, verificou-se que alguns auxiliares de saúde não conseguiam coordenar uma efetiva mobilização e conscientização da população. (Santos, 2006.p.37)

É digna de nota a observação desta autora quando destaca o fato de que, naquela época, as expectativas sobre o trabalho do auxiliar de saúde superavam as atribuições dos médicos pés-descalços da China, ao mesmo tempo em que registra o fato de que face os limites de alguns destes profissionais em promover a mobilização e a conscientização da população, optou-se por uma divisão do trabalho entre estes profissionais, a partir da qual um grupo desempenhava as atribuições de cunho técnico, enquanto o outro desempenhava as atribuições de natureza mobilizatória e educativa.

A experiência brasileira nesse sentido não é a única, uma vez que esse é um contexto que caracterizou a América Latina na década de 60 e 70, como expressão da estratégia de reperfilamento dos países periféricos frente à crise do capitalismo internacional. Dessa forma, vários países latino-americanos constituíram campos de experimentação desse modelo, que de início foram implantados por universidades nacionais, sob a assessoria da Organização Pan-americana da Saúde e financiamento de fundações privadas norte-americanas e, como já foi referido, também ensejam o surgimento de profissionais com atribuições muito próximas das desenvolvidas pelos ACS brasileiros. Os seus elementos estruturadores eram:

- 1) O coletivismo restrito;
- 2) A integração de atividades promocionais, preventivas e curativas;
- 3) a desconcentração de recursos;
- 4) a utilização de tecnologia apropriada;
- 5) a inclusão das práticas médicas alternativas;
- 6) a utilização da equipe de saúde; e,
- 7) a participação comunitária (Mendes, 1984 p, 52).

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, implantado em 1976 com base no Projeto de Montes Claros, representou a materialização de experiências de Medicina Comunitária, desta vez induzidas pelo Ministério da Saúde. O PIASS funcionou como um laboratório de gestão e organização de serviços para a construção do sistema de atenção à saúde no Brasil. Estruturou, ainda que de forma incipiente, uma rede hierarquizada de serviços de saúde, descentralizada e de complexidade crescente expressa no sentido local / regional / central do sistema de saúde, em que se defendia a proporção necessária entre o pessoal técnico, auxiliar e especialista. Dentre estes, propunha-se a presença de profissionais da medicina geral, de especialistas, de profissionais da enfermagem, odontologia, ciências farmacêuticas, serviço social, bem como auxiliares de enfermagem e de Agentes de Saúde. Simultaneamente, o PIASS foi influenciado por Programas de Extensão de Cobertura - PECS,

nos quais a discussão sobre formação dos recursos humanos e os componentes das equipes foi enriquecida com elementos de experiências particulares (Pellegrini, 1978; Stralen, 1977).

As funções do Agente de Saúde neste enfoque apresentavam-se relacionadas aos dois elementos estruturais da medicina comunitária: o coletivismo restrito e a participação comunitária. Estes elementos confirmam a prática deste trabalhador voltada para o nível local do sistema de saúde. Este trabalhador era preferentemente membro e morador da comunidade onde atuava, vinculando-se a um posto de saúde, onde atendia a uma população de até 20.000 habitantes, identificando e encaminhando os usuários necessitados de cuidados mais complexos.

O coletivismo restrito, como um dos elementos estruturante do trabalho do Agente de Saúde apontava para:

1. o esvaziamento do caráter estrutural dos problemas de saúde, na medida em que se rompia a cadeia entre os problemas locais e os problemas gerais da sociedade;
2. a ausência de canais que possibilitassem uma participação mais ampla;
3. as práticas manipuladoras e a conseqüente ausência de participação.

A potencialidade desse tipo de participação orientada para um coletivismo restrito residia na possibilidade de alocação de recursos expressivos da comunidade nos programas de saúde, incrementando sua efetividade e promovendo um tipo de solidariedade e harmonia social diante das tensões e conflitos característicos da época (Pellegrini, 1978).

O Agente de Saúde era o único trabalhador permanente lotado no Posto de Saúde, contando com a visita periódica de médicos e enfermeiros e de supervisão sistemática. A sua função confirmava-se como predominantemente educativa, sendo explícitas as suas atribuições de mobilização da comunidade, ação que comumente confundia-se com a de participação comunitária.

Embora a preparação do campo para a implantação definitiva do neoliberalismo brasileiro tenha sido feita no período da ditadura, mesmo assim foi possível avançar nos

movimentos de reformas e conquistas de direitos, como foi o caso da seguridade social e da saúde com uma seqüência de projetos que resultou na formulação e implementação do Sistema Único de Saúde. Esses movimentos apontavam para uma nova forma de ação coletiva, que expressava outra configuração dos trabalhadores brasileiros, mobilizados nos espaços dos seus cotidianos e em torno das suas necessidades. Tinham como referência três instituições marcadas pela crise e movidas pela necessidade de reformulação das suas matrizes discursivas, que se articulavam, buscando, cada uma a seu modo, o restabelecimento dos seus vínculos com a sociedade brasileira: a igreja católica; os sindicatos; os movimentos de esquerda. Com a Igreja Católica articulavam-se as Comunidades Eclesiais de Base e as Pastorais da Saúde e no campo do trabalho estruturavam-se os grandes sindicatos e as centrais sindicais.

Neste cenário, nas décadas de 1970 e 1980 observa-se o desencadeamento das grandes inflexões no sentido dessas políticas que teve como pano de fundo os Movimentos sociais urbanos, expressão do potencial de articulação e mobilização da sociedade brasileira em prol da sua redemocratização, dentre os quais emergem o Movimento Contra a Carestia; as Associações de Bairro; as Comunidades Eclesiais de Base; Os Movimentos pela educação; os movimentos de luta pela saúde, saneamento e moradia; O Movimento das Mulheres; o Movimento de Emancipação das Mulheres; o Movimento pela Anistia e outros. .

No campo da Saúde, o Movimento Sanitário Brasileiro, secundado pelo Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira são os atores que, por um largo período assumiram a condição de atores sociais, revestidos das funções de intelectuais no campo das lutas pela saúde, cujo produto da sua ação culminou com a construção do Paradigma da Saúde Coletiva como uma produção nacional, que direcionou a estratégia da construção e estruturação do SUS. Na função de ator coletivo, o Movimento Sanitário Brasileiro

1. denunciou a crise do Modelo biomédico em nível mundial;

2. evidenciou a precarização das condições de vida e de saúde da sociedade brasileira;
3. denunciou as tendências neoliberais insinuadas na formulação e implementação das políticas sociais;
4. sistematizou e evidenciou os vínculos entre a crise da medicina, crise da Previdência e crise de legitimidade do Estado Brasileiro;
5. gestou o paradigma da saúde coletiva;
6. mobilizou a sociedade brasileira em torno das transformações na Previdência e no Sistema de Saúde Brasileiro;
7. desenvolveu experiências pilotos visando a modelos de estruturação e organização da atenção à saúde;
8. promoveu a adequação e incorporação de novos paradigmas às necessidades de saúde da sociedade brasileira, como foi o caso do Paradigma da Medicina Comunitária.

O Movimento Sanitário Brasileiro funcionou como articulador das vertentes de ação já referidas; promoveu a ocupação dos espaços institucionais da saúde, e incorporou o paradigma da Medicina Comunitária mediante a sua adequação às necessidades nacionais. É nesse quadro em que se estruturam espaços de intervenção como os do Vale da Ribeira, Londrina, Marília, Montes Claros – MG, a Pastoral da Criança, Hospital Conceição – RS, São José do Murialdo - RS (Rosas, 1981; Escorel, 1998; Sousa, 2001; Silva, 2002).

Além destas experiências foram também desenvolvidas outras que não se enquadravam necessariamente em nenhuma dessas matrizes, fruto da ação de indivíduos e grupos movidos eticamente pela mudança das práticas de saúde, que se estabeleceram de maneira autônoma e simultânea, como são os casos de Planaltina de Goiás - GO, Mambáí-GO, Sobradinho - DF, Taubaté - SP, Recife – PE, Curitiba-PR e do Estado da Paraíba.

Por fim, cabe ressaltar a emergência de experiências do tipo institucional, que não fogem dessa matriz original, mas denotam o senso de oportunidade dos seus idealizadores face às necessidades emergentes, como o caso da implantação dos ACS no Estado do Ceará, que buscou articular a questão da formação das frentes de trabalho e o enfrentamento dos altos coeficientes de mortalidade infantil. Outra experiência foi a dos estados da macro-região Norte no enfrentamento da epidemia da Cólera. O efeito demonstrativo dessas duas experiências representou um argumento fundamental na defesa da implantação de uma política nacional cujo centro era o ACS.

A inflexão mais definitiva na consolidação da categoria dos ACS ocorreu no ano de 1991, oportunidade em que o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde – PNACS. A sua formulação resultou da confluência de distintas vertentes filosóficas e das necessidades em contextos diferenciados, ainda que o espaço de intervenção, a função de educador e a função de ligação comunidade / equipe fossem traços que unificavam os Projetos que antecederam à criação desse Programa.

Portanto, as necessidades e os modos de implementação / formação da categoria do ACS assumem conotações peculiares, a partir dos contextos loco - regionais em que se realizam, a partir de distintas concepções sobre este ator no que se refere à natureza do seu trabalho, aos seus vínculos institucionais e aos seus compromissos com a população. Um fato digno de referência é que na oportunidade da criação do PACS já se contava com a Associação Nacional dos Agentes Comunitários em Saúde, que discutia e defendia as questões relativas ao vínculo empregatício com a rede pública de saúde, uma vez que este se dava via a terceirização.

Embora a preparação do campo para a implantação definitiva do neoliberalismo no Brasil tenha sido feita durante o período da ditadura militar, os precursores efetivos desse cenário são os Governos Sarney, Collor e Fernando Henrique, respectivamente. Segundo Oliveira (1995), a maior letalidade do programa neoliberal brasileiro foi a destruição da

esperança e das organizações sindicais, populares e de movimentos sociais, que por um longo tempo foram capazes de apresentar um evidente nível de resistência à essa ideologia.

O contexto da instalação do PACS é marcado pela reinvestidas em direção às reformas neoliberais características do Governo Collor, que para o campo da saúde redundou em retrocessos marcantes na consolidação do SUS. Dentre os fatos mais expressivos nesse processo citam-se:

1. o sucateamento da rede pública de serviços;
2. o desmonte da força de trabalho que acompanhou a destruição das burocracias do Estado e sua substituição mediante a terceirização;
3. o arrocho salarial;
4. a manutenção de profundas assimetrias nos indicadores de saúde bem como a falta de controle sobre situações emergentes como as epidemias de Cólera e Dengue;
5. o fortalecimento dos atores neoliberais e/ou privatistas no campo das lutas pelas políticas públicas de saúde;
6. a correspondente despotencialização do Movimento Sanitário Brasileiro na consolidação do SUS.

A esses fatos, associaram-se outros do cenário mundial que apontavam para:

1. a agudização da crise da Medicina;
2. o crescimento da violência marcada pelas guerras, o terrorismo, a internacionalização do tráfico de drogas;
3. o crescimento ou manutenção de alta incidência de violência perpetrada contra as mulheres, as crianças, os grupos politicamente minoritários bem como o aumento da violência estrutural nas grandes cidades;
4. a degradação do meio-ambiente;
5. a regionalização dos mercados;

6. a crise do modelo tradicional da família e o surgimento de novas formas de convívio doméstico;
7. o aumento da dívida dos países ricos em relação aos países pobres.

A sistematização, análise e denúncia dessa situação em nível nacional e internacional oportunizou a emergência de novas formas de organização e encaminhamento de discussões e deliberações, que no setor saúde recolocaram progressivamente em evidência o Paradigma de Promoção da Saúde e a Estratégia da Saúde Familiar.

É nesse contexto que a família ressurge como o lugar estratégico de intervenção para superação da crise na saúde, permitindo reinvestir na consolidação do SUS, por meio de uma estratégia de intervenção no núcleo familiar articulada com o ideário político da promoção da saúde. Nessa época, o ACS já se fazia presente não só nas redes públicas de saúde, mas como um ator expressivo no espaço dos serviços básicos de saúde ampliado pela ação de outros atores oriundos de estruturas de natureza não governamental, imprimindo assim formas diferenciadas de vinculação desses agentes às práticas de saúde.

O quadro de necessidades de saúde e a riqueza das experiências em curso colocaram em evidência um potencial solidarizante que possibilitou a inserção de novos atores em contraposição ao modelo neoliberal que se insinuava para o campo da saúde no processo de implementação do SUS (Sousa, 2001)

Na estratégia de estruturação do PACS priorizou-se a Região Nordeste, onde, num primeiro movimento foram alocados 20.034 ACS, mediante critérios populacionais e epidemiológicos. Num segundo movimento, em 1992 este Programa foi estendido para as localidades nordestinas ainda não beneficiadas, para a Região Norte e para Brasília e Região do Entorno. Num terceiro movimento ampliou-se a sua abrangência para os outros estados da Região Norte. A sua expansão para as regiões metropolitanas e capitais do Sul e do Sudeste consolidou-se a partir de 1994 com a criação do Programa de Saúde da Família - PSF,

que a partir de então, passa a constituir a estratégia principal de organização de atenção à saúde no Brasil (Sousa, 2001).

Estabeleceu-se, então, uma vinculação orgânica entre o PACS e esta estratégia e, na medida em que vai ocorrendo a implantação do PSF, os ACS passavam a ser incorporados como componentes das equipes de saúde da família. A estratégia do PSF suscitou a rediscussão da proposta dos Distritos Sanitários como mecanismo estruturador da rede de atenção à saúde, colocando em evidência a importância já reconhecida do ACS na redução dos agravos mais frequentes nas famílias e nas comunidades locais.

3. O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: Perfil e atribuições

As práticas de atenção à saúde, destinadas aos indivíduos, domicílios e comunidade, como já foi afirmado, não constituem uma peculiaridade de países que desenvolveram estratégias similares ao PACS, uma vez que, de uma forma geral, as ações nelas propostas referem-se a um nível de complexidade de qualquer sistema de saúde. Isto significa que países desenvolvidos ou subdesenvolvidos que contam com sistemas de saúde estruturados, de alguma forma, na medida das suas necessidades, desenvolvem as ações reconhecidas como destinadas ao nível de atenção primária ou ao nível de atenção básica de saúde como é o caso da experiência brasileira, sem contudo lançar mão ao recurso de um de trabalhador com um perfil profissional próximo ao do ACS.

Em termos mundiais, o incremento nos esforços de estruturação de uma prática orientada para a atenção primária em saúde é um fenômeno verificado a partir da expansão do Paradigma da Medicina Comunitária e das recomendações da Declaração de Alma – Ata, num contexto que marca a agudização da miséria; o crescimento das desigualdades sociais e a emergência das políticas de ajuste estrutural como marca do neoliberalismo.

Dessa forma, na medida da especificidade de cada situação de saúde, inúmeros países vêm desenvolvendo estratégias em torno da articulação de trabalhadores oficialmente

vinculados às instituições de saúde com os trabalhadores desse mesmo campo que, são tradicionalmente reconhecidos pela comunidade ou que são guindados a essa posição mediante outros mecanismos. Funcionalmente várias alternativas apontam para as possibilidades de vinculação entre esses sujeitos, dentre as quais, as mais freqüentes são:

1. a incorporação dessas experiências pelas instituições de saúde já existentes; e
2. o desenvolvimento de práticas de saúde em condições de autonomia em relação ao Estado, sendo o trabalho desenvolvido a partir de uma nova estrutura organizacional.

Uma revisão realizada a partir de 13 estratégias desse tipo, atualmente em desenvolvimento (China, Rússia, países da África de língua francesa, Tanzânia, Haiti, Peru, Jamaica, Bolívia, Filipinas, Índia, Nepal e Venezuela), não obstante as diferenciações nas suas estruturas, os elementos que aproximam essas experiências e conferem sentido ao Agente comunitário de saúde seriam:

1. o reconhecimento da possibilidade do encaminhamento de soluções eficazes para os problemas mais simples de saúde, quando realizado mediante a ação de pessoas adequadamente treinadas para essa finalidade;
2. o fato de o trabalhador (agente de saúde) pertencer à comunidade e ser selecionado por ela para o desempenho das suas funções, quando for o caso;
3. a função de vínculo entre a comunidade e a estruturação de serviços de atenção à saúde mais ampla;
4. o compartilhamento das vivências cotidianas com a comunidade e o potencial deste trabalhador para a ajuda solidária (Sousa, 2001; Santos, 2005).

As diferenças que marcam essas estratégias apontam para as várias dimensões dos contextos onde elas são desenvolvidas, evidenciando aspectos de natureza cultural e simbólica; níveis de desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais; e

mudanças conjunturais e/estruturais. Nesses sentido, as evidências mais marcantes das peculiaridades são:

1. o desenvolvimento da estratégia como decorrente de mudanças radicais de cunho social e político ou não;
2. o nível de estruturação dos sistemas nacionais de saúde;
3. a concepção de saúde predominante;
4. a concepção de sujeito e os mecanismos de participação e controle social;
5. a qualidade de acesso à atenção à saúde;
6. o nível de estruturação da atenção básica de saúde;
7. o vínculo estabelecido entre a estratégia e a equipe de saúde ou os demais níveis do sistema de saúde;
8. o lugar ocupado por este trabalhador entre os demais trabalhadores da saúde;
9. as relações de trabalho como fator estruturante da estratégia;
10. as atribuições desses trabalhadores;
11. a identidade desse trabalhador em relação às outras categorias profissionais da saúde;
12. as condições de formação e capacitação para o trabalho;
13. a configuração de um espaço de trabalho e de um conjunto de conhecimento e habilidade específicos à categoria.
14. o modo como este trabalhador se apresenta à comunidade em termos de ser o único recurso disponível ou desenvolver uma complementaridade e proximidade em relação à equipe ou estrutura de atenção à saúde.

As denominações atribuídas a esse trabalhador em cada uma das estratégias analisadas fornecem indícios dos espaços possíveis de ocupação nas estruturas de atenção à Saúde:

1. Médico rural ou Ajudante sanitário na China;
2. Feldshers (assistente de um doutor médico) na Rússia;

3. Agentes de Saúde da Comunidade, nos países da África de língua inglesa;
4. Agentes de Saúde Comunitários no Sudão;
5. Auxiliares Médicos na Tanzânia;
6. Promotores Rurais no Haiti;
7. Promotores Voluntários de Saúde no Peru;
8. Auxiliares de Saúde Comunitária na Jamaica;
9. Agentes Comunitários de Saúde na Bolívia;
10. Agentes Locais de Saúde nas Filipinas;
11. Funcionários de Saúde Públicas na Índia;
12. Voluntários para a saúde no Nepal;
13. Auxiliares de Enfermagem na Venezuela.
14. Educador de bem-estar da família na Botswana;
15. Trabalhador de saúde comunitário na Etiópia;
16. Agente de Saúde do Povo na Nigéria (op.cit.).

Na experiência brasileira é importante considerar que, na década de 70, vigência da Medicina Comunitária, no perfil do Agente de Saúde predominavam as atividades mobilizatórias das comunidades consideradas como de cunho restrito, uma vez que, como já foi afirmado, as ações desenvolvidas eram focalizadas localmente, sem estabelecer vínculos com o plano geral da sociedade brasileira.

Porém, no período mais decisivo da constituição do ACS, a peculiaridade da experiência brasileira assenta-se nas marchas e contra-marchas do processo de construção do SUS. O acúmulo de experiências nesse sentido e a prática teórica que lhes serviu de base oportunizaram avanços às propostas que defendiam novas formas de vinculação das comunidades na gestão da saúde, orientando-se pela concepção de controle social e de defesa do direito à saúde. Essa inflexão, ainda que de natureza teórica, implicou re-elaborações nas atribuições do ACS, determinando o re-dimensionamento dos procedimentos

de educação em saúde sob a sua responsabilidade, orientados a partir de então pela intencionalidade do Movimento Brasileiro Pela Reforma Sanitária.

A construção do perfil do ACS implicou um processo exaustivo e denso de reflexão/ação que, apesar de ser pautado pelo confronto de interesses de natureza corporativa, manteve-se em torno de duas dimensões fundamentais da ação desse profissional:

1. a dimensão sócio-política que diz respeito às mudanças necessárias no campo da saúde e
2. a dimensão pedagógica propriamente dita, que diz respeito às mudanças nas propostas curriculares, metodológicas e administrativas que se pretende que ocorra na Unidade de Saúde e na comunidade.

Em termos práticos, estas dimensões que configuram o perfil do ACS nas suas funções sociais e ocupacionais. A unidade dialética de dimensões consolidam as resultantes definidas para a prática do ACS, expressas no propósito de reversão da situação de saúde da comunidade; na estruturação do nível básico da atenção à saúde via a consolidação da estratégia de atenção à saúde da família e à consolidação do Sistema Único de Saúde.

O perfil do ACS é permanentemente referido como estruturado em torno dos dois tipos de funções: as sociais e as profissionais. Nesses termos, segundo os formuladores do PACS, o perfil social do ACS foi definido para além do esperado em termos da sua contribuição, no empoderamento das comunidades com vistas ao auto-cuidado em saúde e para o fortalecimento dos vínculos entre a comunidade e os serviços de saúde. Na delimitação das suas atribuições teria sido valorizado, sobretudo, o desenvolvimento da sua sensibilidade para a leitura, a escuta e a tradução das necessidades da população face as autoridades públicas. Desta forma, em cada pessoa, em cada família, e em cada comunidade, este quadro de necessidades era visto como passível de uma transformação permanente

mediada pela ação do ACS, significando que a ação transformadora deste trabalhador transcende o campo da saúde pela própria natureza da sua ação (Sousa, 2001.). A identificação com a comunidade e o pendor para a ajuda solidária seriam os atributos diferenciadores do ACS face aos demais profissionais da saúde e estariam relacionados ao compartilhamento de valores culturais; com a confiança que o ACS desperta nas pessoas; com sua liderança natural e com uma ação orientada para além dos objetivos da saúde.

É, portanto, no perfil social do ACS que está selado o significado da sua condição de elo de ligação, como o vinculador dos objetivos das políticas estatais e os objetivos do modo de vida da comunidade; as necessidades de saúde e os demais tipos de necessidades das pessoas: o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde: entre a capacidade de auto – ajuda da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado. A partir das alternativas de vinculação institucional postas para o ACS, argumenta que este aspecto não pode ser analisado fora do significado da política que dá origem à versão mais recente da figura deste trabalhador, chamando a atenção para a conotação comunitarista do PACS como um traço de um paradigma em formação que, no entanto, ainda não encontra na sociedade civil aquelas bases institucionais de solidariedade como condição para a sua generalização. (Nogueira *et alii*, 2000).

No perfil ocupacional reafirma-se o papel central da ação deste trabalhador como educador, tendo como atribuições típicas do seu posto de trabalho:

- 1) a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio - cultural da comunidade de sua atuação;
- 2) a execução de atividades de educação para a saúde individual e coletiva;
- 3) o registro, para controle das ações de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;

- 4) o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia da conquista de qualidade de vida;
- 5) a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e a participação e/ou promoção de ações que promovam a qualidade de vida (Sousa, 2001).

Estas atividades formalmente estabelecidas por normas institucionais e legais são vistas como passíveis de variações determinadas por fatores organizacionais do trabalho ou pela ampliação do leque de atribuições dessa categoria ao longo do tempo. De um lado este fato incide na possibilidade de sobreposição de funções em relação a outras categorias profissionais.

Na medida da sobreposição das atribuições do ACS sobre as atribuições de outras categorias profissionais, o enquadramento definitivo desse novo trabalhador em uma categoria profissional específica da saúde é considerado como uma das questões mais candentes que marcaram o longo debate sobre o tema. Este debate ocorreu polarizadamente entre duas concepções deste trabalhador:

- 1) o ACS como pertencente ao grupo de enfermagem, por força dos cuidados de saúde que ele dispensa as pessoas; e
- 2) o ACS como um trabalhador genérico de caráter singular, sem nenhum similar entre as ocupações e/ou profissionais da saúde.

Na base dessas concepções, Sousa (2000) identifica duas correntes interpretativas. A primeira, orientada pela medicina curativa, defendia que o currículo da formação do ACS deveria orientar-se para a prestação da assistência curativa, argumentando que o espaço de intervenção do ACS era o mundo das doenças. A segunda concepção propugnava uma prática orientada pelos princípios da Saúde Coletiva, de modo que a formação do ACS

contemplasse um campo mais amplo do que aquele delimitado pelas técnicas das ações básicas de saúde, oportunizando, além disso, a compreensão da saúde doença como um processo estruturado nas bases da sociedade, reafirmando-se o papel central do ACS como educador.

Porém, a dinâmica que se estabelece nesse debate demonstra que esses dois pressupostos, que aparentemente apontam para duas possibilidades de ser do ACS, na verdade não são excludentes e constituem duas faces de uma mesma moeda, uma vez que isoladas, tornam-se insuficientes para definir o perfil desse trabalhador. Nesse sentido, são representações parciais que emergem no movimento de pressão de categorias profissionais tradicionais na saúde como os médicos, os enfermeiros e os assistentes sociais e a decisão definitiva e acabada por uma ou por outra dessas duas possibilidades acarretaria ênfases em aspectos distintos no perfil do ACS.

Em termos práticos, essas duas interpretações exercem decorrências imediatas nas decisões com vista à capacitação, supervisão e monitoramento das atribuições desse trabalhador, uma vez que, principalmente as três categorias profissionais já citadas mobilizam-se no sentido da incorporação dessas atividades ao rol das suas atribuições. Os enfermeiros, ainda que não houvesse um consenso no seio dessa categoria sobre a criação dessa nova profissão, entre aqueles que reconheciam a existência do ACS, entendia-se que essa tarefa deveria ser desenvolvida por enfermeiros, uma vez que entre as atividades do ACS constavam aqueles procedimentos invasivos, de caráter curativo.

Da mesma forma, os médicos argumentavam a seu favor, salientando que os procedimentos que extrapolavam o campo da enfermagem como, por exemplo, as orientações sobre o uso de medicamentos; tratamento das doenças; sobre a etiologia das doenças; fisiologia e patologias de modo geral. Os assistentes sociais contra-argumentavam

face aos médicos e os enfermeiros com base naquelas atividades que configuravam a intervenção na comunidade, com vistas ao desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos e das famílias.

Por serem argumentos parciais, de natureza corporativa, que segmentavam os processos de saúde-doença na comunidade em favor dessas categorias profissionais, fica claro, ao final do debate, que nenhuma delas, isoladamente, estaria apta para o desenvolvimento da capacitação / supervisão do ACS; e ratifica-se a condição do ACS como educador, membro da equipe, porta voz da demanda sentida em cada família, em cada comunidade. A reiteração da condição do ACS impõe ao debate a questão da organização, qualidade da atenção à saúde e resolutividade das unidades de saúde, uma vez que esses aspectos passam a ser considerados como condicionadores do trabalho desse profissional.

Logo, a opção por quem daria conta da capacitação/ supervisão do ACS seria definida com base em critérios para além da defesa corporativa das atribuições, criando-se o consenso de que a formação desse profissional seria realizada em serviço, sob a responsabilidade do Enfermeiro e com a participação dos demais profissionais existentes na equipe. Esta decisão corroborou com o argumento da necessidade de interiorização dos profissionais da saúde como condição para estruturação da atenção básica de saúde e a enfermagem demonstra ser a categoria profissional que apresenta as maiores possibilidades de ocupar as lacunas existentes no nível local.

O Manual do PACS (1991) define como missão social do ACS a contribuição para os processos de desenvolvimento dos indivíduos, das famílias e das comunidades, tendo como supostos:

- 1) a estreita identificação desse profissional com a comunidade em termos de valores, costumes e linguagem e

- 2) a sua capacidade de liderança expressa em ações comunitária destinadas para a melhoria da qualidade de vida da comunidade, apoiadas pela ação governamental.

Coerentemente com as definições do seu perfil, as competências do ACS também foram estabelecidas para além do domínio das ações básicas de saúde, demandando, segundo os formuladores do PACS, a compreensão da comunidade; o entendimento dos seus problemas e a sua estimulação para a modificação da sua relação com a saúde. Nesse sentido, estabelecem-se os eixos estruturadores do Currículo de formação do ACS, orientados para três âmbitos de ação:

- 1) o fortalecimento da organização, valorização e desenvolvimento comunitário;
- 2) o fortalecimento do vínculo do sistema de saúde com a comunidade;
- 3) a interferência positiva na saúde da comunidade, por meio de prevenção e promoção da saúde, mediada pelas ações de educação em saúde.

Dessa forma, ainda que estivesse posta a possibilidade de readequação das ações a serem desenvolvidas nesses três âmbitos, de maneira consoante com as realidades locais de saúde, as competências do ACS referiam-se;

- 1) ao estímulo contínuo à organização comunitária;
- 2) a sua participação na vida da comunidade, principalmente através das organizações, estimulando a discussão das questões relativas à melhoria de vida da população;
- 3) ao fortalecimento do elo de ligação entre os serviços de saúde e as comunidades;
- 4) a execução, dentro do seu nível de competência, de ações e atividades básicas de saúde;
- 5) ao acompanhamento às gestantes e nutrices;
- 6) ao incentivo ao aleitamento materno;

- 7) ao acompanhamento ao crescimento e desenvolvimento da criança;
- 8) a garantia do cumprimento do calendário de vacinação e de outras vacinas que se fizessem necessárias;
- 9) ao controle das doenças diarréicas e terapia de reidratação oral;
- 10) ao controle da infecção respiratória aguda;
- 11) a orientação quanto a alternativas alimentares;
- 12) a utilização da medicina popular;
- 13) a promoção de ações de saneamento e melhoria do meio ambiente;

- 14) a promoção da educação em saúde (op. cit)

Ao longo dos dezesseis anos de experiências do PACS (1991/2007), identificam-se três marcos na construção do seu perfil:

1. o momento inicial da sua discussão em que este trabalhador é proposto como Agente Comunitário de Enfermagem, evidenciando o período crucial da sua engenharia profissional;
2. o momento em que este trabalhador se constitui como Agente Comunitário de Saúde, que marca a sua definição como trabalhador e expansão em termos nacionais;
3. o momento que marca a sua transição para a condição de Técnico de Agente Comunitário de Saúde.

Essas mudanças não constituem uma especificidade do ACS e vem sendo apontado como uma tendência nas experiências analisadas em vários países, além de situarem o conjunto dos atos e procedimentos a cargo deste trabalhador como predominantemente relacionadas às atribuições da Medicina, Enfermagem e Farmácia (Santos, 2005; Dal Poz, 2002).

A maneira como se expressa a expansão do quadro de atribuições do ACS sugere que ela está relacionada à condição do ACS como o profissional de saúde que está mais próximo

do alcance da comunidade; à capilaridade da sua penetração em termos territoriais; à condição de liderança exercida entre os grupos a quem presta atenção à saúde. Essas novas atribuições, incorporadas de maneira passageira ou de forma definitiva, de um modo geral referem-se a:

1. execução de atos e procedimentos de natureza clínica;
2. facilitação do acesso à rede de serviços de atenção à saúde como marcação de consulta; distribuição de medicamentos; encaminhamento de pacientes aos níveis mais complexos do sistema de saúde;
3. intermediação de conflitos;
4. cadastramentos como o realizado em função da instalação do Cartão SUS;
5. intervenção na implementação das políticas compensatórias como Bolsa Escola; Bolsa Família e outros.

Estas características sugerem que o perfil do ACS brasileiro apresenta a mobilidade necessária face as necessidades que emergem do cotidiano das comunidades. Mas, para além dessas necessidades, esse dinamismo pode estar apontado para o fato de que o perfil do ACS de maneira mais expressiva do que os perfis das outras profissões, permanece em construção por forças dos aspectos estruturais da ação deste profissional.

Finalmente, é importante que se leve em consideração que a nova performance educativa do ACS, aliada aos critérios de liderança; compartilhamento das necessidades de saúde com a comunidade e a função de elo entre a equipe de saúde e a população confere ao seu perfil uma identidade muito próxima a função do intelectual orgânico desenvolvida por Antonio Gramsci.

III. MARCO CONCEITUAL

1. A FUNÇÃO DE INTELLECTUAL ORGÂNICO NA SAÚDE

Entende-se por intelectual orgânico aquele indivíduo ou grupo que desempenha o papel de sistematizador da realidade em favor de um grupo ou de uma classe social específica, com quem mantém uma relação de identidade e / ou pertencimento (Gramsci,1982).

Numa perspectiva transformadora, o intelectual orgânico não seria apenas o criador de teorias ou o formulador de estratégias políticas, mas um educador sistemático, comprometido com a mudança da sociedade, que difunde a concepção de mundo revolucionária entre as classes subalternas. Este educador incorpora como função a imersão na vida prática das massas, tendo por objetivo o trabalho sobre o senso comum, como forma de elevação da consciência dispersa e fragmentária de grupos sociais específicos para uma concepção de mundo coerente e homogênea (Mochcovitch, 1988).

O intelectual instrumentaliza o exercício da função essencial desempenhada pelas classes sociais no mundo da produção, significando que ele se apresenta em distintas categorias orgânicas e específicas a cada classe, promovendo a sua homogeneização, mediante o desenvolvimento da consciência da sua função na esfera econômica, social e política. Portanto, a ação de natureza intelectual, na concepção gramsciana, o mesmo tempo em que é um atributo da ação humana é, também, uma função social (Gramsci, 1999).

A homogeneização de uma classe ou de um grupo social em torno do seu papel histórico é vista como uma tarefa específica e insubstituível da intelectualidade, independentemente da natureza do assunto em que esta categoria se especializa. Mas, esta tarefa somente se realiza no grupo ou categoria, ainda que todos os homens e mulheres sejam, individualmente, intelectuais a partir das suas condições de pensar e agir sobre si, sobre o outro e sobre a realidade.

A formação sócio-histórica dos intelectuais está ligada aos movimentos das classes sociais na luta ou exercício pela hegemonia, como exigência das novas formas de atividades

que essas classes introduzem e das estratégias de assimilação dos valores produzidos e transmitidos pela categoria dos intelectuais tradicionais, o que aponta para o condicionamento social destes atores.

Em verdade a função de intelectual não é recente, pois a cada fase histórica de uma sociedade esse atributo é incorporado por diferentes tipos ou agentes sociais, sempre coerentes com o modo de produção dominante. Tradicionalmente o intelectual se constitui como um profissional treinado em habilidades específicas na condição de conhecedor do funcionamento de estruturas especializadas, mediante o domínio das práticas e da experiência em torno de um campo de saber, o que denominamos tirocínio. Essas competências e habilidade estão articuladas com o domínio da organização e do gerenciamento dessas ações em termos científicos.

No campo do cuidado à saúde, é importante considerar que os profissionais de saúde apresentam-se historicamente representados na figura do médico e, já nas sociedades primitivas, os curandeiros, precursores dessa categoria, colocavam-se num espaço de prestígio, cuja expressividade aproximava-se do status gozado pelos religiosos, sendo evidentes as ligações e aproximações entre essas duas categorias de intelectuais.

Os profissionais de saúde, assim como outros profissionais mais recentes, magistrados, teóricos, filósofos, administradores, estariam incluído na função de intelectuais tradicionais, formando-se como representantes de uma estrutura econômica, específica e suas formações podem estar vinculadas a um grupo essencial constituído em estruturas ou modos de produção anteriores que passam às formações sociais subseqüentes, na condição de representantes de uma continuidade histórica, mesmo que a fase histórica da qual sejam representantes tenha sido interrompida por mudanças radicais de natureza social ou política (op. cit).

Os intelectuais tradicionais eram vistos por Gramsci como presos a uma formação social superada e as suas pretensões de autonomia, independência e neutralidade resultavam

exatamente do descolamento deste grupo em relação a realidade, condição que os distanciava do jogo econômico e político da sua época, redundando numa prática que se caracterizava pela erudição e pelo alheamento em relação às questões centrais da própria história (Semeraro, 2006).

Por sua vez, o intelectual orgânico desempenha o papel de sistematizador da realidade como forma de elevação da função histórica de uma classe ou grupo social específico e o seu surgimento é decorrente do processo de formação dessa mesma classe ou grupo social. Tem como espaço de intervenção a sociedade civil e o Estado. Os intelectuais orgânicos fazem parte de um organismo vivo e em expansão, o que atesta uma vinculação ao mundo do trabalho, às organizações políticas e culturais mais avançadas que o seu grupo social desenvolve para dirigir a sociedade. Esta condição vincula o intelectual orgânico a um projeto global de sociedade (op.cit.).

Equivaleria afirmar que tradicionalmente os trabalhadores da saúde, na condição de intelectuais tradicionais, estabeleceriam suas relações com o modo de produção hegemônico, na condição de funcionários das superestruturas. Isto é, os profissionais da saúde agiriam como “comissários” do grupo dominante, na terminologia de Gramsci, com distintos graus de organicidade em relação aos dois planos fundamentais da sociedade:

1. a sociedade civil vista como o conjunto de organismos privados e
2. a sociedade política, espaço do exercício da função de hegemonia pelo grupo dominante e de domínio direto que se expressa no Estado e no governo jurídico (Semeraro, 2001).

Entende-se que a atualização das matrizes discursivas do movimento sindical, da Igreja Católica e da esquerda apontada por Sader (1998) ilustram a busca desses intelectuais em torno do seu personagem central, as classes populares, pois a elas estaria reservado o lugar de protagonistas naqueles movimentos em torno das necessidades que faziam parte dos seus cotidianos.

De início, o Movimento Sanitário Brasileiro identificava-se como um ator contra – hegemônico e de pequena inserção institucional, a qual centrava-se nas Universidades, mais especificamente nos Departamentos de Medicina Preventiva; a sua base de sustentação seria constituída por pessoas, grupos, partidos, trabalhadores da saúde, organizações da sociedade civil e intelectuais com tendências variadas dentro do espectro de ação que, à época, poderia ser considerada como de oposição ao Regime. Posteriormente, uma nova estratégia de ação permitiu - lhe assumir um papel central no processo de formulação e implementação das reformas e das Políticas de Saúde a partir de meados da década de 70, expandindo-se para os serviços de saúde e para o INAMPS.

Mas, a tentativa de inclusão da classe trabalhadora como ator nesse espaço não se efetivou e o discurso médico – social e as suas práticas seriam desenvolvidas para os trabalhadores e pelos trabalhadores. Este fato, aliado à tendência de partidização dos seus quadros colocava em questão a legitimidade desse movimento. Além disso, dentre as ambigüidades possíveis no encaminhamento das suas estratégias, transparece a polaridade entre a alternativa representada pela ocupação do espaço da saúde como materialização da ocupação do aparelho de Estado, contraposta à estratégia de cercamento do Estado mediante um exercício permanente e crescente de uma ação pedagógica, intencionalmente direcionada por um projeto de sociedade construído com a classe trabalhadora. A opção pela ocupação do aparelho de Estado, como estratégia de consumação das reformas na saúde certamente definiu a distância entre o Movimento Sanitário e os Movimentos populares.

Este fato confirmaria a condição do Movimento Sanitário Brasileiro como um intelectual engajado e não um intelectual orgânico, na medida em que a sua forma de intervenção focalizada no aparelho de Estado culmina por monopolizar todo o seu potencial mobilizatório, afastando-o das classes populares, implicando o enfraquecimento da direcionalidade da sua ação com vistas a um novo projeto de sociedade.

Portanto, buscando-se discernir as possibilidades de uma ação do trabalhador de saúde, em especial do Agente Comunitário de Saúde, pautada por um novo projeto para a sociedade brasileira, é importante que se apreenda a função do intelectual à luz da crise atual cujo cenário é a complexa situação resultante da articulação de três marcos históricos:

- 1) a derrota do comunismo soviético;
- 2) a expansão do neoliberalismo em termos políticos ideológicos; e
- 3) a difusão da pós-modernidade como movimento cultural.

Esta crise inicia-se nos meados da década de 1970 e marca o gradativo recuo do intelectual nos moldes engajados; impõe uma reformulação nos modos de desempenho das funções do intelectual orgânico e cria as condições para a constituição de um novo corpo de funções coerentes com um novo intelectual na perspectiva do recente contexto neoliberal – pós moderno que se manifesta em nível mundial. Esses intelectuais oscilam entre o recolhimento e o engajamento, o silêncio e a intervenção pública. Esta oscilação resultaria na medida das demandas de autonomia em situação de ameaça ou desrespeito (Soares, 2005).

O intelectual engajado seria um produtor cultural que superou a oposição entre a cultura pura e o engajamento,

[...] pertencendo de um lado a um campo intelectualmente autônomo, independente do poder religioso, político, econômico e outros, respeitando as leis particulares desse campo; de outro lado, precisam manifestar sua perícia e autoridade específicas numa atividade política exterior ao campo particular de sua atividade intelectual. Em outras palavras, são produtores culturais em tempo integral sem se tornarem políticos (Bourdieu, apud Chauí, 2005).

De modo diferente, os intelectuais orgânicos,

[...] estão conectados ao mundo do trabalho, às organizações políticas e culturais mais avançadas que o seu grupo social desenvolve para dirigir a sociedade. Ao fazer parte ativa dessa trama, os intelectuais orgânicos se interligam a um projeto global de sociedade e a um tipo de Estado capaz de operar a “conformação das massas no nível de produção” material e cultural exigido pela classe no poder. Então, são orgânicos os intelectuais que além de especialistas na sua profissão, que os

vincula profundamente ao modo de produção do seu tempo, elaboram uma concepção ético – política que os habilita a exercer funções culturais, educativas e organizativas para assegurar a hegemonia social e o domínio estatal da classe que representa (Semeraro, 2006,p. 377).

Nesse sentido é importante que se considere que, embora sejam evidentes os sinais de que o neoliberalismo fracassou na sua tentativa de revitalização do capitalismo no plano econômico e que por força desse mesmo fracasso as funções do Estado não sofreram todas as reduções propostas por este movimento, no plano das relações sociais é inegável o aumento das desigualdades entre as sociedades.

Admite-se, no entanto,

[...]que desde o início do século passado nenhuma sabedoria convencional conseguiu uma predominância tão abrangente, como o neoliberalismo, hoje, chamando-se a atenção para o fato de que independentemente da resistência e a descrença nas suas receitas, este é um sistema de idéias hegemônico (Anderson 1995 p.22)

Isto significa que a sua abrangência em termos mundiais; atestariam o sucesso do neoliberalismo em termos políticos – ideológicos, significando que em termos imediatos não haveria alternativas a serem contrapostas aos seus princípios, que não fosse a adaptação às suas normas (op.cit.).

Sader (1995), ao analisar os rumos desse movimento na América Latina, reconhece a incapacidade da esquerda em apresentar um projeto contra – hegemônico que articulasse a crise fiscal do Estado com um projeto de socialização do poder, que desarticulasse as bases da sua legitimação expressas principalmente na passividade, despolitização e desagregação social, confirmando o que Oliveira (1995), reconhece como a maior letalidade do movimento neoliberal: a destruição da esperança e a destruição das organizações sindicais, populares e de movimentos sociais.

Na base da incapacidade da esquerda estaria o retraimento dos intelectuais, analisado por Chauí (2005), como conseqüência da perda da autonomia racional. Esta autora refere-se especificamente ao intelectual de tipo engajado, e com base na premissa de que, quando em

silêncio, o artista, o cientista, o técnico, o filósofo e outros especialistas deixam de ser intelectuais, enumera as três causas que considera principais para o silêncio que os vem caracterizando:

[...] O amargo abandono das utopias revolucionárias (...) a rejeição da política (...) e um ceticismo desencantado, sob os efeitos do totalitarismo nos países ditos comunistas. (...) o retraimento do engajamento ou o silêncio dos intelectuais é, aqui, signo de uma ausência mais profunda: a ausência de um pensamento capaz de desvendar e interpretar as contradições que movem o presente. Não se trata de uma recusa de proferir um discurso público e sim da impossibilidade de formulá-lo.

A segunda causa, é o encolhimento do espaço público e o alargamento do espaço privado sob os imperativos da nova forma de acumulação do capital, conhecida como neoliberalismo(...) O recuo da cidadania e a despolitização produzem a substituição do intelectual engajado pela figura do especialista competente, cujo suposto saber lhe confere o poder para, em todas as esferas da vida social, dizer aos demais o que devem pensar, sentir, fazer e esperar. A crítica ao existente é silenciada pela proliferação ideológica dos receituários para viver bem.

A terceira causa é a nova forma de inserção do saber e da tecnologia no modo de produção capitalista: tornaram-se forças produtivas, deixando de ser mero suporte do capital para se converter em agentes de sua acumulação. Conseqüentemente, mudou o modo de inserção dos pensadores e técnicos na sociedade por que se tornaram agentes econômicos diretos, e a força e o poder capitalistas encontram-se, hoje, no monopólio dos conhecimentos e da informação (....) Esse fenômeno não atinge apenas as chamadas ciências duras e as ciências aplicadas, mas também as ciências humanas. Se até há pouco economistas, cientistas sociais, psicólogos entravam nas empresas pela porta do DRH, na condição de assalariados, hoje, são estimulados a se tornar capitalistas, criando empresas de consultoria e de assessoria para grandes empresas e instituições públicas. Até os filósofos se tornaram proprietários de micro-empresas de assessoria ética para as grandes corporações enquanto outros buscam a inserção como “filósofos clínicos” (op. cit. p.)

O declínio do intelectual engajado, nesses termos, fez-se acompanhar do esmaecimento da presença dos intelectuais orgânicos na figura do militante ou do educador

popular e, confirmando Gramsci, à nova época marcada pelo neoliberalismo - pós modernismo, cuja marca é a revolução tecnológica, são impostas novas funções ao intelectual na condição de

[...] gestores, intelectuais céticos e políticos pragmáticos, nos quais a convicção de princípios, a visão de conjunto e a revolução são suplantadas pela incerteza e o pensamento de errância, pelo gosto do particular e o narcisismo privado. Dessa forma, o lugar do intelectual atualizado aos tempos modernos estaria demarcado pelo campo do marketing, da estética e do fantasmagórico cenário da vídeo – esfera.

Depois dos clérigos dogmáticos na era da cristandade e dos cientistas do saber prático no mundo moderno, a maior parte dos intelectuais funcionais à classe dominante da nossa época precisa conformar o conhecimento às exigências dos novos donos do poder. Assim, temos hoje uma legião de intelectuais midiáticos e evanescentes em conformidade com a natureza do capital financeiro, dos fluxos da mercadoria e da informação. Entende-se porque ao capital especulativo, que quer lucrar sem se comprometer com a produção, corresponde o “intelectual ficcional” que discursa sem dizer nada (Semeraro, opus cit. p.383.)

Scorel (1998) questiona se a crescente diversidade de práticas e vertentes no espaço do Movimento Sanitário não o teriam desfigurado como um movimento social, tendo este ficado apenas no registro histórico, concluindo que a sua prática, para além do voluntarismo,

[...] depende das condições políticas, sendo o Movimento Sanitário um espaço virtual de articulação de diversas forças sociais que pode ser socialmente interpelado e reaparecer no cenário. Considera que a recuperação da sua prática transformadora em outros patamares de qualidade é desejável, mas não previsível, na medida de uma série de entraves que se referem ao objeto de luta deste movimento; à sua falta de condução como um todo; à heterogeneidade das vertentes e ao exercício da convivência plural e democrática.(op.cit.p.195)

Neste caso, a investidura na função de intelectual orgânico demandaria ao ACS o exercício da unidade dialética do seu perfil profissional e do seu perfil social, componentes que vinculariam este trabalhador ao modo de produção do seu tempo e ao cotidiano da comunidade com a qual interage. Ou seja, para além das suas funções de técnico / especialista no campo da prevenção, promoção da saúde e do meio ambiente, o ACS se

reconheceria como detentor de funções culturais, educativas e organizativas com vistas ao exercício da hegemonia social e ao domínio estatal por parte do grupo ou da comunidade que representam.

Dessa forma, a ação do ACS se daria pautada por uma concepção de mundo e de homem de natureza ético-política, entendendo-se que a consolidação, permanência e desenvolvimento dessa categoria de trabalhadores estaria direcionada para a construção do SUS, como uma estratégia articulada a um projeto de sociedade. Ou seja, os princípios orientadores da ação seriam de natureza ética, produzidos e consensualizados internamente a essa categoria, como forma de conferir-lhe compacidade e homogeneidade no agir, tendo em vista o plano externo.

A homogeneidade se expressaria na articulação da direção e da intencionalidade no modo de pensar e agir do ACS como resultado do desenvolvimento de uma consciência coletiva no seio dessa categoria, como forma de enfrentamento das diferenças culturais e de contextos. Neste sentido, Gramsci reconhece que a ação de um centro formador é insuficiente, sendo necessário uma ação vigilante no plano singular dessa formação (op.cit.)

Tomando-se as características propostas pelo autor para exemplificar a categoria dos empresários no exercício da função de intelectual, o que se evidencia como condição para uma ação nesse sentido é

[...] a capacidade de organizar a sociedade em geral, em todo o seu complexo organismo de serviços, inclusive no organismo estatal, em vista da necessidade de criar as condições mais favoráveis à expansão da própria classe; ou pelo menos, devem possuir a capacidade de escolher os prepostos, isto é, os empregados especializados, a quem confiar esta atividade organizativa das relações gerais exteriores à fábrica (op.cit.p 125).

As possibilidades nesse sentido representam recursos importantes para a compreensão da função deste novo trabalhador face os grupos sociais com quem interagem nas suas localidades de trabalho, assim como com a equipe de saúde e gestores nas suas relações de

trabalho. No plano teórico, a experiência brasileira focaliza a ação do ACS na educação em saúde, que seria mediada por uma formação humanista e por uma atividade prática com vistas ao desenvolvimento da autonomia e da criatividade dos homens e mulheres no exercício da cidadania e da defesa dos seus direitos à saúde.

Uma prática educativa com essa qualidade supõe a convicção de que todo o homem, pela sua condição humana é um intelectual, significando que estaria posta ao educador em saúde a impossibilidade de separação do

[...] homo-faber do homo sapiens, pois todo o homem, fora de sua profissão, desenvolve uma atividade intelectual qualquer, ou seja, é um filósofo, um artista, um homem de gosto, participa de uma concepção de mundo, possui uma linha consciente de conduta moral, contribui assim para manter ou para modificar uma acepção do mundo, isto é, para promover novas maneira de pensar (Gramsci. 1982. P.8).

O operário ou o proletário no dizer do autor, não se caracterizaria pelo trabalho manual ou intelectual de uma maneira visível ou direta. O que o materializaria como tal seriam as condições de trabalho e as relações sociais delas decorrentes, o que atestaria a inexistência de um trabalho essencialmente físico, uma vez que é um misto resultante da qualificação técnica e de pelo menos um mínimo de uma atividade intelectual. Logo, as características intrínsecas das atividades do ACS que o qualificariam como intelectual estão inscritas no sistema de relações em que essas atividades e a sua categoria se encontram no conjunto geral das relações sociais.

[...] Sua atribuição seria promover a transição de um grupo social nascido e desenvolvido como econômico para a condição de intelectuais políticos qualificados, dirigentes, organizadores de todas as atividades e funções inerentes ao desenvolvimento orgânico de uma sociedade integral, civil e política (Gramsci,1982, p.8).

Em outras palavras, a ação do ACS na condição de intelectual orgânico consistiria em:

[...] elaborar criticamente a atividade intelectual que existe em cada um e em determinado grau de desenvolvimento,

modificando sua relação com o esforço muscular-nervoso no sentido de um novo equilíbrio e conseguindo-se que o próprio esforço muscular-nervoso, enquanto elemento de uma atividade prática geral, que mova continuamente o mundo físico e social, torne-se o fundamento de uma nova e integral concepção de mundo (Gramsci, 1982. P. 8).

Mas, se para o trabalhador da indústria a base do novo intelectual é a educação técnica, entendemos que a formação do ACS como dirigente/educador não poderá prescindir desse componente correspondente ao campo da saúde como condição da sua total imersão na vida prática dos grupos sociais com quem trabalha. A sua passagem da condição de intelectual tradicional para a condição de intelectual orgânico implicaria uma intervenção nas coisas práticas da saúde na condição de construtor, organizador e persuasor permanente, que abandona a eloquência como motor exterior e momentâneo dos afetos e incorpora a técnica-ciência e a concepção humanista histórica. Em outras palavras incorpora a dimensão política à prática técnica até então desenvolvida (op.cit.).

Uma vez conscientizada a necessidade de mudança nas condições de saúde e do desenvolvimento do domínio com essa finalidade, impõe-se a assimilação e a conquista “ideológica” dos intelectuais tradicionais, as quais serão mais eficazes na medida da formação dos seus intelectuais orgânicos. Os esforços e medidas nessa direção supõe, segundo o autor, a “repetição” paciente e sistemática como um princípio metodológico fundamental, que não é mecânico, não é obsessivo, nem de cunho generalista, mas orientado pela adaptação de cada conceito às peculiaridades culturais, como forma de viabilizar a conexão de cada aspecto parcial da realidade com a sua totalidade.

O processo de formação deste formador apresenta assim uma complexidade que não poderá ser despercebida e, certamente, apresentará um quadro de necessidades que demandam bases sólidas para que as vertentes filosóficas estruturadoras da formação deste trabalhador, os contextos loco regionais e outras variáveis sejam levados em conta, uma vez que ação deste trabalhador em termos nacionais deverá apresentar um elemento homogeneizador, que

lhes confira direção pautada pelas reorientações e implementações necessárias ao Sistema Único de Saúde.

Gramsci, na sua experiência como Diretor do Jornal L'Ordine Nuovo e na condição de dirigente do Partido Socialista Italiano, identifica importantes elementos na estruturação de uma prática educativa que é válida para o campo da saúde, lançando luzes sobre pretensões de permanência, transformação e efetividade em relação ao trabalho do ACS. O autor lembra que no trabalho educativo-formativo desenvolvido por um centro homogêneo de cultura, a elaboração de uma consciência crítica não pode ser desenvolvida de modo abstrato, mas sobre a base real das experiências efetivas, orientando o foco da atenção para as relações sociais que dão a base histórica e as premissas para a intervenção.

É no cerne dessas relações que o autor identifica e localiza o senso comum e o bom senso como as expressões mais difundidas das concepções de vida e de homem, valorizando-os como matéria fundamental, ponto de partida para a prática educativa. Neste ponto reitera-se a idéia da repetição como um sinal de otimismo na prática educativa, que se fundamenta na convicção de que

[...] as modificações nos modos de pensar, nas crenças, nas opiniões, não ocorrem mediante explosões rápidas, simultâneas e generalizadas, mas sim, quase sempre através de combinações sucessivas, de acordo com fórmulas de autoridade variadíssimas e incontroláveis. Cada camada social tem seu senso comum e seu bom senso, consistindo num trabalho complexo; que deve ser articulado e graduado; deve haver dedução e indução combinadas; lógica formal e lógica dialética; identificação e distinção; demonstração positiva e destruição do velho (op.cit. p.174).

É importante decifrar, por exemplo, a ambigüidade do discurso sobre a participação e o fortalecimento da sociedade civil, uma vez que este também compõe o sistema de idéias neoliberal, pois

[...] sob a afirmação das liberdades individuais, da autonomia e responsabilidade dos cidadãos com sua própria vida, aí incluídos os cuidados com a saúde, se oculta a proposta de redução das responsabilidades estatais na construção de sociedades mais justas e solidárias (Barata, 1997, p. 15).

Dessa forma, a inversão da estratégia da focalização, que tende ao direcionamento das políticas públicas para determinados grupos de risco, é um imperativo para as práticas de atenção à saúde em termos assistenciais e em termos discursivos, uma vez que o espaço das políticas de saúde vêm se caracterizando pela presença crescente de organizações internacionais e corporações multinacionais, cujos objetivos, entre outros, seria o de pautar a agenda político-social à custa da diminuição da soberania das nações periféricas (Carvalho, 2005).

O aprofundamento permanente das práticas teóricas e ideológicas, portanto, permanece fundamentais em todos os níveis do SUS, como condição para a incorporação e adequação dos modelos e/ou paradigmas externos ao Paradigma da Saúde Coletiva. Nesse sentido, Carvalho (2005) chama a atenção para a maneira acrítica como O Paradigma da Promoção da Saúde vem sendo incorporado nas práticas de atenção à saúde no Brasil. A ausência de crítica, segundo este autor é identificada nas práticas de cunho comportamentalista e funcionalistas, o que sugere que o componente da Promoção da Saúde incorporado ao Paradigma da Saúde Coletiva no Brasil apresentaria uma defasagem, visto que nos países de capitalismo avançado e de origem desse Paradigma, as práticas promocionais já estariam sendo desenvolvidas em outros patamares, coerentes com os seus níveis de desenvolvimento e de relações sociais.

A estratégia de focalização e seletividade da ação pública, segundo este autor, seria reforçado por um outro Paradigma da Economia da Saúde, paradigma emergente que prioriza

[...]o equilíbrio fiscal e as regras de mercado, de modo que os princípios da equidade na saúde estariam subordinados aos princípios da eficácia, efetividade e economia nos gastos públicos (Carvalho, 2005, p.148).

Há que se considerar, portanto:

1. O contexto neoliberal;

2. A indefinição da forma como o Paradigma da Promoção da Saúde é exercitado no âmbito do SUS, se considerarmos o relativo atraso das suas propostas em relação às propostas em encaminhamento nos países onde ele se originou;
3. O paralelismo ou competição como o Paradigma da Saúde Coletiva e a indefinição do território que confira especificidade às práticas de promoção da saúde;
4. A complementaridade que o paradigma da Economia da Saúde vem operando de maneira crescente auxiliado pela sua defesa articulada pelas agências multilaterais de financiamento.

Este autor chama a atenção para uma característica crucial desta fase histórica que é o intensivo e crescente exercício do controle da vida social exercido pelas sociedades hegemônicas, realizada de maneira generalizada. Ou seja, direção que se caracteriza pela indiferenciação entre os espaços de produção e reprodução social entre os quais situam-se a família e os espaços de prestação de serviços (Carvalho, 2005). Neste ponto, o ACS, ainda não revestido da função de intelectual orgânico, estaria investido da função de especialista, valendo recordar que, nesta fase histórica,

[...]O recuo da cidadania e a despolitização produzem a substituição do intelectual engajado pela figura do especialista competente, cujo suposto saber lhe confere o poder para, em todas as esferas da vida social, dizer aos demais o que devem pensar, sentir, fazer e esperar. A crítica ao existente é silenciada pela proliferação ideológica dos receituários para viver bem (Chauí, 2005, p.5)

Portanto, ao ACS no papel de intelectual educador e ao centro formador na sua função homogeneizadora de consciência, caberá levar em consideração que as consciências individuais são, na sua maioria das vezes reflexos de relações civis e culturais antagônicas estruturadas nas suas experiências de aprendizagem cujo o espaço é o espaço das relações sociais.

Nesta perspectiva, tomando-se o conceito de prática social como característico do modo de produção capitalista, que tem como idéia central a socialização do trabalho, é possível identificar os sinais de evolução da organicidade dos profissionais da saúde dentro de um modo de produção dominante, identificando-se, inclusive as principais inflexões na função intelectual destes trabalhadores. Com relação aos intelectuais que atuaram em inúmeras frentes na construção de uma contra-hegemonia nas décadas passadas, ao longo dessa crise percebe-se a transformação dos seus vínculos com o partido, com o aparelho de estado, com as classes populares e com a posse do conhecimento. Esses atores reapareceriam na condição de especialistas em estratégias eleitorais, produtores de imagens, apropriados das tecnologias midiáticas, das artimanhas políticas, e do tráfico de influências. Fundamentalmente, na reentrada dos intelectuais no cenário do neoliberalismo, estes atores apresentam-se como proprietários de um conhecimento e de um tirocínio, que pode até ser articulado em favor dos trabalhadores. No entanto, no contexto do neoliberalismo considera-se que estes componentes, predominantemente na condição de mercadoria, mediante a presença cada vez mais freqüente do intelectual investido da função de consultor. (Semeraro, op.cit; Chauí, op.cit).

Porém, mais uma vez, estes fatos não significam a extinção do intelectual orgânico, mas apresentam a necessidade de uma trajetória no sentido inverso aos caminhos adotados até o momento face a crise, fora do âmbito do econômico, das burocracias e do populismo, e na perspectiva de uma ação na esfera ético – política. Com isto, fica claro que o arrefecimento da ação dos intelectuais orgânicos aos movimentos populares não estaria localizado no avanço tecnológico, mas na forma como se dá a sua incorporação, no domínio que se exerce sobre ela e no uso que dela se faz. A atualização do intelectual orgânico nesse sentido é uma tarefa que se reitera como permanente e necessária com vista a uma

intervenção pedagógica e cultural, de cunho ético – político e em condição de autonomia face à sociedade política e às práticas econômicas.

Esta condição vale para qualquer tentativa nos moldes do extinto Movimento Sanitário Brasileiro ou na insistência na tarefa de constituição do ACS num intelectual orgânico. Não seria um mero acaso a emergência do ACS formalmente revestido das funções de intelectual orgânico numa conjuntura em que o Movimento Sanitário decide deixar de existir e se desincumbe dessas mesmas funções. Independentemente da consciência ou não por parte dos formuladores do PACS, na ausência do Movimento Sanitário e na permanência da desmobilização da população em relação às práticas de saúde, estava posta a necessidade de um ator que retomasse as buscas de estabelecimento dos vínculos com a comunidade em mais uma tentativa de colocá-la na condição de sujeito nesse território.

Ao ACS a função de elo de ligação entre a equipe e a comunidade é sua exclusividade e o seu exercício é solitário, havendo evidências de que o suporte da equipe e do aparelho formador limitam-se às questões de cunho técnico, confirmando o predomínio das ações preventivas e curativas desse profissional. Este fato, ao menos em parte, explicaria a polarização do perfil do ACS em perfil profissional / perfil social e o predomínio daquele sobre este. Além disso, denunciaria a permanência da ausência de um ator externo à instituição, diga-se, a unidade de Saúde, ao sistema local, ao aparelho formador, que aportasse os elementos de cunho crítico e de caráter estratégico indispensáveis para o desempenho dessas atribuições mobilizatórias da comunidade em padrões de qualidade superiores àqueles desenvolvidos na década de 1970, que se qualificava como de cunho restrito, uma vez que não vinculavam a situação de saúde da localidade com as relações sociais no plano mais geral da sociedade.

Em outras palavras, a presença de um ator / intelectual orgânico constituído fora do território estatal é, atualmente, uma necessidade crítica para as transformações necessárias no campo da saúde, orientadas pela equidade e universalidade. O seu distanciamento e crítica

seriam fundamentais no suporte à ação de um profissional da natureza do ACS não só na vivência e explicitação das relações de poder, como na tradução das práticas discursivas em favor das populações locais.

2. O TRABALHO EM SAÚDE: Uma prática educativa intencional

O trabalho de cada componente da equipe de saúde (enfermeiro, médico, agente de saúde, auxiliar de enfermagem, Agente Comunitário de saúde, etc.), visto apenas na sua dimensão visível e imediata, como referimos esgota-se nos limites do corpo, não ultrapassando o espaço do domicílio, da Unidade de Saúde, do consultório ou mesmo do hospital, porque está focalizado na doença. Dessa forma, os seus efeitos ficam artificialmente delimitados por aquelas atividades que envolvem o diagnóstico, a prevenção, a reabilitação, a cura ou morte do paciente.

Mas quando o trabalho da equipe de saúde está referido como uma prática social, expandem-se os seus alcances, visto que seus efeitos já não dizem mais respeito aos corpos individuais como objetos de intervenção, reabilitação ou cura, mas orientados para grupos sociais concretamente identificados numa sociedade específica, na qual o trabalho em saúde adquire função política, econômica, social, ideológica. Isto significa que o trabalho dos profissionais de saúde tende a ser estruturado de modo coerente com as características das sociedades onde elas são realizadas, apontando para a possibilidade do trabalho em saúde reproduzir essa mesma sociedade, assim como as relações sociais que lhes são características (Bourdieu & Passeron, 1975).

Dessa forma, o trabalho do ACS, da mesma forma que o trabalho da equipe de saúde, estaria orientado ao mesmo tempo para o plano singular da relação profissional /cliente e no plano geral para uma situação de saúde característica de uma localidade específica, praticamente orientada para o indivíduo, para a família, para a comunidade e para o meioambiente. Além disso, se para cada componente da equipe de saúde variam as atribuições

nesse universos, a condição de educador e o comprometimento ético-político é o cimento que estrutura o trabalho da Unidade de saúde como um todo.

Uma ação no sentido da articulação entre a condição do sujeito educador comprometido ética e politicamente supõe em cada um desses planos o conhecimento sobre o problema ou sobre a situação de saúde; o exercício da reflexão coletiva sobre as questões que elas apresentam e representam e uma ação direcionada para as suas soluções, pois as práticas profissionais de saúde contêm um saber que lhes é característico, ao qual correspondem habilidades e capacidades próprias, instrumentalizadoras dos grupos sociais no trato dos seus problemas de saúde.

Este saber não é neutro. Também não o é a ação dos profissionais em termos técnicos, pois suas ações apresentam-se carregadas de significado político ideológico consentâneo com o projeto dominante para a sociedade como um todo e, conseqüentemente, para o campo das práticas de saúde. Este fato reforça a idéia de que, para além das situações formais de ensino, os homens aprendem e desenvolvem a consciência mediante as relações que eles estabelecem com o outro e com o meio, o que caracteriza um Processo de Trabalho (Marx e Engels,). Por isso, considera-se que as práticas profissionais em saúde, além dos seus efeitos visíveis e imediatos, passam a constituir um projeto político-pedagógico implícito no conjunto das práticas sociais construtoras de uma sociedade delimitada num espaço e num tempo específico.

As práticas de saúde vistas como portadoras de um projeto político-pedagógico têm uma intencionalidade e, desta forma, estarão estruturando uma consciência de direito a saúde na população, a partir do modo como se opera o acesso dos grupos sociais aos serviços de saúde em termos econômicos, geográficos, culturais e mediado pela relação profissional / equipe / usuário. A partir do modo de acesso; da eficácia da atenção prestada; da qualidade da relação profissional / usuário será possível analisar o modo como as relações sociais características da sociedade, estão estruturadas. Tomando-se como exemplo, uma consulta

médica, de um lado temos o usuário que, após identificar em seu corpo sintomas de fatores limitantes para o desempenho das suas atividades cotidianas, conclui ser portador de um problema de saúde, reconhecendo no profissional de saúde o agente capaz de identificá-lo (o problema), dar encaminhamento e prover as soluções. Do outro lado, nessa relação, estaria o médico na condição de sujeito de uma ação, cujo objeto é o corpo doente do usuário, o qual será transformado num corpo sadio, por meio de uma atividade, em um processo de trabalho cuja realização implica a utilização de meios como conhecimentos, insumos, equipamentos, estruturas físicas, etc. (Almeida, 1989).

Ao afirmar que enquanto prática social, as práticas de saúde orientam-se para grupos sociais concretamente constituídos equivale a dizer que, assim como na educação, esses processos de trabalhos são socialmente estruturados, desenvolvendo e reproduzindo os traços característicos da estrutura social, as suas diferenciações entre classes sociais; as suas exclusões, etc.

Em outras palavras, as práticas profissionais de saúde tendem a reproduzir as relações que os homens estabelecem entre si no processo de produção e reprodução da sociedade que os abriga. Isto significa que além daquelas funções focalizadas na prevenção, promoção, reabilitação e cura, o processo de trabalho em saúde incorpora outras funções características da dinâmica mais geral da sociedade brasileira, as quais, como já foi afirmado, são de cunho político, econômico, ideológico, intelectual, técnico e educativo.

A dimensão política das práticas de saúde diz respeito ao seu potencial disciplinador dos corpos em termos políticos de obediência, quando a sua realização opera-se muito mais por razão ou imposição do Estado do que propriamente por necessidade dos indivíduos ou grupos sociais. A atenção à saúde, operando nos corpos de modo a submetê-los a uma ordem dominante, passa a responder àquelas necessidades de mediação entre os interesses diferenciados em choque na sociedade, quando a atenção à saúde assume o caráter de um recurso mobilizado com vistas ao equilíbrio, solidariedade e controle social (Foucault, 1984).

Logo, o trabalho em saúde constitui uma prática política porque implica a transformação de uma relação de poder em uma nova relação de poder que, apesar de originada no interior do setor saúde, expressa-se no plano geral da sociedade.

O caráter econômico do trabalho em saúde diz respeito a relações de mercado. De um lado aponta para a ação do profissional ou da equipe focalizada na produção e reprodução da força de trabalho. Do outro lado, às próprias relações de trabalho dos profissionais de saúde, no que tange à remuneração, condições materiais e técnicas de trabalho, autonomia, assalariamento, relações intra-equipe, constituindo num processo de produção de serviços freqüentemente condicionado pelo processo de produção dos equipamentos, medicamentos, insumos e pesquisas, que culmina com o direcionamento do modelo de atenção à saúde, bem como da formação dos profissionais do setor. Portanto, a prática do profissional de saúde se constitui numa prática econômica quando ela transforma o padrão de relação dos homens entre si e com o ambiente em um outro padrão de relação. Essas relações caracterizam um processo de trabalho, que produz riquezas ou serviços e, conseqüentemente constrói a sociedade.

O fato de o trabalho em saúde está impregnado dos sinais que caracterizam a sociedade onde é realizado, significa que as práticas de saúde expressam o sistema de idéias dominantes nesta mesma sociedade num dado espaço e tempo, o qual apresenta-se como aceito pela totalidade dos grupos sociais, ainda que em situação de conflito ou de oposição. Ora, se a forma como o trabalho em saúde está estruturado e a qualidade das relações que lhe são características propiciam a emergência de uma “consciência sanitária”, também objeto de transformação, conclui-se que a prática profissional em saúde exerce a sua dimensão ideológica quando ela promove a transformação de uma consciência em uma nova consciência. Por exemplo, quando é capaz de promover entre os grupos sociais a emergência de uma consciência do direito a uma atenção a saúde pautada pela qualidade; pelo acesso universal e pela equidade.

Em síntese, as dimensões técnicas, políticas, econômicas, ideológicas e educativas do trabalho em saúde consolidam a função de intelectual do trabalhador deste setor. Logo, a ação dos profissionais da saúde ultrapassam os limites dos corpos individuais, a exemplo da Estratégia da Saúde da Família, que tem como pressuposto uma atenção de saúde com qualidade, cujo espaço de intervenção é o domicílio.

No caso da equipe de Saúde da Família, ou do Agente Comunitário de Saúde a questão dos corpos individuais como um dos objetos de trabalho do profissional de saúde torna-se complicada, pois não se trata simplesmente de transformar uma “coisa” em uma “nova coisa”. Trata-se do processo de desgaste e reposição biológica referente a um corpo impregnado de significado coletivo, pois o corpo individual é o corpo caracterizado num grupo familiar o qual torna-se concreto no âmbito do grupo social / classe social a que ele pertence e, como tal, constitui um objeto de normatização com finalidades disciplinares (Foucault, 1977).

Um dos supostos dessa relação usuário da rede de serviços / profissional / equipe de saúde familiar seria o reconhecimento, a legitimação por parte do usuário, da capacidade do profissional de saúde na solução do seu problema, o que nos sugere uma relação de troca, na qual ao problema apresentado pelo cliente o médico, o enfermeiro, o ACS responde com atos e procedimentos, articulando as suas habilidades para a solução do mesmo.

Os corpos, objetos do trabalho da equipe de saúde revestem-se de um valor e de um significado como construções de grupos ou classes sociais específicas. Se o cliente for um trabalhador braçal, por exemplo, é possível que para ele, para o seu grupo e para os serviços de saúde, o trabalho da equipe de saúde seja focalizado na recuperação dos corpos como instrumentos de trabalho, força de trabalho, única mercadoria da qual o cliente dispõe para transação no mercado.

Por outro lado, se o usuário pertencer à classe subordinante, as suas buscas em termos de saúde, assim como os recursos médicos poderão estar orientados para a recolocação do

corpo em condições para o desempenho de atividades cotidianas características de um grupo social preocupado em termos estéticos, de ostentação, de hedonismo, ou desempenho de uma atividade características das funções de mando (Foucault, 1997).

Portanto, ao mesmo tempo em que ao profissional da saúde atribui-se a condição de sujeito na relação equipe de saúde / grupos sociais usuários da rede de atenção à saúde, se lhe antepõe um usuário que também reivindica para si a condição de sujeito nessa relação, pois, embora na condição de doente e, apesar de não ter domínio do conhecimento médico, é portador de um saber tão importante quanto o daquele, expresso na forma de senso comum.

No senso comum, o sistema de idéias expresso pelos grupos sociais, inscrevem-se as suas concepções de mundo e de homem, os seus valores, as suas representações sobre o processo de saúde-doença, etc., cujo reconhecimento e consideração por parte da equipe são fatores fundamentais nos processos de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação ou cura. Isto é, impõe-se aqui o diálogo como condição necessária para o trabalho da equipe de saúde, entendendo-se por diálogo uma relação horizontal viabilizadora da comunicação entre homens na condição de sujeitos, que se orienta para a criticidade, e que a relação dialógica supõe a empatia e a identificação entre esses sujeitos, grupos sociais e profissionais de saúde que participam do processo de trabalho em saúde (Freire, 1996).

A partir desses elementos podemos encaminhar algumas questões que explicitem o papel educativo atribuído ao ACS e fora da equipe de Saúde da Família: Quais são os espaços privilegiados da sua prática educativa? Quais são os sujeitos dessas práticas? Qual a abordagem que orienta a sua práticas na perspectiva educativa?

O componente educativo das práticas de saúde não caracteriza um momento específico das práticas de saúde. Ele está presente em toda a extensão e níveis de complexidade do processo de trabalho em saúde. No entanto, é possível que o trabalhador de saúde nem sempre esteja consciente da sua função educadora, pois ela realiza-se nas relações entre

equipe profissional / usuário, materializada na qualidade do acesso à atenção à saúde, que por sua vez diz respeito a sua efetividade na superação do problema de saúde apresentado.

Conforme Illich (1973), muito mais do que nas situações formais de ensino, os indivíduos aprendem nas situações cotidianas que se apresentam a eles como carregadas de significado. Logo, a educação em saúde não constituirá um espaço exterior às práticas de atenção à saúde, estando calcadas, inclusive, no Plano de Saúde como um todo, orientado numa perspectiva estratégica, isto é, carregado de intencionalidade.

Nessas condições o Plano de Saúde e o processo de trabalho orientam-se para a transformação do modelo de atenção à saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, estabelecida a partir dos vínculos de natureza ético – política que se desenvolvem intencionalmente entre os serviços de saúde e os grupos sociais usuários.

Nessa perspectiva, o complexo organizativo da saúde, seja ele constituído de uma simples unidade assistencial, Unidade de Saúde da Família, Centro de Saúde, Posto de Saúde, Hospital, etc., seja o Sistema Local composto por unidades de diferentes complexidades, se apresenta como um núcleo de lutas e de exercício de poder, expresso na interação de distintos sujeitos e atores sociais. Dentre estes citam-se: as autoridades da saúde; os gestores; a equipe profissional; os diversos grupos sociais que configuram a população adscrita.

No contexto da atenção à saúde desenvolvida no âmbito do PACS e do PSF constitui-se na sua essência num processo potencialmente educativo para os gestores as equipes de saúde e para a populações adscritas, oportunizando o estabelecimento de alianças entre esses sujeitos, pactuada mediante a definição das transformações necessárias no campo da saúde. Por isso, esse processo assume um caráter estratégico, na medida em que está implícita a necessidade de acumulação e deslocamento do poder circulante entre esses sujeitos, como forma de criar viabilizar e legitimar o projeto a ser desenvolvido nesse campo (Hamann, 1999). Nessa direção, quais seriam os elementos do processo educativo do PACS de forma de a estruturá-lo como um processo potencialmente educativo?

Os elementos estruturadores das práticas de saúde não serão de cunho generalizante. O saber, os valores, o conhecimento, as habilidades e as capacidades a serem articuladas pela equipe de saúde serão aqueles de caráter específico e necessário em termos políticos para a instrumentalização de grupos sociais com características peculiares, na perspectiva do desenvolvimento da sua autonomia e iniciativa em face a organização dos recursos em saúde, como forma de superação das suas carências manifestas nas condições de vida e de saúde (Valla, 1993).

O trabalho em saúde materializa-se então como um espaço de produção e reprodução da sociedade, processo em que os homens também constroem a si mesmos. Logo, no que se refere a implementação de uma rede de atenção à saúde da família, está suposto um redirecionamento das práticas profissionais nos seus aspectos abstratos e materiais, que possibilitem relações propícias à emergência de uma nova consciência sanitária, mediante a qual os grupos sociais tornem - se capacitados e munidos de poder para garantir a superação das suas condições de saúde e de vida.

Desta forma, uma nova consciência sanitária implicará por parte desses grupos a transição da condição de sujeitos individuais para sujeitos coletivos, na condição de grupos sociais e atores sociais pelo desenvolvimento de identidades e interesses comuns, no processo de trabalho. Em outras palavras,

[...] é na busca de um espaço na sociedade, que os sujeitos sociais coletivos transformam-se em atores sociais como resultado da participação e das relações de poder, quando a ação assumiria um cunho estratégico com vistas à problematização das relações sociais, à reivindicação de espaços de poder e à transformação social, configurando uma ação com direção e finalidades políticas. Logo, a eficácia de uma agir transformador nesse sentido, do qual a educação é uma das dimensão, está condicionado pela coerência entre os propósitos de governo, o método de planejamento e a organização (Testa, 1995, p.75).

Ao situarmos os profissionais da saúde como sujeito coletivo, supõe-se que o Projeto político-pedagógico do qual emanam as práticas profissionais esteja orientado para a sua

construção enquanto equipe. Como tal esses trabalhadores adquirirão existência na relação como clientela portadora de necessidade, que aponta para a instituição de saúde como espaço de trabalho por meio de práticas educativas que contemplem:

1. a explicitação da intencionalidade das práticas de saúde como articuladas com um projeto de sociedade profissionais em saúde, como consequência de alianças estabelecidas entre equipe, gestores e grupos sociais usuários da rede de serviços;
2. a construção e defesa do valor da saúde como um direito, acompanhado da consciência do caráter permanente e contínuo da sua construção.
3. a análise e transformação permanente das relações estabelecidas entre grupos sociais usuários / equipe de saúde / gestores: as condições de trabalho;
4. as relações de trabalho que caracterizam a unidade de saúde como um lugar de produção de serviços;
5. o conhecimento do perfil epidemiológico e a explicitação dos determinantes do processo de saúde-doença da comunidade;
6. as habilidades e competências necessárias para o diagnóstico, a terapêutica e o desenvolvimento do comprometimento de cunho ético-político entre a equipe de saúde e a comunidade;
7. a construção de instrumentos epidemiológicos eficazes e acessíveis a equipe como um todo e a população, na perspectiva da vigilância à saúde;
8. métodos de pesquisas eficazes e acessíveis a equipe como um todo e à população, como forma de construção de um conhecimento que instrumentalize as mudanças necessárias em nível local do sistema de saúde;
9. a identificação e articulação intersetorial dos recursos disponíveis no município ou na localidade;

A função educativa do trabalhador em saúde é algo que será sempre objeto de redimensionamento, pois ele é inerente à sua prática profissional em saúde em contextos

específicos. Do lado da clientela é importante que se entenda por processo educativo um movimento que ultrapassa a versão comportamentalista de desenvolvimento de hábitos saudáveis de vida.

Uma prática educativa intencionalmente orientada para a transformação das condições de saúde de uma comunidade nega a didatização e a assimetria ditada pelo binômio educador / educando, como relação sujeito objeto de uma ação. Essa prática pois impõe um agir comunicativo, que supõe a interação entre dois sujeitos, tendo o diálogo como movimento mediador no confronto entre mundos socialmente distintos. Nesse diálogo a importância dos conhecimentos e saberes da equipe profissional, assim como os conhecimentos e saberes populares serão valorizados na mesma medida na construção de um terceiro conhecimento que não é apenas a soma dos dois, mas resultado da desconstrução e reconstrução de aspectos técnicos, materiais e imateriais das práticas de saúde, com vistas a eficácia das lutas políticas pela reorientação do modelo de atenção à saúde (Habermas, 1984).

Em síntese, os sujeitos da educação em saúde constroem-se na aliança da equipe de saúde, gestores e grupos sociais. As práticas de saúde, uma vez assumida as suas dimensões educativas, terão como objetivo o desenvolvimento de uma consciência social em saúde, desvelando um cunho predominantemente político e assumindo um caráter estratégico, na medida em que está articulado ao Plano de Saúde. Ela visa à mudança e tem como categoria fundamental no processo de capacitação o poder em suas versões política, administrativa e técnica.

O objetivo desta prática de saúde está focalizado na emergência de uma consciência social em saúde e a prática educativa está ancorada na explicitação dos determinantes dos processos de desgaste e reprodução biológica característico de uma localidade, onde grupos sociais específicos, construirão, em seu favor o perfil epidemiológico respectivo, traduzido no seu padrão de adoecimento, vida e morte, relacionado com as condições materiais de vida

e com as relações sociais (relações sociais de produção) desenvolvidas com outros grupos no espaço geral da sociedade (Laurell,1982).

A construção do perfil epidemiológico, pela a explicitação dos determinantes do processo social de saúde - doença, configura neste caso, como o princípio orientador da prática educativa em saúde: a persuasão política sobre a necessidade de mudanças nas condições de saúde e de vida, que em termos imediatos apontam para a necessidade de reorientação das práticas assistenciais em saúde.

3. O PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO NA FORMAÇÃO DO ACS

O Projeto Político – pedagógico é compreendido na perspectiva de Romão e Gadotti (1994; 42) como “...um situar-se num horizonte de possibilidades na caminhada, no cotidiano, imprimindo uma direção”. A direção tem como pressuposto as respostas às questões do tipo: que educação se quer?; que tipo de cidadão se deseja?; para que projeto de sociedade?. Nesta perspectiva, ao imprimir uma direção passa-se pela definição de princípios e estratégias concretas.

Na perspectiva deste estudo, a educação em saúde é um atributo de todo e qualquer profissional de saúde e, no caso do PACS / PSF, um dos espaços do desenvolvimento dessa prática é aquele demarcado pelas relações que se estabelecem no cotidiano entre os usuários, a equipe de saúde e os gestores, seja na unidade de saúde, no interior do domicílio ou na comunidade. Além disso, os traços dessa prática educativa estão inscritos no próprio modo de estruturação e funcionamento das unidades ou dos sistemas locais de saúde. O Projeto Político-Pedagógico, PPP, visto como o instrumento norteador que orienta a ação específica do ACS como um processo dinâmico e integrado justifica-se pelo fato de o objeto de análise deste estudo ser a sua prática educativa, a qual é definida como o seu principal atributo, restrito ao nível de atenção básica de saúde. A comunidade, a unidade de saúde e os outros profissionais da equipe de saúde constituem os elementos que interagem, neste caso, como

locus de concepção, realização e avaliação para dar consecução do seu projeto educativo em saúde.

Segundo Santiago (1996) a construção de um PPP supõe um longo processo de problematização sobre a realidade que se pretende transformar. De natureza teórico - prática, os movimentos de reflexão-ação com essa finalidade operam-se articuladamente em torno dos propósitos que os seus formuladores estabeleceram para as mudanças, cujos parâmetros são de cunho político e administrativo. A dimensão política, neste caso, expressa-se nas motivações que mobilizaram os formuladores do PACS com vistas à promoção de mudanças na situação de saúde da população brasileira; a dimensão administrativa expressa-se naqueles aspectos viabilizadores do projeto do PACS e da ação do ACS, que se referem às mudanças curriculares, metodológicas e administrativas que processualmente deverão ocorrer na Unidade de Saúde e na ação deste trabalhador.

No caso do ACS a formulação do PPP torna-se ainda mais complexa, considerando-se que a sua construção opera-se no movimento de definição de um novo profissional mediante a combinação de distintas experiências nem sempre coincidentes nos seus aspectos conceituais e práticos. O trabalho de engenharia da formulação oficial deste novo trabalhador analisado por inúmeros autores (Sousa, 2001; Silva, 2002; Nogueira et alli 2000) evidenciam que a definição do PPP desse profissional implicou respostas imediatas a pré-condições que ainda não estavam postas como é o caso da sua identidade profissional; vinculação trabalhista; remuneração; recrutamento; seleção; atribuições; formação e capacitação; missão social; e fiscalização do exercício profissional.

A prática educativa do ACS inscreve-se na ordem das mudanças institucionais no campo da saúde que expressam um nível de necessidades que são compartilhadas pelo ACS e a sua comunidade, pelo processo de trabalho. Logo, o projeto político-pedagógico que

orienta a ação do ACS será visto como estruturado por dois eixos básicos, reciprocamente determinados:

1. a intencionalidade política que articula a ação educativa a um projeto histórico, definindo fins e objetivos para a ação do ACS;
2. o marco conceitual que estabelece a concepção de conhecimento e a teoria de aprendizagem que orientarão as práticas educativas, conferindo coerência interna à proposta de trabalho e articulando prática e teoria.

Desta forma, para a apreensão do PPP que orienta a prática educativa do ACS, será necessário uma analogia entre o discurso pedagógico e o discurso médico, entendendo-se que um PP deverá reestruturar a Unidade de Saúde e a comunidade em articulações coerentes, imprimindo-lhe uma unidade interna que se expresse:

1. no modo de conceber, organizar e desenvolver o currículo;
2. nas formas de orientar o processo metodológico de condução da prática educativa em saúde; e
3. nas relações amplas e complexas do cotidiano da comunidade responsáveis pelas aprendizagens mais significativas, uma vez que consolidam valores e desenvolvem culturas (Santiago, 1996).

Visto como a própria organização do trabalho pedagógico do ACS, a construção do PPP implica, em síntese, a integração das diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira, incorporadas na formulação e implementação do SUS: universalidade, equidade, integralidade e controle social.

Neste sentido, a organização do trabalho pedagógico é entendida como a matriz das transformações na atenção básica à saúde que tem como objeto uma nova organização nas

práticas de saúde, reduzindo os efeitos da divisão do trabalho em termos da fragmentação e controle hierárquico vigente até então nas equipes de saúde, além

[...]de melhorar através do ACS a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhes informações e conhecimentos, além de proporcionar a ligação entre a comunidade e os serviços locais de saúde (Brasil, 1991).

Ademais, o PPP é um instrumento de luta, uma vez que a dominação exercida no interior da equipe de saúde opera-se mediante relações de poder, expressas nas práticas conservadoras e autoritárias em posição de hierarquia, e nas formas de controle gestadas no interior das instituições de saúde.

Nessa perspectiva, a direcionalidade e o marco teórico sobre a prática pedagógica do ACS, eixos estruturantes do PPP, de acordo com Veiga (1996), poderiam ser operacionalizadas com base em sete elementos: a finalidade organizacional do PACS; a estrutura organizacional; o currículo de formação do ACS; o tempo da prática educativa desenvolvida pelo ACS; o processo de decisão; as relações de trabalho e a avaliação. Porém, com vistas aos objetivos propostos para o presente trabalho, a análise do PPP formalmente definido para a formação do ACS será analisada com base em três unidades:

1. a intencionalidade;
2. o marco teórico sobre a prática educativa;
3. o PPP praticado com base no cotidiano compartilhado pelo ACS e a comunidade, enfatizando-se a caracterização da prática educativa desenvolvida por este profissional.

A reconstituição do marco conceitual sobre a prática educativa em saúde será feita de modo a salientar a sua dinâmica, coerentemente com a evolução permanente do PPP. Nesse sentido, os dados empíricos sobre esse componente serão organizados cronologicamente de

modo a evidenciar a prática teórica em torno da produção conceitual sobre conhecimento e teorias da aprendizagem.

O marco inicial desse período é a implantação do PACS, ano de 1991, ocasião em que são publicados pelo Ministério da Saúde o Manual do PACS, juntamente com o Roteiro de Atividades para o Curso de Formação do ACS, destinado aos Coordenadores Municipais de Saúde. O marco final é sinalizado pela formalização e publicação do Perfil de competências profissionais do ACS pelo MS e do Referencial Curricular para o Curso Técnico do ACS, mediante Parceria MS/MEC, ano de 2004. Este fato ilustra a decisão em torno da profissionalização do ACS e da sua correspondente formação técnica.

A internalização e exercício das habilidades e competências constituintes do perfil do ACS, desde a implantação do PACS, foram supostas como orientadas por três dimensões do saber:

1. saber ser;
2. o saber conhecer;
3. o saber fazer.

O saber ser é visto como uma dimensão do conhecimento referente ao desenvolvimento de atitudes e valores diante da situação de saúde a ser transformada. Refere-se ao núcleo da “produção de si” no movimento dialético de constituição do ACS como um novo sujeito, mediante o processo de trabalho, mais especificamente, nas suas relações com o usuário, com a equipe e com os gestores. Nesse movimento, ao mesmo tempo em que se produz, produz o outro e é produzido pelo outro. Considerada transversal a todas as competências, expressa-se pela capacidade de crítica, ética, reflexão e mudança ativa em si mesmo e nas suas práticas (Brasil, 2004).

O saber fazer aponta para o conjunto de ações e procedimentos que este profissional desenvolve nas atividades do seu cotidiano, sempre referentes aos supostos no seu perfil social e no seu perfil profissional. A dimensão do saber conhecer está relacionado ao desenvolvimento da capacidade de apropriação e sistematização da realidade, por parte do ACS, em favor da comunidade.

O Roteiro de Formação de Agentes Comunitários (1991), elaborado por ocasião de implantação do PACS em nível nacional define a concepção de ensino e o desenho da estrutura para as atividades de treinamento. A concepção de conhecimento e teoria de aprendizagem explicita-se nesse texto a partir da idéia do ensino e da aprendizagem como atividades indissociáveis em que a consecução de uma delas implica a realização da outra, devendo constituir processos dinâmicos, participativos, criativos e críticos. Chama a atenção para a dimensão histórica da prática educativa; para o seu dinamismo, isto é, para a sua condição de processo, cujo ritmo é definido pela dinâmica da sociedade, podendo as mudanças e as transformações no modo de ensinar ocorrer tanto nas ações educativas propriamente ditas e suas respectivas intencionalidades, como nos métodos utilizados.

[...] Ensinar é uma atividade que é transmitida de uma geração a outra. Ou seja, ninguém nasce sabendo ensinar! As pessoas aprendem a ensinar através das relações que estabelecem com as outras pessoas. O professor na sua atividade dialógica de trazer para seus alunos conhecimentos e experiências acumulados pela humanidade e de ir modificando-os com eles, de acordo com suas realidades e necessidades, está fazendo uma ponte entre o passado e o futuro. Assim eles vão fazendo uma nova história ancorada sempre na história que já foi feita. Ensinar é, ao mesmo tempo, modificar a história e dispor as condições para que, no futuro, ela continue a ser mudada. Aprender e apropriar-se do passado e modificá-lo. É colocando o ensinar e o aprender juntos que podemos, no presente, ligar o passado e o futuro. (op. cit. p. 07)

Nesses termos para a estruturação do treinamento inicial foram adotados os seguintes pressupostos:

1. O papel ativo do Coordenador Municipal de Saúde e do ACS, na condição de produtores do conhecimento;
2. A avaliação da aprendizagem do ACS como forma de implementar reajustes na forma de ensinar;
3. A possibilidade de avanços em relação ao conteúdo do treinamento, possibilitando aos Coordenadores Municipais e aos ACS a ampliação dos seus conhecimentos e a adequação do próprio material de treinamento;
4. A necessidade da conscientização do Coordenador e dos ACS em relação ao seus papéis transformadores, oportunizando-se reflexões sobre a prática, incentivando observações, análises e questionamento da realidade a ser transformada;
5. A necessidade de uma estrutura flexível para o treinamento, de modo a possibilitar a sua adequação às condições do grupo de participantes do treinamento.

A relação entre o Coordenador e os ACS em situação de treinamento, também, foi enfatizada, recomendando-se algumas atitudes nesse sentido:

1. Desencadear as atividades de treinamento a partir do conhecimento e das vivências das pessoal, com vistas à sua ampliação;
2. Respeitar as idéias, os conhecimentos, os sentimentos das pessoas;
3. Incentivar o diálogo, a troca de experiência, a crítica construtiva;
4. Estimular as pessoas para a observação, análise e discussão sobre os problemas da comunidade, como forma de buscas de soluções para os mesmos.

A formação inicial, conforme o previsto no Roteiro de Atividades, de uso dos Coordenadores Municipais de Saúde, destinava-se a grupos constituídos por mulheres e homens com idade superior a 18 anos, alfabetizados e residentes, no mínimo, há dois anos na

localidade em que prestariam serviços. Desde então, o processo de trabalho foi considerado como fator estruturante da organização da educação profissional do ACS. As capacitações eram realizadas nos serviços e na comunidade, seguidas de reciclagens periódicas e supervisões sistemáticas. Estavam a cargo, preferentemente de um enfermeiro ou de um sanitarista, ao qual cabia, também, o acompanhamento, a avaliação, a análise, consolidação e divulgação dos dados específicos do Programa.

A carga horária de 480 horas distribuídas em 60 dias, sendo 80 horas destinadas à teorização e 400 horas destinadas a intervenção nos serviços e na comunidade. A integração ensino/serviço era entendida como o método pedagógico adotado (Brasil, 1991).

A formação do ACS obedecia aos mesmos parâmetros metodológicos adotados na capacitação dos Coordenadores Municipais e Saúde e dos Instrutores Supervisores Municipais. De início essas atividades contavam com a participação dos Coordenadores Estaduais e técnicos de Estados onde já existiam experiências com o ACS.

Apesar da singularidade do ACS face aos demais profissionais de Saúde já estar evidenciada, previa-se que após a sua capacitação para o desenvolvimento das ações básicas de saúde, mobilização comunitária e educação em saúde, o passo seguinte seria a sua habilitação como Agente Auxiliar de Enfermagem Comunitária. Além disso, estabeleceu-se a garantia da escolaridade deste profissional em nível de primeiro grau paralelamente à formação profissionalizante, conforme estabelece o Conselho Federal de Educação, Lei 7.498, de 250686, que regulamenta o exercício da enfermagem.

Estruturado em módulos, este processo de formação permitia o permanente ajuste de conteúdos e de metodologia, ao ritmo das necessidades que se apresentavam em cada localidade. O Módulo 1 foi estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo, que teve por tema O Agente Comunitário de Saúde: Um agente de Mudança, foi subdividido em quatro

partes: 1) saúde; 2) saúde e vida comunitária; 3) atividades do ACS; 4) a importância do trabalho do ACS.

Para a primeira parte, que tinha por tema “Saúde”, o objetivo proposto para o ACS era aprender a conceituar saúde com vistas à análise das condições de saúde da sua comunidade. Os supostos da aprendizagem era a apreensão do que é saúde; e as condições de vida que promovem ou deixam de promover a saúde.

Na segunda parte o tema versava sobre “*Saúde e Vida Comunitária*”, e os participantes deveriam aprender a conceituar vida comunitária, visando ao estabelecimento da relação entre vida comunitária e a promoção da saúde. Os supostos para estes objetivos eram saber o que é vida comunitária; e como as pessoas, na vida comunitária, podem se organizar para promover a saúde de todos.

A terceira parte versava sobre “As atividades do ACS”. Tinha por objetivos a descrição das suas atividades e a análise do modo como elas ajudam as pessoas de sua comunidade na promoção da saúde. Para tanto, o ACS deveria saber quem é o ACS; quais são suas principais atividades; porque essas atividades ajudam a promover a saúde comunitária.

O Capítulo 2 tinha por tema “O Agente Comunitário de Saúde Mobilizando a Comunidade”. O seu objetivo era conceituar mobilização comunitária, identificando os seus determinantes e características básicas.

O Capítulo 3 referia-se ao “Agente Comunitário de Saúde conhecendo a comunidade”. Seu objetivo era capacitar o ACS para obter, registrar e organizar informações sobre a situação de saúde na sua comunidade.

A formulação dos objetivos era seguida pela definição dos procedimentos de ensino e da forma de avaliação. Os objetivos de ensino eram concebidos como:

[...] aquilo que se quer que o participante aprenda a fazer e para quê. Ou seja, é a especificação da ação do participante e a sua finalidade (Brasil, 1991, p. 6).

Sobre os procedimentos de ensino eram encaminhados materiais didáticos distintos para os ACS e para os Coordenadores Municipais de Saúde, acompanhados de questões geradoras e de sugestões de dinâmicas que viabilizassem o trabalho em grupo e o diálogo como condição para a apreensão da realidade das comunidades, salientando-se que:

[...] Cada objetivo de ensino requer procedimentos específicos, isto é, cada ação que se quer formar no participante requer tarefas específicas e modos específicos de realizar estas tarefas. Portanto, os procedimentos de ensino são escolhidos de modo a permitirem que os participantes aprendam as ações que foram definidas. (op. cit., p. 06).

A avaliação era focalizada nos recursos utilizados nas atividades de ensino, buscando-se verificar se aqueles permitiram a consecução dos objetivos propostos. Recomendava-se, portanto que essas atividades se constituísse em mais uma oportunidade agradável de aprendizagem mediante questões geradoras trabalhadas individualmente e em grupo.

[...] Quando ensinamos, precisamos saber se os procedimentos específicos, isto é, cada ação que se quer formar no participante requer tarefas específicas e modos específicos de realizar estas tarefas. Portanto, os procedimentos de ensino são escolhidos de modo a permitirem que os participantes aprendam as ações que foram definidas. (op. cit. p.09).

É importante observar que, nesse momento, a formulação dos objetivos, procedimentos de ensino e avaliação apresentavam sinais da reiteração da especificidade do trabalho do ACS ao mesmo tempo em que se afirmava textualmente a sua inclusão na categoria de enfermagem.

[...]Os Agentes Comunitários de Saúde, oferecendo à população procedimentos simplificados de ações de saúde, e voltados principalmente para práticas de medicina preventiva, contribuirão significativamente para diminuição da morbimortalidade dos seres humanos deste Brasil.

Torna-se evidente o potencial e possibilidades destes profissionais para dar uma importante e decisiva contribuição para o Sistema Único de Saúde.

É importante notar, que os Agentes Comunitários de Saúde não substituirão nenhum profissional da área médica, mas sim, ocuparão um espaço específico no Sistema de Saúde Vigente (op.cit p.09).

O Módulo 2 tinha como tema “A saúde da Mulher e da Criança”, o qual foi considerado como dispensável enquanto objeto de análise, uma vez que o Módulo 1 foi suficiente para evidenciar os aspectos conceituais da construção do PPP, nessa fase.

O Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (Brasil, 2004), publicado em 2004, resulta de uma acumulação importante no processo de constituição desse profissional e tem como propósito referenciar o aparelho formador na organização dos cursos técnicos de formação do ACS, subsidiando-o na elaboração de planos dos mesmos Cursos e de currículos específicos. Dentre as inflexões que contribuíram para a sua elaboração identificam-se:

1. a expansão em nível nacional do PACS / PSF, que estendeu a sua cobertura para 97 milhões de pessoas domiciliadas em 5.193 municípios brasileiros;
2. a capilarização do PACS em todo território nacional por meio da ação de 191.000 ACS distribuídos em todo o território nacional;
3. a mobilização dos ACS, em todo o território nacional, em torno do reconhecimento legal da profissão;
4. a Portaria GM / MS 1886, de 18/06/97, que fixa as atribuições do ACS;

5. o Decreto 3189, de 04/10/99 que fixa as diretrizes para o exercício profissional do ACS, colocando as ações desse profissional entre aquelas consideradas como de relevância pública;
6. a Lei no. 10.507, de 10/07/2002 que cria a profissão do ACS, oportunizando avanços nas discussões em torno da regulação da sua formação em termos de elevação da sua escolaridade e do perfil de desempenho profissional.
7. a definição do perfil de competências profissionais do ACS, mediante consulta pública e debates entre grupos de especialistas e trabalhadores, durante o período de 31 de outubro a 31 de dezembro de 2003.

Outros aspectos fundamentais, além daqueles de natureza legal ou regulatória da profissão que influenciaram nesse processo, dizem respeito a:

[...] A diversidade de aspectos relacionados à prática profissional do ACS, considerando suas especificidades quanto às diferentes unidades de organização do cuidado em saúde, às formas de inserção e organização do trabalho, ao atendimento das demandas individuais e coletivas e, ainda, às diferenças regionais, políticas e econômicas.

A valorização da singularidade profissional do ACS como um trabalhador no campo de interface intersectorial da saúde, assistência social, educação e meioambiente.

A necessidade de promover a qualificação profissional mediante processo sistemático de formação vinculado às escolas técnicas de saúde, assegurando acesso ao aproveitamento de estudos, formação em itinerário e obtenção de certificado profissional com validade nacional (Brasil, 2005, p. 51).

No documento enfatizam-se aspectos considerados importantes para a elaboração do Projeto Político - pedagógico de formação e desenvolvimento baseados em conhecimentos, atitudes, habilidades que gerem críticas, reflexão, compromisso e sensibilidade, segundo as competência esperadas deste trabalhador.

O exercício da profissão é definido como exclusivo do âmbito do SUS, sob a supervisão do gestor local do SUS. Nas suas competências foi incorporado o conceito de “competência profissional” no qual articula-se educação e trabalho, formação e desenvolvimento institucional, aprendizagem e resolutividade da rede de atenção à saúde. A competência profissional incorpora, também, a noção de trabalho como um conjunto de acontecimentos que supõem imprevisibilidade e baixa margem de prescrição, de modo que a capacitação profissional corresponde:

[...] À capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades. (Zarifian, 1990, apud op.cit. p.53).

É reconhecida ainda neste documento a necessidade de transformações nos modos de organização e formação dos trabalhadores da saúde face às atuais necessidades do SUS, apontando-se para uma aprendizagem significativa como forma do desenvolvimento da capacidade de uma intervenção crítica e criativa no campo da saúde. No reconhecimento das necessidades de transformação no modo de aprender do ACS diante de novas necessidades no processo de implementação do SUS, está implícita uma permanente reconceptualização do ACS e dimensionamento do seu trabalho, que parte do reconhecimento da sua capacidade de:

1. perceber a utilidade e o impacto das suas ações;
2. compreender a materialidade histórica dos grupos sociais com que trabalha;
3. Conhecer as necessidades e os modos de viver da comunidade;
4. compreender a relevância da interação entre a equipe de saúde e a comunidade.

Nesse sentido, nas bases das competências profissionais estabelecidas para o ACS está suposta a iniciativa, a responsabilidade, a autonomia, a inteligência prática, a

coordenação com outros atores; as situações e acontecimentos próprios de um campo profissional. A partir destes supostos, a ação desse profissional atualizaria os seus sentidos, face as necessidades de saúde da comunidade:

[...]iniciativa: capacidade de iniciar uma ação por conta própria;

responsabilidade: capacidade de responder pelas ações sob sua própria iniciativa e sob iniciativa de pessoas envolvidas nessas ações;

autonomia; capacidade de aprender, formular, argumentar, defender, criticar, concluir e antecipar, mesmo quando não se tem poder para, sozinho, mudar uma realidade ou normas já estabelecidas. Pressupõe que a organização do trabalho admita que as ações profissionais transcendam as prescrições; porém, não é sinônimo de independência e sim de interdependência, entendida como responsabilidade e reciprocidade;

inteligência prática: capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, colocando-os em ação para enfrentar situações do processo de trabalho. Envolve tanto a dimensão cognitiva (saber), como compreensiva (relacionar o conhecimento com o contexto), por isso utilizam os termos articular e mobilizar em vez de aplicar;

coordenar-se com outros atores: capacidade e disponibilidade de estabelecer movimentos de solidariedade e de compartilhamento de situações e acontecimentos do trabalho, assumindo co-responsabilidades e fazendo apelo ético às competências dos outros.

situações e acontecimentos próprios de um campo profissional: conjunto de eventos que demandam responsabilidades de trabalho e as maneiras singulares de apreender cada situação, de se situar em relação a elas e de determinar suas conseqüentes ações. Nesse sentido, ultrapassa a noção de recursos humanos e de postos normativos de trabalho.(op. cit. p. 53).

As atribuições do ACS estabelecidas por meio da Portaria GM / MS 1.886 e da fixação das diretrizes para o exercício das suas atividades pelo Decreto Federal 3.189, no entendimento dos formuladores do PACS, abrem-se possibilidades de proposições

qualitativas no sentido das ações desse trabalhador, na medida em que se delineia um perfil profissional focalizado na promoção da saúde. A promoção da saúde, neste caso, estaria viabilizada pela prevenção de doenças, pelas práticas de promoção da vida e da cidadania; pela orientação de indivíduos, grupos e populações, com características de educação popular em saúde e acompanhamento de famílias (op.cit. 2004) .

Conforme informações do Sistema de informação de atenção básica (2003), em março de 2003 aproximadamente 60% dos ACS possuía formação em nível médio completa ou incompleta; 18% possuía nível de formação fundamental completo e 22% estavam por concluir este mesmo nível de formação. Todos, no entanto, já haviam passado por algum processo de formação. Essa situação, acrescida dos avanços na consolidação dessa categoria profissional já evidenciados; na regulação do seu exercício profissional e nos encaminhamentos mais recentes do Ministério da Saúde com vistas à formação do pessoal da saúde foram argumentos suficientes para sustentar a formação do ACS como técnico em nível médio.

As competências definidoras do perfil do ACS, na condição de técnico, estão distribuídas nos três âmbitos de ação já referidos: a mobilização social, a integração entre a população e as equipes de saúde e do planejamento das ações; a promoção da saúde e a prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes; a promoção, a prevenção e o monitoramento das situações de risco.

A estrutura do currículo de formação deste técnico é proposta como um itinerário de formação, de modo a responder às especificidades referentes ao processo de trabalho e à formação desses trabalhadores, ou seja, contemplando a diversidade de aspectos relacionados à prática profissional, considerando as especificidades quanto às diferentes unidades de organização do cuidado em saúde, às formas de inserção e organização do trabalho, ao

atendimento das demandas individuais e coletivas e, ainda, às diferenças regionais, sociais, políticas e econômicas.

A avaliação é proposta como um componente do processo de aprendizagem, revestindo-se de funções formativas. Na formação do ACS seria valorizada a sua capacidade de auto - avaliação, oportunidade em que ele estará fornecendo subsídios para sua própria formação e para reformulações necessárias no currículo, o que demanda a utilização de instrumentos adequados às realidades vivenciadas por este trabalhador. Nesse sentido recomenda-se que os critérios adotados para a avaliação sejam suficientemente flexíveis como forma de possibilitar as mudanças necessárias no processo de aprendizagem, garantindo:

1. que a avaliação seja realizada de maneira contínua e acumulativa;
2. a conjugação de técnicas e instrumentos diversificados na perspectiva formativa da avaliação;
3. a coerência entre técnicas, instrumentos, critérios adotados e a natureza das competências a serem avaliadas;
4. a clareza e explicitação de modo a garantir observações e julgamento por parte dos ACS;
5. a definição das formas de análise e interpretação do alcance das competências;
6. a oferta de apoio e reforço aos ACS que manifestarem dificuldades de aprendizagem;
7. a valorização das experiências e conhecimentos prévios do ACS.

Estes critérios assumidos como pressupostos na proposta formal de formação do ACS apontam para uma prática educativa com participação dialógica entre educando e educador,

possibilitando a relação entre os vários elementos do processo ensino e aprendizagem de forma que todos possam ensinar e aprender. Segundo Freire (Padilha, 2002; p.15)

[...] todo planejamento educacional, para qualquer sociedade, tem de responder às marcas e aos valores dessa sociedade. Só assim é que pode funcionar o processo educativo, ora como força estabilizadora, ora como fator de mudança (Freire, apud Padilha 2002; p. 15).

Nesse sentido, a potencialidade do ACS no apoio e na promoção da autonomia da comunidade, como expressão de uma existência cidadã, reafirma a necessidade de uma ação planejada e intencionada, que envolva a equipe de saúde como um todo, sem perder de vista a necessidade do exercício da unidade dialética das funções ditas profissionais e das funções denominadas como sociais propostas para o ACS.

4. O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE E AS SUAS IMPLICAÇÕES NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS DO ACS

As possibilidades de ser do ACS na condição de educador são aqui delimitadas no âmbito do PACS / PSF, de modo que este profissional figura como um produto exclusivo e acabado enquanto categoria profissional desses dois Programas. Embora a formação histórica desse trabalhador anteceda em muito a formulação do PACS / PSF, a finalização da sua modelagem opera-se na definição do PSF como uma das estratégias de resistência ao movimento neo-liberal formuladas no campo da saúde. Atualmente o PSF coloca-se como a alternativa predominante como modelo estruturador da Atenção Básica de Saúde.

As primeiras manifestações dos sinais do Modelo de Atenção à Saúde da Família manifestam-se na década de 1970 como uma das alternativas para o enfrentamento da crise do modelo bio-médico. Neste caso, a referida proposta centrava-se no médico de família (Teixeira & Solla, 2006).

Portanto, a discussão sobre a Medicina de Família no Brasil era contemporânea do debate sobre a incorporação do Modelo da Medicina Comunitária. A definição política pela incorporação do paradigma da Medicina Comunitária na formulação da Política Pública de Saúde no Brasil e o esmaecimento da defesa do modelo de Medicina de Família está relacionado aos diferentes padrões de complementaridade apresentados por uma e outra proposta e aos elementos estruturais da crise do modelo médico dominante. Isto é, a proposta da Medicina Comunitária, tal como veiculada à época, constituía um Modelo de Atenção eminentemente complementar, ao mesmo tempo em que ampliava as oportunidades de medicalização da sociedade e do consumo de medicamentos e tecnologias no campo da saúde, sem induzir mudanças estruturais no campo das práticas médicas (Paim, 1986).

O ressurgimento e atualização da proposta de ASF durante a década de 1980 / 1990 realiza-se no contexto de consolidação e definição da ideologia neo-liberal, respaldada no recuo do Estado brasileiro face às suas funções de Estado de Bem-estar, via um movimento de focalização das suas políticas públicas. Mas, para além da focalização e como expressão dos movimentos de resistência ao neo-liberalismo no campo da saúde, o PSF estabelece definitivamente a figura e as funções do ACS, que expressaria um novo Modelo de Política pública de cunho comunitário, na qual as ações de saúde passariam a ser pautadas pela idéia de promoção da solidariedade no âmbito da sociedade civil. Porém, a incipiência da prática solidária de maneira generalizada em nossa sociedade constituiria um dos fatores que explicam as lacunas no PSF e o caracterizariam como um modelo em transição (Nogueira *et alli*, 2000). Por extensão, como elemento fundamental no modelo de ASF, o ACS assumiria, também, a condição de um novo profissional em estado de transição.

A ação do ACS embasaria um modelo de atenção à saúde integral e familiar, concebido como aquele que

“... é capaz de promover a saúde e a melhora da qualidade de vida, enquanto uma política pública a qual possa responder aos desafios contemporâneos em um

mundo globalizado, representados pelas crescentes e dinâmicas transformações tecnológicas, sociais, políticas, culturais e ambientais” (Sousa, 2007).

O caráter transitório do Modelo de Atenção é aqui reafirmado com base nas suas qualidades de contemporaneidade e de capacidade de resposta face às necessidades decorrentes de qualquer transformação no espaço da produção e das relações sociais. Considerando-se o dinamismo de transformações desta natureza, é possível inferir-se que nenhuma proposta de Atenção à Saúde, no sentido aqui discutido, constitui um “modelo acabado” e, tampouco, seria uma proposta passível de esgotamento por plena aplicação dos seus conteúdos ou diretrizes.

Nesse sentido, a configuração “finalizada” de um modelo de atenção à saúde seria resultante de determinantes macrossociais e da ação de múltiplos sujeitos mediada pelo processo de produção de saúde (Merhy, 2000). Dessa forma, o Modelo de Atenção à Saúde seria

[...] uma categoria de mediação entre a determinação histórico estrutural de políticas sociais e as práticas de saúde, compreendendo que ele é um fator chave para a viabilização plena dos princípios e diretrizes do SUS” (Carvalho, 2005).

Na concepção de Modelo de Atenção à Saúde Integral e Familiar formulada por Sousa (op.cit.), ratifica-se a primazia das ações com vistas à organização da ABS, vista como uma abordagem ou nível de intervenção que define o trabalho nos demais níveis do SUS. Em outros termos, constitui uma estratégia para a estruturação dos sistemas municipais de saúde, cujo compromisso ético-político orienta-se pela promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, família e comunidade.

Porém, em termos de uma formulação que é transitória e mutante (Merhy, 2000), pela sua historicidade estaria posta a possibilidade de articulação do Modelo de ASF com outros modelos, como forma de ampliar seu alcance nas buscas de integralidade da atenção à saúde. Isto é, da mesma forma em que está posta a incorporação das ações propostas pelo Modelo de Promoção da Saúde no nível de atenção básica, Teixeira (2006) defende a flexibilização da

Estratégia do PSF, apontando para a possibilidade de diálogo entre este Modelo e os Modelos da Vigilância à Saúde e da Defesa pela Vida. Reconhecendo a incipiência desse diálogo, a autora chama a atenção para o perfil da demanda do PSF, centrada na atenção ao grupo materno-infantil e para a oferta organizada de serviços básicos como a educação em saúde orientada para gestantes, mães, portadores de doenças crônicas e idosos, o que apontaria para um distanciamento em relação à uma lógica de adequação das práticas de saúde da população com vistas à incorporação de ações de saúde orientadas para o controle de determinantes, riscos e danos em saúde.

A abertura do Modelo de ASF ao diálogo como modelos como a Promoção da Saúde, cuja a essência é o empoderamento de grupos sociais; ao Modelo de Vigilância à Saúde que privilegia uma atenção à saúde pautada face os determinantes, riscos e danos em saúde; e ao Modelo de Defesa pela Vida que privilegia a transformação das relações entre os sujeitos das práticas da saúde, certamente potencializaria e ampliaria a prática educativa do ACS.

Na medida em que a prática educativa do ACS apresenta indícios de focalização na prevenção, orientada por um coletivismo de cunho restrito, a incorporação de componentes originários de outros modelos constitui uma possibilidade de incorporação de novos componentes de ação que demandem uma prática estruturada com base no processo de determinação e para a valorização do cotidiano das comunidades como forma de assegurar uma ação ancorada na rede de relação que se estabelece entre o ACS, a equipe de saúde e grupos sociais usuários da atenção básica de saúde.

IV. OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo analisar o perfil da prática educativa em saúde desenvolvida pelos Agentes Comunitários em 11 Municípios pioneiros na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Os resultados parciais na perspectiva desse objetivo estão focalizados nos seguintes objetivos específicos:

- 1) Verificar o modo como o ACS se percebe, percebe a equipe e os grupos sociais com quem trabalha;
- 2) Conhecer a percepção da equipe e dos usuários acerca das funções do ACS;
- 3) Identificar os elementos do Projeto político pedagógico proposto na formação do Agente Comunitário de Saúde (intencionalidade e o marco teórico sobre conhecimento, ensino e aprendizagem);

Identificar o grau de homogeneidade nos processos de formação / capacitação do ACS com vistas ao desempenho das suas funções;

V. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo tem como objeto a prática educativa em saúde desenvolvida pelos Agentes Comunitários de Saúde. É um trabalho de natureza qualitativa, e orientado pelo materialismo histórico, que articula a Hermenêutica dialética e a Análise de Discurso do Sujeito Coletivo. A formação do ACS é concebida como um processo entranhado no movimento de estruturação das práticas médicas no mundo ocidental. Entende-se que os vestígios da ação hoje desenvolvida pelos ACS, vista como uma intervenção focalizada nos indivíduos, domicílios e comunidade, já se manifestavam na antiguidade; tornam-se mais visíveis no período denominado como pré-capitalista, principalmente no âmbito daquelas práticas denominadas como Medicina Social e definem-se no processo de institucionalização do modelo biomédico.

Nesse sentido, adotaram-se dois recortes espaço/ temporais na reconstituição do processo de formação dessa categoria profissional. Um deles buscou identificar os vestígios dessa prática e respectivos sujeitos no plano externo, mais precisamente na Europa, durante a consolidação do Estado moderno, alvorecer do capitalismo, estruturação da Medicina social e consolidação da Saúde Pública, durante os séculos XVII a XIX. O Segundo recorte foi feito no plano interno, onde buscou - se a reconstituição da trajetória deste trabalhador no âmbito das práticas médico-sanitárias brasileiras durante o período que se estende da segunda metade do século XIX até os nossos dias.

Os propósitos deste estudo estão centrados na análise das práticas educativas desenvolvidas pelo ACS como uma atribuição que lhe é específica e exclusiva no espaço da atenção básica, conferindo-lhe o status diferenciado de elo de ligação entre a equipe e os grupos sociais usuários, o que o aproxima da figura do intelectual orgânico proposta por Antonio Gramsci.

A Hermenêutica dialética foi utilizada como o aporte metodológico para a compreensão do contexto em que as práticas do ACS emergem, se estruturam e se desenvolvem; a crítica da situação de trabalho desses profissionais e os seus nexos com a situação de saúde das populações às quais estão vinculadas.

A técnica da Análise de Discurso do Sujeito Coletivo viabilizou a mobilização de recursos de natureza fenomenológica, enfatizando a informação interpretativa na perspectiva de “um diálogo inteligente e crítico com a realidade, tomando como referência que o sujeito nunca dá conta da realidade e que o objeto é sempre também um objeto sujeito” (Demo, 2004). Dessa forma, a saúde e a educação estão postas como processos estruturados, práticas sociais, processos de trabalho que ao mesmo tempo em que produzem a sociedade, tendem a reproduzir as relações sociais inerentes a ela.

Mais precisamente, a articulação da Hermenêutica-dialética com o Discurso do Sujeito Coletivo viabilizou um nível de explicação e interpretação de um pensamento sobre

o ACS, em que o desafio que se colocava era a união da crítica teórica a uma proposta prática de análise do material qualitativo (Minayo, 2006). Nessa direção foi montado um sistema de hipóteses, que pretendemos seja validado pelo estudo enquanto um campo de controle empírico, na medida do valor das nossas proposições.

1. QUESTÃO CHAVE

A “questão chave” proposta para o estudo indaga se a educação em saúde realizada pelos ACS configuraria uma vinculação orgânica com os grupos sociais a quem se orientam as suas ações. Em outras palavras, a institucionalização da categoria profissional dos ACS no Brasil, o configura como um intelectual orgânico aos grupos sociais vinculados à rede de atenção básica em saúde?.

A partir da questão chave estabeleceram-se cinco questões parciais de modo a atribuir maior especificidade à totalidade do universo em estudo:

1. Quais são as concepções dominantes sobre o ACS entre os integrantes desta categoria profissional?
2. Como o ACS se percebe na condição de integrante desta categoria profissional?
3. qual a direção e a intencionalidade impressas nas práticas educativas dos ACS?
4. Quais são as concepções predominantes sobre o ACS expressas pela equipe do PSF e pelos grupos sociais usuários dos serviços de atenção básica de saúde.

Entretanto, é importante que se esclareça que o recurso da questão chave como orientadora do foco das indagações neste trabalho não eliminou a incorporação de novas indagações, questionamentos e categorias analíticas ao longo do seu desenvolvimento, visto que o limite dessa questão está no fato de ela ter sido estabelecida a partir de elementos da situação em estudo considerados a priori. Na medida em que, como já foi dito, o objeto de estudo é também um objeto sujeito, considerou-se a possibilidade de emergência e

incorporação de novas categorias de análise, isto é, a posteriori, dados exatamente pela relação dialética pesquisador/objeto pesquisado (Lefèvre, 2005).

Embora os eixos estruturantes do PPP – direcionalidade e prática pedagógica do ACS- possam ser operacionalizados com base em sete elementos já referidos (a finalidade organizacional do PACS; a estrutura organizacional; o currículo de formação do ACS; o tempo da prática educativa desenvolvida pelo ACS; o processo de decisão; as relações de trabalho e a avaliação), para os fins propostos neste estudo, esta análise abarcará as seguintes unidades: 1) intencionalidade; 2) o marco teórico sobre a prática educativa; 3) o PPP praticado com base no cotidiano compartilhado pelo ACS e a comunidade, enfatizando-se a caracterização da prática educativa desenvolvida por este profissional.

2. ÂMBITO DO ESTUDO

O estudo é baseado numa amostra intencional composta por onze municípios brasileiros considerados pioneiros na implantação do PSF e do PACS: Campina Grande-PB; Neópolis-SE; Curitiba-PR; Joinville-SC; Criciúma-SC; Goiânia –Go; Planaltina–Go; Bragança-PA; Além Paraíba–RJ; Niterói-RJ; Juiz de Fora – MG. A seleção desse universo deu-se baseada em três critérios: 1) tempo de implantação do PACS/ PSF nos municípios; 2) potencial de representatividade regional em relação à experiência do PACS/ PSF; 3) cobertura da população.

O primeiro critério, referente ao tempo de implantação, contempla o caráter pioneiro das experiências, através do qual buscamos aqueles aspectos relativos à permanência, maturação e estruturação das atividades do PACS e/ ou PSF; Quanto a representatividade, o que pesou na seleção da experiência foi o potencial demonstrativo do PACS/ PSF em termos regionais; e com relação à cobertura, o elemento definidor foi o alcance das ações básicas de saúde dos dois programas em termos populacionais.

2.1. PARTICIPANTES

O estudo foi desenvolvido de modo focalizado em três sujeitos:

1. os agentes comunitários de saúde selecionados entre os mais antigos da equipe, preferentemente àqueles que iniciaram a experiência no município;
2. A equipe de atenção básica em saúde;
3. os Usuários da rede de atenção básica à saúde.

No entanto, como forma de melhor apreensão do fenômeno em estudo, foram incorporados mais cinco categorias de atores, na condição de informantes sobre o contexto da emergência e consolidação da categoria profissional dos ACS:

1. Os coordenadores locais do PACS e ou PSF;
2. Secretários Municipais de Saúde e/ou Atores fundamentais na formulação e implementação dos Programas em nível local;
3. Atores fundamentais na implantação do Programa em nível nacional na condição de formuladores da proposta ou de representantes do Ministério da Saúde no encaminhamento da proposta do PACS nos estados e municípios;
4. Representantes do aparelho formador em nível visto como aqueles que formularam ou implementaram as proposta de formação do ACS em nível central, estadual ou local.
5. Representantes e lideranças da categoria dos ACS.

3. ASPECTOS ÉTICOS

Este Estudo foi aprovado pelo o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB.

As Secretarias Municipais de Saúde, as Unidades Básicas de saúde e os demais participantes foram formalmente convidados e esclarecidos sobre o estudo, implicando a leitura prévia e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Participante.

De maneira idêntica este procedimento foi desenvolvido com os ACS participantes das entrevistas em grupo.

4. COLETA DE DADOS, PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS

As técnicas utilizadas na coleta de dados constarão de:

- 4.1. Análise documental;
- 4.2. Entrevistas semi - estruturadas em grupo de 12 a 15 ACS, por município.
- 4.3. Entrevista semi - estruturada com os demais atores;

Dessa forma, a técnica da entrevista coletiva foi aplicada a 220 ACS participantes; a 218 componentes das equipes de saúde, de nível superior; e a 80 usuários da rede básica de atenção à saúde, totalizando 518 entrevistados, distribuídos nos onze municípios componentes do universo de estudo.

Na análise documental buscou-se reconstruir “a formação” do Agente Comunitário em Saúde como um componente do processo histórico de estruturação das práticas médicas no mundo ocidental e o processo de institucionalização desse agente e das suas ações no espaço das práticas de Saúde no Brasil, como forma de estabelecimento de novas categorias de análises e novos cortes epistemológicos nesse processo.

As entrevistas em grupo foram realizadas com os ACS, por municípios, visando o levantamento de evidências sobre as suas concepções sobre o seu trabalho; a intencionalidade e o marco teórico sobre ensino – aprendizagem expresso no Projeto Político - Pedagógico; a homogeneidade na formação e no desenvolvimento da ação; o modo como esse profissional se percebe enquanto trabalhador da saúde e o modo como ele percebe os grupos sociais com quem ele trabalha; os principais entraves para o seu trabalho.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, sendo posteriormente submetidas ao t c Programa Qualiquantisoft, instrumento da técnica de Análise de Discurso de Sujeito Coletivo.

A coleta de dados foi realizada durante o período de julho a outubro de 2006.

5. ANÁLISE DOS DADOS

A técnica da análise do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC foi utilizada como o recurso formatador dos elementos coletados mediante as entrevistas individuais e coletivas. A sua escolha justifica-se pela grande quantidade e riqueza de informações disponíveis e pela fidelidade com que esta técnica permite ao relato do material coletado com vistas à apreensão das representações sociais, vistas como um conjunto de idéias e imagens, que no presente estudo é uma produção social sobre o processo de constituição do ACS como um sujeito da prática educativa no atenção básica de saúde.

O DSC é uma técnica que se aplica na preparação de dados qualitativos de natureza verbal, que no presente estudo resultam das entrevistas. Esta técnica é também aplicada na sistematização de informações de outras naturezas como artigos de jornal, revistas, cartas, papers, revistas especializadas, etc. A análise deste material foi baseada em três tipos de fragmentos discursivos ou figuras metodológicas extraídas dos depoimentos agrupados a partir das questões do roteiro de entrevistas:

1. expressões chaves;
2. idéia central (s);
3. ancoragem.

As expressões chaves são fragmentos, trechos ou transcrições literais do discurso que representam a essência do depoimento. A idéia central sintetiza, confere o sentido dos discursos analisados e de cada expressão chave; descreve o sentido de um discurso ou fragmento de discurso, originando o discurso do sujeito coletivo. A ancoragem expressa a manifestação de uma teoria, ideologia ou crença que está na base do discurso/depoimento formulado, sendo utilizada pelo seu emissor como enquadrador de uma situação específica (Lefèvre, Fernando, 2005).

A identificação das idéias centrais, ancoragens e expressões chaves de cada um dos depoimentos trabalhados individualmente, foi seguida da construção de discursos sínteses sobre o ACS pela junção destas figuras a partir das suas semelhanças. O discurso final foi formulado na primeira pessoa, visto que o seu autor fala em nome da “comunidade”. Este discurso tem como pressuposto que o pensamento de uma coletividade a cerca do ACS pode ser visto como o conjunto dos discursos, formações discursivas ou representações sociais construídas e enraizadas no processo sócio-histórico de constituição das práticas de saúde. Isto é, uma prática social, um processo de trabalho que estrutura a sociedade e a cultura brasileira.

A técnica do DSC está construída de forma a viabilizar a troca entre indivíduos diferentes de uma mesma cultura, de modo a oportunizar a fala direta da coletividade sobre um problema, sobre um tema. Apesar de ser um recurso de natureza qualitativa, o seu software denominado Qualiquantisoft incorpora a possibilidade de quantificação dos discursos, negando a exclusão ou polaridade entre procedimentos qualitativos e quantitativos na pesquisa científica, como apresenta-se no capítulo a seguir.

VI. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este Capítulo está estruturado de modo a colocar em evidência a interação entre o ACS, a equipe local de saúde e os grupos de usuários que caracterizam o processo da sua constituição (do ACS) como um dos sujeitos das práticas de atenção básica à saúde. A construção deste quadro complexo de relação é mediada pela recomposição dos fragmentos discursivos desses sujeitos, como expressão da intersubjetividade que se estabelece entre eles e que resultam num discurso estruturado, de dimensões coletivas, que versa sobre a sua prática educativa.

Na construção deste quadro complexo de relação iniciamos a caracterização dos sujeitos e dos seus contextos para, então, apresentar a constituição do ACS como sujeito nas falas deste trabalhador, da equipe e dos usuários.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS ACS E DOS SEUS CONTEXTOS

1. Caracterização dos ACS

A caracterização dos ACS, como um dos sujeitos das práticas educativas em análise foi realizada segundo as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar e atividade anterior. Cumpre esclarecer, que estes dados referem-se a uma amostra de 135 ACS do total de 220 profissionais que participaram do estudo.

Em relação a variável sexo, observou-se que 120 participantes eram do sexo feminino, representando 88% do total de entrevistados. Esse resultado apresentou-se próximo à tendência de feminilização do trabalho em Saúde no Brasil demonstrada por Machado (1997), ratificando-se com base em resultados mais localizados evidenciados por Santos (2006); Trapé (2005), Lunardelo (2004) e Bessa (2006) em estudos realizados em Juiz de Fora (88,4%); Ribeirão Preto - SP (87,2); São Paulo (100%) e Novo Gama - GO (96%). Mas para

além da tendência à feminilização, a presença expressiva de mulheres entre os ACS é explicada, também, com base nas questões de gênero, a partir dos papéis de cuidado que historicamente estão incluídos nas funções femininas; na indução da escolha do ACS como ocorreu na experiência do Estado do Ceará, como forma de melhoria da condição social da mulher; na concentração das atividades do ACS na população materno – infantil como nas experiências iniciais ou, ainda, pelas características estruturais dessa categoria profissional, as quais apresentam-se como muito próximas da categoria de Enfermagem.

A distribuição por faixa etária revela um intervalo entre os 20 e os 54 anos, prevalecendo uma concentração no intervalo dos 18 aos 35 anos (70%), seguida de 36 aos 45 (26%) e 46 a 54% (4 %), confirmando a tendência ao rejuvenescimento da força de trabalho, como apontado por Machado (apud Santos, 2006. p. 82). Em relação ao estado civil, 40% dos participantes declararam-se solteiros; 54%, casados e 6%, outro. .

Quanto à escolaridade, a maioria (47%) possui o ensino médio completo; 25%, o ensino médio incompleto; 12 %, o ensino fundamental completo; 11%, o ensino fundamental incompleto; 2%, o nível superior completo e 3%, o nível superior incompleto. Cabe destacar que 69% dos participantes possuem cursos profissionalizantes e destes 76% são auxiliares e/ou técnicos de enfermagem. .

A renda mensal familiar dos participantes concentrou-se entre 1 a 3 salários-mínimos. A forma de ingresso, por meio de processo seletivo (87%) e a maioria (96%) não exerce outra atividade profissional.

Quadro 1: Características sócio – demográficas do ACS de onze municípios pioneiros na Instalação do Programa de Atenção à Saúde da Família (Além Paraíba, Juiz de Fora – MG, Campina Grande – Pb, Quixadá – Ce, Neópolis – Se, Goiânia – Go, Curitiba PR, Joinville – SC, Criciúma – SC, Bragança – PA

DESCRIÇÃO	FREQUÊNCIA (%) N = 135
SEXO	
• Mulheres	88
IDADE	
• 18 a 35 anos	70
• 36 a 45 anos	26
• 46 a 54 anos	04
ESCOLARIDADE	
• Ensino fundamental incompleto	11
• Ensino fundamental completo	12
• Ensino médio incompleto	25
• Ensino médio completo	47
• Ensino Superior incompleto	02
• Ensino Superior completo	03
CURSOS PROFISSIONALIZANTES NA ÁREA DE ENFERMAGEM	
• Auxiliar de Enfermagem	35
• Técnico de Enfermagem	31
• outros	04
RENDA FAMILIAR	
• 1 salário	30
• 2 salários	40
• 3 salários	30

1.2 A caracterização dos contextos: os onze municípios

1.2.1. Além Paraíba - MG

O Município de Além Paraíba é um Município situado na Zona da Mata de Minas Gerais. Possui uma população de 35.588 habitantes (IBGE, Censos e estimativas para o ano de 2006) e uma área de 511 km², situando-se às margens do Rio Paraíba, próxima aos municípios de Nova Friburgo e Rio de Janeiro.

É uma cidade de pequeno porte com uma taxa de 1% de crescimento populacional e uma economia assentada na agricultura focalizada na extração vegetal e na mineração. A sua população apresenta uma taxa de alfabetização de 88%; o seu índice de urbanização é de 92,3% e o seu Índice de Desenvolvimento Humano - IDH é de 0,77, conforme dados do PNUD/2000.

O saneamento básico conta com uma rede de esgoto que atende 60% da população; 35% lança seus dejetos no Rio Paraíba e 5% servem-se de fossas sépticas. A coleta de lixo atende a 86,9% da população.

Em 2006 contava com uma rede de assistência à saúde composta por: sete Postos de Saúde, sete Centros de Saúde, um Hospital Geral, seis Ambulatórios Especializados, um Pronto Socorro Geral, nove Unidades de Apoio Diagnose e Terapia, uma Unidade de Vigilância em Saúde e 11 Consultórios Isolados.

Dentre os 243.470 procedimentos de Atenção Básica aprovados no ano de 2005, 106.261 referiam-se à área de Odontologia, 74.229 foram ações de Enfermagem, 51.337 foram Ações Médicas, 10.845 constituíram ações realizadas por outros profissionais de nível superior e 798 Procedimentos em Vigilância Sanitária.

O PSF foi implantado de maneira focalizada em 1994, resultado da indução realizada por parte da Secretaria Estadual de Saúde e pelo Ministério da Saúde, contemplando a prevenção de doenças; a promoção da saúde e a educação em saúde. A implantação das primeiras equipes foi realizada na periferia, como parte da estratégia de aumentar a proximidade entre os serviços e a comunidade (Sousa, 2007).

Juiz de Fora – MG

O Município de Juiz de Fora está localizado nos contrafortes da Serra da Mantiqueira, às margens do Rio Paraíba, distando 270 km de Belo Horizonte. É um município de grande porte, com uma população de 509.126 habitantes, distribuídos em 1.436.850 km², apresentando um IDH 0,828 e uma taxa de crescimento populacional de 1,54%, conforme dados do PNUD/2000. Sua taxa de alfabetização é de 92,7% e a sua economia está

assentada na indústria, comércio, prestação de serviços, agricultura e extração de minerais. 95,3% da população é beneficiada com rede de esgoto e água tratada e 98,4%, com coleta de lixo.

No ano de 2006 foram realizadas 456.687 consultas especializadas e 319.714 consultas no nível básico de saúde. Nesse mesmo ano o Município contava com 2.663 leitos hospitalares e a rede ambulatorial contava com 12 Postos de Saúde, 52 Centros de Saúde, 04 Policlínicas, 12 Ambulatórios de Unidade Hospitalar Geral, 148 Ambulatórios de Unidade Hospitalar Especializada, 437 Consultórios, 59 Serviços de Diagnóstico e Terapia, uma Unidade de Vigilância em Saúde, duas Unidades Mistas, oito Hospitais Especializados, dois Hospitais Dias, quatro Farmácias e uma Unidade Móvel de Urgência e Emergência, totalizando 742 unidades.

Dentre os 2.201.964 procedimentos de atenção básica autorizados em 2006, 947.059 constaram de ações de enfermagem e outras ações de nível médico; 894.988 constaram de ações médicas; 195.430, de Odontologia e 164.487 constaram de ações realizadas por outros profissionais de nível superior.

Iniciada em 1997, a implantação do PSF constituiu uma Política Municipal de inversão do modelo assistencial confirmada na III Conferência Municipal de Saúde realizada no ano de 2000. Esta estratégia teve por princípio a equidade, priorizando as áreas a partir das evidências de vulnerabilidade social e de caráter epidemiológico, segundo o Mapa da Fome do IPEA e o Mapa da Cólera da Secretaria Municipal da Saúde. As influências mais marcantes na implantação desse Programa no Município vieram do modelo da Medicina Geral e Comunitária desenvolvida pelo Hospital Conceição de Porto Alegre – RS.

Campina Grande – Pb

A Cidade de Campina Grande, situada no Estado da Paraíba, Região oriental do Planalto da Borborema. É uma cidade de porte médio, com uma área de 621 km² e uma

população de 379.871 habitantes, a qual apresenta uma taxa de alfabetização de 80,9%, segundo os censos e estimativas do IBGE para 2006. Apresenta uma taxa de crescimento populacional de 0,78% com IDH de 0,721, conforme PNUD/2000. Seu índice de urbanização é de 95% e 84% da população tem acesso à rede de esgoto; 98,6%, à rede de abastecimento de água e 97,6%, à coleta de lixo. Sua economia caracteriza-se pela extração mineral, agricultura, pecuária, indústria de transformação, beneficiamento de software; e comércio.

Em dezembro de 2006 contava com uma rede de serviços de saúde composta por: 61 Centros de Saúde, 67 clínicas/ambulatórios especializados, 85 Consultórios isolados, seis Hospitais Especializados, 12 hospitais Gerais, três Hospitais Dia, 13 Postos de Saúde, um Pronto Socorro Especializado, cinco Policlínicas, 79 serviços de Apoio Diagnose e Terapia, duas Unidades de Vigilância em Saúde, duas Unidades Mistas, três Unidades Móveis de Urgência e Emergência, três Unidades Móveis Terrestres, uma Cooperativa e uma Central de Regulação de Serviços de Saúde, totalizando uma rede com 345 unidades.

Em 2005 foram aprovados 1.568.054 procedimentos de atenção básica, dos quais 621.765 referiam-se a ações de enfermagem; 296.971, a ações médicas; 237.329, a ações de Odontologia; 428.791 a ações executadas por outros profissionais de nível superior e 1.198, a Vigilância Sanitária.

O PSF foi implantado como uma Política municipal de saúde induzida pelo Ministério de saúde e inspirada nos modelo cubano de organização da assistência à saúde, contando também com a assessoria técnica do Município de Niterói. Conta com 65 equipes de saúde e 384 ACS, apresentando uma cobertura de 59,5% da população, até o final do ano de 2006.

Quixadá – CE

O Município de Quixadá possui uma população estimada para o ano de 2006 (IBGE, 2006) é de 75.720 habitantes, distribuídos em uma área de 2.020 km². É um Município de médio porte que apresenta uma taxa de alfabetização de 65,6%; um crescimento populacional

de 0,33% e um IDH de 0,6732 (PNUD/2000). Seu índice de urbanização é de 67,3%, expresso na garantia de 58,8% de rede de abastecimento de água; 37,5% de abastecimento de rede de esgoto; 51,2% de coleta de lixo. Sua economia baseia-se predominantemente no comércio, nos serviços e na pecuária.

No ano de 2006 o Município contava com uma rede hospitalar com 198 leitos, tendo investido R\$ 11.360.958,86 em assistência à saúde. A atenção básica contou com 368.388 procedimentos aprovados, destacando-se: 198.006 procedimentos de Enfermagem; 86.090 procedimentos médicos; 30.123, de Odontologia; 50.215 ações executadas por outros profissionais de nível superior e 3.954 procedimentos de Vigilância Sanitária. O PACS apresenta uma cobertura de 96,5% enquanto a cobertura do PSF é de 86%. Até dezembro desse mesmo ano o Município contava com uma rede ambulatorial composta por 14 Centros de Saúde, seis Clínicas/ambulatórios especializados, 20 Consultórios isolados, dois Hospitais Gerais, dez Postos de Saúde, um Serviço de Apoio para diagnose e terapia, uma Unidade de Vigilância em Saúde.

O PSF foi implantado como uma Política estratégica orientada para a organização da atenção básica em 1994, tendo-se priorizado a zona rural como forma de ampliar o acesso; descentralizar o atendimento e estabelecer vínculos entre as Unidades Básica de Saúde e as famílias adscritas. O modelo implantado sofreu influência do modelo cubano, além de o Secretário Municipal de Saúde ser um militante da saúde pública.

O Município com 17 equipes do PSF, 135 ACS e 8 equipes de saúde bucal, atuando em 13 unidades de saúde com uma cobertura de 86% da população e oferecendo as seguintes ações: atenção à saúde da criança, atenção à saúde da mulher, atenção à saúde do idoso, atenção à saúde dos jovens e adolescentes e vigilância aos agravos de maior risco.

O Município de Neópolis está situado no Estado de Sergipe, às margens do Rio São Francisco, a 121 km de Aracaju com uma população de 20.821 habitantes distribuídos em um território de 249,9 km². É uma cidade de pequeno porte, que apresenta uma taxa de alfabetização de 64,6%, um índice de urbanização de 56,5%, um IDH de 0,621 (PNUD, 2000).

No saneamento básico apresenta uma cobertura de 75,5% em relação ao abastecimento de água, 54% de coleta de lixo e 81,4% de rede de esgoto instalada. Sua economia concentra-se na fruticultura.

O PSF em Neópolis tem uma cobertura de 90,3%, mediante o atendimento em sete unidades básicas de saúde. Dos 543.069 procedimentos de atenção básica aprovados em 2006, 473.118 foram ações de enfermagem, 36.330 ações médicas, 15.978 de odontologia, 16.643 procedimentos executados por profissionais de nível superior e 1000 procedimentos em vigilância à saúde. A rede de assistência à saúde constava de dois Postos de Saúde, sete Centros de Saúde e um Hospital Geral.

O PSF foi implantado em 1994 e as primeiras equipes foram criadas para prestar assistência na zona rural. Atualmente o PSF conta com seis equipes, 48 ACS e 3 equipes de saúde bucal. As ações de saúde estão focalizadas nas seguintes áreas: saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso e agravos de hipertensão, diabetes e hanseníase.

Goiânia – GO

O Município de Goiânia tem uma população de 1.220.412 habitantes distribuídos em uma área de 739 km², com uma taxa de alfabetização de 92,6%. É uma cidade de grande porte, que apresenta um crescimento anual da população de 1,6% e o seu índice de urbanização é estimado em 99,3%. O seu IDH no ano de 2000 era de 0,832 (PNUD,2000) e a sua economia apóia-se predominantemente no comércio, nos serviços e na produção industrial de alimentos, vestuários, móveis e mineração. No que se refere ao saneamento 86% da

população tem acesso ao abastecimento de água tratada, 73,3% à rede de esgoto e 98,7% à coleta de lixo.

Em 2006, Goiânia contava com uma rede ambulatorial de 1472 estabelecimentos de saúde formada por: 02 centrais de regulação de serviços de saúde, 91 centros de saúde, 229 ambulatórios de unidade hospitalar especializada, 748 consultórios isolados, duas cooperativas, cinco farmácias, 59 hospitais especializados, 40 hospitais gerais, um hospital dia, 65 policlínicas, quatro pronto-socorros, 206 serviços de apoio para a diagnose e terapia, 3 unidades de vigilância à saúde, duas unidades mistas, 3 unidades móveis de urgência e emergência e 12 unidades móveis terrestres.

Os procedimentos de atenção básica, aprovados pelo SUS nesse mesmo ano totalizaram 2.512.592, dos quais 599.864 eram de enfermagem; 1.294.097, da área médica; 466.272, de odontologia; 138.588, ações executadas por outros profissionais de nível superior e 13.771 procedimentos em vigilância sanitária. No ano de 2004 o orçamento municipal destinou R\$ 307.032.668,45 para a saúde.

A implantação do PSF, assim como a estruturação da experiência de ACS nessa localidade resultou da iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde, como uma medida de conversão do modelo assistencial e ampliação do acesso aos serviços de saúde, antecedendo a implantação do PACS pelo Ministério da Saúde. Atualmente, o Município conta com 125 equipes, 672 ACS e 23 equipes de saúde bucal, que atuam em 44 unidades básicas de saúde com uma cobertura de 35,5% da população.

Planaltina de Goiás – GO

O Município de Planaltina de Goiás tem uma população de 98.492 habitantes distribuídos em um território de 2.539 km², cuja taxa de alfabetização é de 79,3%. Apresenta um índice de urbanização de e 95,1%, com 73,4% de abastecimento de água, 72,1% de coleta

de lixo e 93,7% de rede de esgoto. Seu IDH é de 0,723 e a sua taxa de crescimento populacional é de 4,9% (PNUD, 2000). A sua economia está baseada na cultura de subsistência, nos serviços e na pequena indústria de transformação.

Segundo informações referentes ao ano de 2006, o Município contava com 28 estabelecimentos de saúde, sendo 21 centros de saúde, dois ambulatorios de unidade hospitalar especializada, dois hospitais gerais, um posto de saúde, um pronto – socorro geral e uma unidade de vigilância à saúde.

Nesse mesmo ano, os procedimentos ambulatoriais de atenção básica autorizados pelo SUS foram 371.145, distribuídos da seguinte forma: 176.169 procedimentos na área de enfermagem; 98.999 procedimentos médicos; 71.627 procedimentos na área de odontologia; 23.203 referentes a ações de outros profissionais de nível superior e 1.147 destinados à área de vigilância sanitária. A cobertura do PACS / PSF era de 79,7% da população, correspondendo a 67.793 habitantes, mediante a ação de 22 unidades básicas de saúde com 22 equipes e 122 ACS; 12 equipes de saúde bucal. As ações desenvolvidas nessas unidades de saúde destinam-se a: saúde bucal, saúde da criança, saúde da mulher, diabete, hipertensão, DST/AIDS e planejamento familiar..

Durante o ano de 2004 o orçamento a gestão pública destinou R\$ 8.852.179,32 para os serviços de saúde.

Curitiba – PR

A Cidade de Curitiba foi fundada em 1693, na condição de Vila. Atualmente conta com uma população de 1.788.560, distribuídos numa área de 435 km², apresentando uma taxa de alfabetização de 94,2%. É uma cidade de grande porte, com índice de 100% de urbanização, IDH de 0,856 e taxa de crescimento populacional de 2%.

Durante o ano de 2004 os orçamentos públicos destinaram R\$ 419.675.277,63 para o setor saúde e em 2006 a cobertura do PACS/PSF era de 30,6% da população, equivalendo

802.011 habitantes. Nesse mesmo ano foram autorizados pelo SUS 10.619.964 procedimentos de atenção básica, dos quais 5.922.720 destinaram-se à área de enfermagem; 2.652.591 à área médica; 1.661.779 para a odontologia; 358.354 para outras áreas profissionais de nível superior e 24.520 para a vigilância em saúde.

Até dezembro de 2006 Curitiba contava com uma rede composta por 3.922 estabelecimentos de saúde assim distribuídos: 111 centros de saúde, 467 ambulatórios de unidades hospitalares especializadas, 2.714 consultórios isolados, 1 farmácia, 27 hospitais especializados, 30 hospitais gerais, 17 hospitais dia, 169 policlínicas, 1 posto de saúde, sete pronto – socorros, 355 serviços de apoio para diagnose e terapia, 12 unidades de vigilância à saúde, 6 unidades mistas, quatro unidades móveis de urgência e emergência e uma unidade móvel terrestre e/ou fluvial.

O PSF foi implantado em 1992 como uma iniciativa de política local, antecedendo-se à Política implantada pelo Ministério da Saúde. O critério adotado para a implantação desse programa foi o critério da equidade, priorizando-se aquelas localidades que apresentavam maiores índices de risco social.

Joinville – SC

Esta cidade conta com uma população de 496.050 habitantes distribuídos numa área de 1.131 km², que apresentam uma taxa de alfabetização de 93,3%. Seu IDH era de 0,857 (PNUD, 2000) e a sua taxa de urbanização é de 96,6%. 99,2% da sua população é beneficiada com a coleta de lixo, 98% de abastecimento de água e 76,5% de rede de esgoto.

Em 2004 o PACS/PSF apresentou uma cobertura de 31,9% da população, equivalente a 233.357 habitantes. Nesse mesmo ano foram aprovados 1.905.199 procedimentos pelo SUS, dos quais 1.127.130 eram da área de enfermagem, 398.277 eram da área médica, 274.521 da área de odontologia, 99.231 foram executados por outros profissionais de nível superior e 6.040 destinados à área de vigilância à saúde.

Até dezembro de 2006 Joinville contava com uma rede de serviços composta por 737 unidades de saúde assim distribuídas: 5 centrais de regulação de serviços de saúde, 63 centros de saúde, 142 ambulatórios de unidade hospitalar especializada, 459 consultórios isolados, dois hospitais especializados, cinco hospitais gerais, oito policlínicas, dois pronto – socorros, 43 serviços de apoio diagnóstico e terapia, 3 unidades de vigilância à saúde, 2 unidades móveis de urgência – emergência e três unidades móveis terrestres e/ ou fluviais.

O PSF, apesar de ser induzido pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Ministério da Saúde, foi implantado como uma Política de base local, tendo como propósito a ampliação do acesso da população a serviços de saúde humanizados e com maior qualidade. O Município conta atualmente com 36 unidades básicas de saúde com 45 equipes, 545 ACS apresentando um índice de cobertura de 31,9% da população.

Criciúma – SC

Criciúma está localizada na Região Sul do Estado de Santa Catarina, com uma população de 188.232 habitantes distribuídos numa área de 236 km², com uma taxa de alfabetização de 92,6%. A taxa de crescimento anual de sua população é de 1,4% e o seu IDH é 0,823. Seu índice de urbanização é de 89,8%, apresentando uma cobertura de 92,9 em relação ao abastecimento de água, 97,1 % em relação a coleta de lixo e 93,1 de rede de esgoto e a sua economia está assentada na indústria, extração mineral e comércio.

No ano de 2006 o PACS/PSF apresentava uma cobertura 31,88%, o que equivalia a 118.945 habitantes. Os procedimentos da atenção básica aprovados pelo SUS em 2005 totalizaram 1.225.163, dos quais 617.084 foram ações de enfermagem, 372.300 ações da área médica, 176.446 de odontologia e 89.333 ações executadas por profissionais de nível superior.

Em dezembro de 2006 a rede de serviços de saúde era composta por 417 unidades de saúde assim distribuídas: 40 centros de saúde, 90 ambulatórios de unidades hospitalares

especializadas, 256 consultórios isolados, três hospitais especializados, um hospital geral, nove postos de saúde, 17 serviços de apoio – diagnose e terapia e uma unidade de vigilância à saúde.

Criciúma implantou o PSF a partir da indução promovida pela Secretaria Estadual de Saúde e pelo Ministério da Saúde, como uma Política municipal de organização da atenção à saúde, pautando sua proposta inicial pela vigilância à saúde tendo seu foco de atuação na medicina preventiva, nos territórios da comunidade e nas famílias. Atualmente conta com 26 unidades básicas de saúde, cobrindo 31,88% da população.

Bragança - PA

O Município de Bragança conta com 103.749 habitantes, um território de 2.090 km² e uma taxa de alfabetização de 72,4%. O seu índice de urbanização é 60,3% apresentando uma taxa de cobertura de abastecimento de água de 44%, 35,3% de coleta do lixo e 59,6 de rede de esgotos. Sua taxa de crescimento da população é de -0,32% (negativa) e o seu IDH é de 0,662. Sua economia baseia-se na pecuária e agricultura.

Em 2006 contava com uma rede de serviços formada por 36 unidades de saúde, das quais 11 centros de saúde, 3 ambulatórios de unidade hospitalar especializada, cinco consultórios isolados, 3 hospitais gerais, 11 postos de saúde, 2 serviços de apoio – diagnose e terapia e 1 unidade de vigilância à saúde.

Em 2006 a cobertura do PACS era de 85,7% da população, o que representava 87.658 habitantes, enquanto o PSF apresentava uma cobertura de 23% da população. Nesse mesmo ano foram aprovados 338.809 procedimentos de atenção básica pelo SUS, os quais incluíam 203.347 ações de enfermagem, 95.244 ações médicas, 20.459 ações de odontologia, 18.740 ações executados por outros profissionais de nível superior e 1.019 procedimentos da área de vigilância sanitária.

Nesse mesmo ano a rede de serviços de saúde era composta por 36 unidades, dentre as quais 11 centros de saúde, 3 ambulatórios de unidade hospitalar especializada, 5 consultórios isolados, 3 hospitais gerais, 11 postos de saúde, dois serviços de apoio – diagnose e terapia e uma unidade de vigilância à saúde.

O PSF foi adotado pelo Município como uma Política municipal, que visava a melhorias na qualidade de vida da população e ao enfrentamento do difícil acesso aos serviços básicos de saúde.

2. A CONSTITUIÇÃO DO ACS COMO SUJEITO

O processo de constituição do ACS como sujeito foi tecido a partir da recomposição dos fragmentos dos discursos em um discurso do sujeito coletivo – DSC expressos nas falas dos participantes, deste estudo, cuja construção deu-se em um tempo a posteriori. As categorias analíticas foram consideradas como um recurso que se origina dos sujeitos do estudo, o que lhes confere uma vida própria no contexto em análise, na medida em que eles não se inscrevem no plano previamente estabelecido pelo autor para percurso do seu trabalho. Esta é uma forma de realçar as condições dos sujeitos, outorgando-lhes vida e autonomia como condição de novos achados, abrindo portas para a imprevisibilidade.

Estas categorias emergiram das questões formuladas aos participantes (ACS, equipe e usuários). Para os ACS foram selecionadas apenas cinco questões:

1. Como você percebe a sua categoria profissional?
2. Como você se sente na condição de ACS?
3. Como você percebe a sua função de educador?
4. Como você percebe a equipe de saúde? Como você percebe a comunidade?

Para as equipes de saúde, entrevistadas em grupo, foi selecionada uma questão:

1. Como você percebe o ACS?

Para a comunidade, ou usuários, foram selecionadas três questões:

1. O que você conhece sobre o Programa de Agentes Comunitários de Saúde?
2. Quais são as atribuições do ACS?
3. Como você avalia o trabalho do ACS?

A recomposição dos fragmentos dos discursos produzidos pelos participantes possibilitaram a construção do Discurso do Sujeito Coletivo, expresso pela fala dos participantes.

2.1. COMO O ACS PERCEBE A SUA CATEGORIA PROFISSIONAL

O ACS como um amigo

O agente comunitário é um amigo que mora na comunidade.

O ACS como um elo de ligação

É um elo de ligação entre a unidade de saúde e a comunidade; entre a comunidade e o pessoal da saúde. O agente Comunitário de saúde trabalha em união com a comunidade. É um médico do povoado, porque ele traz e avalia o que está acontecendo com a comunidade. Sem o ACS o médico não é sabedor do que está acontecendo na comunidade.

O agente de saúde é um somador da comunidade. Ele ajuda de forma significativa, porque ele está participando da realidade daquela família, nas casas, no dia-a-dia. Ele tanto é lá da comunidade como ele serve de ponte para a equipe de saúde que nem sempre é de lá.

Se a gente não souber o que está passando com o paciente o médico jamais vai saber. Então a gente é que vê o caso lá, e aquilo que a gente não pode resolver a gente leva para o médico e tenta resolver. Se estiver na altura do nosso alcance a gente faz junto com eles. O ACS só não é médico, mas do restante que acontece na comunidade ele participa de tudo.

O ACS como um profissional muito importante

O agente comunitário é muito importante para a comunidade. Antigamente a comunidade sofria muito porque se destacava da sua localidade e hoje, quando o médico não vai, nós vamos para a Unidade de Saúde, reservamos a ficha do paciente, marcamos a consulta e também nos destacamos para aquela localidade. A importância do ACS está no fato de ele trabalhar para o bem da comunidade e de gostar do que faz não pelo dinheiro, mas para ajudar as pessoas.

É o principal do PSF, porque ele é quem sabe o que está acontecendo com a comunidade. Ele que leva os problemas da comunidade para sua equipe saber o que é que está acontecendo.

Ele é um irmão em quem a comunidade confia. Tem uma ética muito grande, pois sabe de coisas da pessoa que às vezes até ela não estava sabendo. Então ele se torna mais importante do que o próprio médico, porque ele tem mais contato com a família.

Sem o ACS não tem PSF, porque a população não procura a enfermeira, não procura a médica, não procura ninguém. É sempre a gente. A gente trabalha 24 horas. É bacana falar que o agente comunitário é a peça fundamental.

O ACS em si mudou de cara, porque quando nós entramos no programa o nosso trabalho era de prevenção à saúde. Hoje em dia, nós fazemos tudo. A gente já dá informação sobre uma série de coisas que não está incluída no nosso trabalho. Tem pessoas que só tem o agente mesmo.

O ACS como uma autoridade na comunidade

Ser ACS é ser uma autoridade respeitar a comunidade. Eu me considero uma autoridade dentro da minha comunidade. A gente não abre a porta pra qualquer pessoa e a

gente tem que agarrar essa oportunidade, por que a cada porta que se abre é porque passamos uma coisa positiva.

O trabalho do ACS como um exercício de doação

É você se realizar em pequenas e grandes coisas. O primeiro passo é você gostar do que você faz em qualquer situação. Eu gosto de ser ACS. Eu digo assim, as minhas famílias, os meus hipertensos, as minhas gestantes, as minhas crianças. A gente tem aquele vínculo. Quem sabe tudo que está acontecendo ali, de todos os problemas de cada casa, somos nós. Às vezes, somos, também salvadores de vidas. Você tem que se doar para a comunidade, porque ser ACS é trabalhar em prol da comunidade.

Além de ouvir as pessoas nas casas, a gente faz um papel de psicólogo. Nós trabalhamos muito com essa parte social no nosso bairro onde tem muitas pessoas com problemas.

Nós somos ACS 24 horas. Hoje, seis horas da manhã, tinha uma na minha casa, pra eu ler uma receita pra ela. Se eu não gostar do meu trabalho, eu não vou fazer isso com amor. A gente não planta hoje e colhe amanhã, não; são vários dias.

Como um trabalho de transformação

O trabalho do ACS é um trabalho de transformação. Conseguimos conscientizar a população para, mesmo sem contar com os poderes públicos, mudar a realidade da comunidade.

Às vezes a gente quer passar o nosso trabalho e não esperamos o momento certo. Mas é muito gratificante. Eu, particularmente, cresci muito na minha vida.

O ACS está sempre preocupado com os problemas da comunidade, principalmente no aspecto sócio econômico da estrutura familiar; controle da natalidade; das crianças, das mães, dos adolescentes que muitas vezes necessitam de amparo social e de informação. Ele não é só um agente da comunidade, é um agente de transformação, de mudança.

O Agente de Saúde é um agente transformador. Mudar as idéias; mudar a saúde e o bem-estar dessa comunidade local; Mudar o centro de saúde; não só a unidade dele, mas todo o sistema.

O ACS como um detentor de poder

Antes de qualquer coisa acho que é saber ouvir. O retorno maior que eu espero do meu trabalho. É saber que eu tenho esse poder de melhorar aquela pessoa sem nenhuma droga, sem nenhum remédio, sem ser necessário que passe pelo médico. Simplesmente ouvindo. Nós somos Psicólogos, médicos enfermeiros e babás de gente grande.

Uma pessoa que liga. Traz informações do programa, leva informações para o sistema. Você é esse elo, essa ponte que liga as necessidades da comunidade com o PSF no todo, na solução de problemas, na elaboração das propostas também. Porque o Agente de Saúde tem também essa capacidade e esse poder de chegar junto.

É como pertencer a cada família

O agente comunitário de saúde também faz parte da família, porque muitas vezes a gente chega na casa e não fala só da doença. Nós nos sentimos família deles também, porque às vezes até problemas da vida dele eles comunicam para a gente, eles desabafam. Eu sou um ponto de referência para as famílias da minha área. Um ponto de apoio, um amigo; uma pessoa de muita responsabilidade porque tenho um vínculo maior que é a comunidade de confiança em todos os aspectos.

O Agente de Saúde não pode ser bonzinho. A gente tem que ser rude; tem que falar; tem que brigar com as pessoas. É ser irmão, pai, mãe da comunidade. E tem esse lado de deixar a família que eu acho que é o mais difícil. A gente deixa de ser só. Eu tenho 100, tenho 120, tenho 500 famílias, graças a Deus eu tenho muitas famílias. Nós somos psiquiatras e psicólogos, mas acima de tudo nós temos a nossa ética profissional. Eles têm a gente como uma pessoa de muita confiança.

O ACS como o principal do PSF

É contribuir de forma geral para prevenção e promoção da saúde da comunidade. A função do ACS, na minha opinião, é mais importante até do que a função de auxiliar de enfermagem, porque a gente tem que ajudar, saber falar, saber ouvir. Tem família que confia mais no ACS do que no próprio médico. Então, é uma responsabilidade muito grande.

O ACS como o profissional que domina a informação

É estar por dentro do assunto da saúde, participando do desenvolvimento da criança, da gestante, do adolescente, do idoso; é estar constantemente fazendo aquela visita e vendo o que está acontecendo com cada pessoa.

O ACS é aquele que descobre tudo que há de ruim e de bom que tem na comunidade e leva para a unidade de saúde. E essa informação, depois de usada vai para Município, para o Estado e para Brasília.

O ACS como educador

O nosso trabalho é um trabalho de orientação, de conscientização, de esclarecimento. Nós somos um grupo, somos cento e setenta e sete pessoas trabalhando, na rua, chuva, vento, tempestade. Não adianta; nós temos que estar na rua é o nosso lema. O trabalho é fora.

Ser um Agente de Saúde é ser um educador. No meu eu mesmo, tenho o objetivo de cidadania. Passar para os cidadãos os seus direitos e deveres, porque ninguém anda o seu caminho. Você tem que conhecer todos os seus direitos e deveres.

É trabalhar nas mudanças de forma preventiva, ajudando a comunidade a se organizar melhor na questão da saúde. Não é nem orientar só sobre a saúde e, sim, sobre o social da pessoa.

É identificar-se com a área que você trabalha, vivendo e participando da cultura local e introduzindo novas coisas. Fazer com que as pessoas entendam que também fazem parte do problema e que devem ajudar a resolver aquela situação.

É ser uma pessoa dedicada, com compromisso com aquela população que você se responsabilizou em ajudá-la. Ser o porto seguro delas. Que quando elas precisem, você esteja lá para apoiar.

É ser um membro da comunidade. Envolvendo a comunidade. Se o meu objetivo é estar na comunidade, eu não estou ali por acaso. Eu tenho um plano a exercer com esta comunidade e o plano é com ela e para ela.

É mobilização, conscientização e união com a comunidade, porque muitas vezes a gente precisa também estar disposto e saber ouvir e compreender as pessoas com quem a gente trabalha como um psicólogo que participa da história da vida, não só na saúde, mas como um todo. Muitas vezes eles chegam pra contar seus segredos. É ser muito corajoso. O ACS deixa tudo pra enfrentar o que vem pela frente.

2.2. Como o ACS se percebe

O ACS como um profissional Importante

Eu me sinto muito importante como ACS. As pessoas dependem do meu aconchego, de uma palavra; elas precisam de alguém que as ouça, que lhes dê um abraço. Nós nos tornamos parentes delas e elas contam com uma mãezona, mesmo. Elas dão satisfação para nós.

Sinto-me muito feliz com o que eu faço porque eles respeitam e confiam no meu trabalho. Você se sente com responsabilidade e ao mesmo tempo se sente importante, respeitando-os de igual para igual. A gente é gratificada com um abraço. Até com o cachorro que deixa a gente entrar na casa, porque é difícil o cachorro conhecer a gente, tanto é que a gente entra.

Esse trabalho me fez crescer; me fez melhorar e me fez ser gente. Uma pessoa importante para a comunidade que passa confiança para as pessoas, porque elas não se abrem totalmente com um médico e se abrem mais com a gente.

[...]Sinto-me como um médico, como um SAMU, como um psicólogo, assistente social, tudo. Cada visita é um problema diferente da gente resolver. A gente se torna várias pessoas em uma só, porque existem coisas que o usuário só fala para você. Sou uma pessoa muito responsável e atenciosa para todas as pessoas da minha comunidade, porque oriento e ajudo a família. Nas conversas, a gente desabafa ACS entrevistado).

Eu acho que se não fosse a gente o trabalho ficaria ruim. Os médicos, a equipe do posto de saúde ficaria conhecendo só o paciente que chega ali na hora. Através de nós, eles conhecem a comunidade toda.

Eu me vejo assim, o começo, o meio e o fim. É onde tudo começa, a primeira porta é chegada a nós; o meio porque nós vamos tentar solucionar aquele problema que está acontecendo, e o fim porque a gente chega e tem o resultado.

O ACS como um elo de ligação.

Uma pessoa da família e um mensageiro da minha comunidade. Como uma mola mestra que trabalha por baixo da comunidade. Sinto-me como uma ponte entre a comunidade e a minha equipe. Nós somos um elo entre a comunidade e o posto de saúde. A gente aprende em primeiro lugar e passa adiante essas informações bem importantes.

O ACS como um trabalhador angustiado

Nós somos uma peça importante, porque a comunidade confia muito na gente, mas está faltando um pouco mais de capacitação nas nossas mãos porque a gente faz muito e não tem muito a oferecer para eles. Muitas vezes a gente fica com as mãos atadas porque precisamos de ajudas mais específicas tanto pelo lado da capacitação, quanto na resolução dos problemas que a gente encontra no nosso dia-a-dia. Uma pessoa útil, que está sempre orientando; me aproximo muito dos meus pacientes e tenho uma relação muito boa, de confiança.

A gente se sente muito embaixo, porque falta o médico, remédio, exame no momento certo e quem está na ponta é que sofre mais. Eu também me acho uma pessoa falha como Agente de Saúde. Tento ajudar as pessoas da minha área, mas quando eu não tenho capacidade eu sofro muito. A gente absorve tanto as coisas boas quanto as coisas ruins: às vezes tem alegria; às vezes tem tristeza. Às vezes somos úteis e as vezes também somos angustiadados.

O ACS como um profissional capaz

[...] Sinto-me muito bem; eu me sinto muito feliz como agente de saúde. Eu me vejo uma pessoa responsável. Eu me vejo sendo uma pessoa íntegra, bem orientada para o trabalho que eu desempenho. Eu me vejo uma pessoa capaz como agente comunitária. (ACS entrevistado)

Eu procuro sempre estar ajudando. Ajudo quando posso, quando não posso eu procuro os que estão acima da mim pra gente resolver. A comunidade gosta muito de mim. Eu me acho ótima, porque cuidar de pessoas é gratificante sim, mas não é fácil. A gente é guerreira. Adoro o que eu faço e dou o melhor de mim.

Deixando a modéstia de lado, eu acho que nós somos profissionais hiper, super capacitados. As pessoas que estão aqui, além de serem profissionais, se realizam dentro da profissão.

2.2.5 O ACS como um educador

O trabalho do ACS é maravilhoso; é um trabalho muito bonito. A gente se sente na comunidade mesmo e a comunidade considera que o PACS é uma coisa boa que foi feita pelo SUS, que nunca deve acabar. Esse trabalho tem que continuar e, dessa forma, a gente vai educando o povo.

Eu me vejo como profissional, educador da comunidade, orientador, amigo. A contribuição mais importante é levar conhecimento às famílias, orientá-las, e levar saúde para a comunidade.

Como pertencente a cada família

Nós somos mais do que agente comunitário; a gente é um porto seguro e, além de um porto seguro, a gente é um componente daquela família.

Eu me sinto importante de poder ajudar meu companheiro, meu amigo, as famílias, porque eles nos passam confiança. Sinto-me um pouco psicólogo e aí eles acham que a gente tem que estar preparado, porque a gente vai encontrar muito problema. Então, a gente é um membro da família, assim, mais uma muleta.

O ACS Como um profissional que gosta do que faz

Eu sou apaixonado pelo meu trabalho. Eu já mudei bastante, antes de eu começar a trabalhar nesse ramo. Eu já estava começando a cair em depressão. E com esse trabalho a gente aprende que tem muitas outras pessoas que sofrem mais do que a gente. Têm problemas mais graves do que os nossos e a gente acaba aprendendo com eles.

Eu sou muito realizado com esse trabalho, sou feliz com o meu trabalho. É muito bom você se sentir útil a alguém. É muito bom você poder ajudar alguém quando precisa. Procuro fazer o melhor pelas minhas famílias.

2.3. Como o ACS percebe a comunidade

O ACS percebe a comunidade como um filho

A gente passa a cuidar como se você estivesse cuidando de um filho. Você tem que estar orientando o tempo todo. Às vezes a gente dá um puxão de orelha, também, é preciso a gente dar neles para animar um pouquinho mais, porque estão lá embaixo no fundo do poço e você sabe que já deixa ele bem mais alegrinho. Outro dia a gente passa e o vê no parquinho tomando um sol.

Está vendo o que eu falei ontem para você?

Depois com o passar do tempo a gente vê que eles começam a amadurecer e começam a fazer o tratamento certo. A gente tem que educar até ele chegar naquele ponto.

Mas a gente sempre puxa também a orelha para a responsabilidade que eles têm que ter porque a saúde é deles. Então, é uma maravilha aquilo. Você visita, conversa, orienta e depois eles vêm agradecer.

Às vezes você fica até responsável pela medicação do usuário. Então, você leva para a casa e você está ali cuidando da medicação para você levar no dia seguinte para ele. É uma responsabilidade muito grande assim. Você já dorme pensando no outro dia.

A comunidade não vê o positivo

A gente tem mais elogios do que reclamação do usuário, mas se tu não conseguiste fazer o que ele queria, ele vai te criticar. Faz dez coisas certas e uma errada, eles só vão olhar a errada. Eles adoram falar do outro para a gente. Há sempre o descrédito. O trabalho em si de ir lá, orientar, informar o que é positivo, o que a gente tem que fazer mesmo a comunidade não vê.

Tem visita que tu levas uma tarde inteira e tem visita que você consegue orientar tudo para essa gente em 15 minutos porque ela tem cultura. Já tem outra que não tem cultura, mal sabe ler e escrever e eu tenho que ter muita paciência para explicar. A pessoa tem a mente muito pequena; não é uma mente aberta; não entende. Ela acha que o nosso trabalho é visitar, não importando como. Tem que ter a qualidade, não a quantidade.

A comunidade quer a solução para todos os seus problemas

Nós temos vários tipos de comunidades. Existe um tipo de comunidade que vê o ACS como um elo; como esse líder comunitário; como parte integrante de um trabalho dentro da equipe. Mas existem comunidades que esperam muito mais do ACS do que isso. Ela quer que o ACS faça vacina; quer que ele entregue o remédio; dê remédio na comunidade. Quer que ele faça o curativo; quer que ele traga o doente lá no hospital e fique

acompanhado lá dentro do hospital, entendeu? Eu estive numa comunidade recente em que eu disse que eles não queriam Agentes Comunitários; eles queriam alguém que carregasse a comunidade nas costas. É um complexo de Atlas. Então, é como eu te digo, existe a comunidade que entende o trabalho do Agente Comunitário como líder comunitário, como peça integrante da equipe de saúde, mas existem aquelas comunidades que são mais agarradas a achar que deve fazer coisas que eles não devem fazer.

Eu acho assim, a comunidade à vezes vê o ACS como tudo, às vezes ela quer exigir coisas assim, que a gente nem tem poder de fazer. Pelo menos agora, com esse negócio do cartão SUS, a gente teve todo o trabalho de fazer o cartão de todo mundo, só que não veio o cartão de algumas pessoas. Não sei se a culpa foi da gente ou do digitador. Então, agora eles vão ao hospital, não fazem a cirurgia e partem para cima da gente. Um dia desses uma usuária foi logo dizendo que não tinha feito uma cirurgia por culpa minha, porque eu tinha tirado o cartão dela.

A comunidade coloca muita responsabilidade em cima do ACS. A comunidade se conscientizou de que o trabalho do ACS é levar informação; é orientá-la. As pessoas acham que o ACS é um Deus para; que tem que fazer tudo para elas e se não fizer, elas vão dizer que faz cinco anos que você não passa lá.

Quando o ACS está sendo o que elas querem, enquanto você vem aqui marcar uma consulta para elas, enquanto você está ali bonitinho, está tudo bem. Mas a partir do momento em que entrou o cartão SUS, entrou a bolsa-família, não tem um ACS que preste. Por quê? Porque eles dizem que são todos mentirosos. Aí eles vão lá no hospital e dizem que não podem ser atendidos sem o cartão SUS; correm na Secretaria e a Secretária diz: "... Vá para o seu ACS, o seu ACS vai dar um jeito no seu cartão provisório". Mas, como se a gente não tem cartão? Aí eles vêm: Cadê o meu cartão? Eu vou morrer.

Os usuários vêm na gente uma pessoa que vai lá para solucionar um pouco dos problemas deles, das dificuldades deles. Não em termos de resolver o problema, mas indicar o caminho que eles devem seguir, porque a gente é líder da comunidade. Então eles sempre esperam que a gente tenha a solução. Mas, às vezes falta a palavra porque você não pode fazer tudo. Não temos essa possibilidade ainda. A nossa explicação para eles é um caminho que vai se abrindo sempre.

A mãe acha que eu também tenho que ir à escola resolver problema para ela na associação dos moradores. Eles sempre vêm na gente aquele espelho que você chega lá e tem como indicar o caminho para seguir. Então, é gratificante, é muito bom. Mas às vezes você vai para casa meio murcha porque escapa da tua mão; tu não tens mais o que fazer para ajudar as pessoas a solucionarem os seus problemas. Mas elas nos vêm como uma solução para os problemas delas, de uma certa forma.

Eu sinto que eles sugam o nosso limite. Nós não temos acesso a tudo; ninguém consegue fazer tudo e eles cobram da gente. Então, isso é o meu limite que às vezes eu me sinto sugada, porque tudo na vida tem limite.

A comunidade como famílias que o ACS tem que ajudar a se instruir

Eu quero o melhor para a minha área, para todas as famílias da minha área. É como se alguém te mandasse ir lá no mato, te desse uma árvore e tivesses que fazer um pilão sem saber ser marceneiro, alguma coisa assim. Tem que podá-la; tem que cortá-la, tem que limpá-la, deixá-la bonitinha. O meu desejo é que aquela família destruída não esqueça do preventivo, das crianças, da vacina. Queria que todos da minha área fossem conscientes de que têm que prevenir a saúde. Então, eu sou a marceneira que nunca fiz nada, mas que tem

que ajudar aquela família a se instruir, ter conhecimento das coisas e do funcionamento do posto.

A comunidade como reconhecedora do valor dos ACS

Eu acho que a comunidade reconhece o valor dos agentes. Tem algumas intrigas, algumas implicâncias, mas isso, eu acho que é normal. Tudo que a comunidade quer reunir, eles falam com a gente. Então, eles gostam muito do serviço. É bem assim como um anjo da guarda deles.

Os usuários vêm a gente como um amigo, como um filho. Tem pessoas que falam: - eu queria ter um filho igual a você. Você é educado, você sabe tratar as pessoas. Reclamam até de outros agentes que já trabalharam na área.

É muito relativo; é uma questão de necessidade. Se eu atendi na hora da necessidade, é um show. Se eu não atendi, é o diabo. E o pior é que você tem que levar para o lado profissional. A pessoa lhe esculhambando e você ali, minha querida e tal. Tem hora que dá vontade de dar um bofete bem grande, mas tem que agüentar, por que é profissional. Não pode levar para o lado pessoal. É o profissional que está ali, não é o pessoal.

Nem todo o dia é dia santo. A gente percebe que tem dias que o pessoal não está de bom humor, têm problemas na família, como todos nós temos. Mas em cada dia, em cada visita a gente percebe a importância que o agente comunitário tem.

Eu acho que a comunidade me vê assim como uma pessoa amiga. E estou sempre levando orientação, mostrando a importância do agente comunitário de saúde, e que também não meço esforço na hora de dar uma orientação, seja no meu horário de trabalho ou não.

Na verdade, o pessoal nos vê como um anjo da guarda que sempre está ali, porque anjo da guarda tem que estar do lado. Quando tem um problema eles correm logo para a gente perguntar. Tem sempre aquela primeira pessoa para quem eles vão perguntar: o agente de saúde. Tanto que foge até do nosso trabalho. Não é nem mais só na questão de saúde, em outras coisas eles vêem você como aquela pessoa capacitada que pode fazer aquilo: Preencher um documento, uma coisa, uma ficha. Eles não vêem o ACS só como profissional da saúde, pois você participa todo dia lá na casa deles e já se torna um amigo, um anjo.

Pelo menos na minha comunidade eles me consideram bem, porque eu nunca estou de braços cruzados, sempre eu estou a fazer o que está no meu alcance para ajudar. E quando não está no meu alcance também eu corro atrás de ajudá-los na melhor forma possível para que ninguém se chateie, para que todos saiam ganhando.

O nosso trabalho é defendido na comunidade. É assim que eles nos vêem, como um elo de informações. O agente de saúde passou a ser o centro, o computador com todas as informações que eles querem.

A comunidade como carente de informação

A minha área é de classe média, não é uma área muito carente e eu encontro muita resistência das pessoas. Principalmente quando elas dizem que moram em prédio, que têm UNIMED, que têm um plano de saúde. Elas não atendem. É só por interfone mesmo; não deixam você circular no prédio. " eu tenho plano de saúde!". Não acreditam no Programa. Eu já ouvi muito isso. Eu acho que está faltando um pouco de informação ainda pra comunidade, em geral. Esclarecer bem o trabalho do agente que é limitado, infelizmente.

Nós só somos bem recebidos onde as pessoas precisam. Quem realmente precisa nos recebe bem. Eles te dão valor. O usuário não vê o trabalho da equipe. Quem vê o enfermeiro

e o médico é a gente. O usuário não vê o trabalho porque o trabalho do ACS é um trabalho de formiguinha. A visão deles é que o ACS está andando a toa.

O serviço do ACS é uma profissão nova. Então, falta conhecimento da comunidade sobre o ACS. Você pergunta o que é um agente comunitário, ela não vai saber falar. É igual à idéia de que a gente fica andando a toa. Nós também ouvimos isso, que estamos andando a toa. E não é isso; você fica ali correndo atrás da pessoa. Você sabe que a pessoa tem pressão alta; você vai lá para ver. Eles são tão assim... uns por falta mesmo de interesse que são esses mais da classe média, que acham que não vão precisar e outros não têm noção ainda da mudança que houve.

- Doutora, lá na minha casa não vai ACS.
- Mas, por que não vai?
- Porque eles não trabalham!

Às vezes você não quis receber o agente; você não quis se cadastrar. Você vai logo dizendo que na sua área não passa agente; que não conhece quem é o agente. É falta de informação que prejudica o nosso trabalho

O usuário como folgado

Tem muito usuário que é folgado na minha área. Você vai visitar hoje e na semana que vem ela olha bem na sua cara e pede para marcar uma consulta. Aí eu falo, se a senhora vai lá de manhã cedo, por volta de cinco horas, cinco e meia, a senhora consegue. Dez e meia ela chega lá:

- Eu vim consultar.
- Mas o médico não vai atender a senhora agora.
- Mas você falou para mim que se eu chegasse aqui ele ia me receber.

- Folgada...
- Passei mal a noite inteira.
- Dez e meia! Aí já é folga demais.

A comunidade vê o ACS como um ombro amigo

A comunidade vê o ACS como o ombro amigo na hora mais difícil que é muitas vezes quando a pessoa perde um ente querido da família. Inclusive tem muita gente que me chama de papa defunto e eu vou mesmo, porque eu gosto de ir; porque eu sei que aquele momento é a hora em que a família está precisando. Eu acredito que a comunidade está vendo a gente também como um amigo, um psicólogo, como uma pessoa lá do antro.

Os usuários como sendo difíceis demais

Tem pessoas na comunidade que, Ave Maria! Mas, tem outras que acham que você tinha que ter toda a solução dos problemas. Tacam o pau; não querem nem saber e quando chegam na presença do médico e da enfermeira eles maneram. Outros valorizam o nosso trabalho e dizem:

- ah, meu agente de saúde ele, é muito bom; ele faz isso por mim.

Você agrada a uns e desagrada a outros.

Tem pessoas que consideram o nosso trabalho importante. Outras acham que ele não é necessário. Mas, é no dia-a-dia que elas vão descobrindo que realmente nós somos importantes. E a gente não pode ter raiva delas. Isso é uma coisa boa para o aprendizado da gente mesmo; para a gente crescer como agente de saúde. Então, é essa conscientização do povo que torna o nosso trabalho melhor.

A gente trabalha com pessoas diferentes umas das outras. E, de fachada, elas são muito receptivas. A gente chega e é bem recebido. Mas aí não dá pra dizer que elas não gostam da gente, porque a maioria diz pra gente: Ah, como é bom ter o Agente de Saúde, saber que tem alguém que se preocupa com a gente, que chega na casa da gente e entra, fica à vontade e conversa com a gente.

A comunidade não sabe andar sem o ACS

Tem uma pessoa que está precisando de um hospital, chama ali o Agente de saúde para levar o fulano. Agora o ACS é tudo; ele é a solução; ele é o deus, ele é o diabo. A comunidade não sabe mais andar sem o agente de saúde.

É muito relativo

É difícil para o ACS satisfazer as pessoas o tempo todo. Tem gente que pensa que você é funcionário dele e acha que você tem a obrigação de dar tudo, de conseguir tudo para ela. Isso nos frustra como profissionais. Porque a gente não tem essa responsabilidade e a gente não é capaz de solucionar tudo para eles.

Tem sempre um reclamando, mas a gente não pode desistir do nosso trabalho. Eu acho que o nosso trabalho tem que continuar e agente tem que ter meios para continuar. A gente tem que ter meios para modificar, criar cooperativas nos bairros, mudar totalmente o padrão econômico das famílias, porque o principal é isso, se a pessoa tem condição de pagar consulta, pagar uns exames não seria bem melhor para o governo do que ter que arcar com isso? Então se gente tem condição, se eu tenho condição de pagar, eu vou para a fila de saúde.

Eu acho que tem os dois lados: o lado da comunidade que vê a gente como um profissional, como um amigo, como o ato de estar buscando informação, de estar explicando

as informações que eles recebem. Tem também um lado da comunidade, não toda, que nos vê como uma pessoa que está ali só para receber o seu salário, sem fazer nada; uma profissão que não serve para nada, que não tem valor.

Eu acho que eles não têm coragem de botar pra fora a insatisfação deles lá na unidade. Aí, eles esperam o agente de saúde. O Agente de saúde é o escudo. Isso não é tão negativo. É positivo também, porque eles precisam colocar para fora e é com o ACS que eles tem mais afinidade e mais confiança.

2.4 COMO O ACS PERCEBE A EQUIPE

O ACS percebe a equipe de saúde como depende dele

Não tem separação, porque lá nós somos todos iguais: médico, enfermeira, Auxiliar de Enfermagem, ACS. Eles falam assim pra nós: "O que seriam deles sem nós, que eles já não vivem sem a gente mais". Ali na nossa unidade é assim: O médico senta junto com a gente, vem tomar um café, a zeladora vai lá almoçar junto com a chefia, não tem aquela divisão, não. A gente sente que é importante, tanto para o médico, para a Enfermeira, para o Auxiliar, para a chefia.

O agente da Unidade de Saúde traz as situações para eles e imediatamente eles vão à busca de solução. Então, você percebe que está sendo benquisto dentro daquela equipe. Hoje em dia todo mundo é da unidade, todo mundo é uma equipe, trabalha como uma equipe, mas foi uma conquista.

O Agente Comunitário era lá fora, na rua. Dentro da unidade não. A gente enfrentou bastante dificuldade para quebrar essa barreira. Agora, a gente consegue ter uma amizade legal, inclusive com os médicos. Hoje a gente faz parte da equipe como se fosse um

Enfermeiro na unidade. A unidade não estava preparada para receber o nosso próprio trabalho.

A equipe como reconhedora da importância do ACS

A gente sente que é importante, tanto para o médico, para a Enfermeira, para o Auxiliar, para a chefia. Às vezes fala: "Me ajuda a arrumar esse livro" aqui, hoje mesmo o médico: "Me ajuda a separar essas receitas aqui". Isso é muito bom.

Antes, o médico era aquela coisa que ficava lá em cima e você, aqui embaixo, caladinho. Hoje a gente faz visitas domiciliares com o médico, com a enfermeira. Eu pensava que nunca ia existir isso. Mas aí não se pode generalizar; alguns nem olham para a sua cara, mas tem uns que conversam com você e explicam tudo direitinho.

O ACS considera a equipe como uma segunda casa

Eu acho que a equipe é uma família. Tanto que eles se preocupam muito com a gente. A minha equipe eu considero a minha segunda casa. Porque a gente fala do nosso lado profissional, do nosso lado família, do nosso íntimo. A nossa relação e a nossa equipe lá é assim. É a minha segunda casa.

Eu acho que eles nos vêem como uma peça importante, por que se nós não estivermos lá para o que está acontecendo e a equipe for para a rua, eles não sabe nem o que fazer e a gente deve fazer tudo, porque somos pau para toda a obra.

A equipe considera o ACS como uma ponte

Pelo menos na minha equipe, eu acho que eles sabem onde começa e onde termina o trabalho do ACS. A enfermeira sabe. Já sobre o médico eu não tenho uma opinião muito

definida, porque não tenho contato com ele. A gente não pode sobrecarregar o ACS com atribuições que não são deles.

A equipe vê a gente como profissional em nossa área, cada qual fazendo a sua parte. Nem o enfermeiro faz a nossa parte e nem o agente comunitário de saúde faz a do enfermeiro. Mas a comunidade ainda não sabe qual é a nossa meta de trabalho. Ela quer que a gente faça coisas que não está em nosso trabalho. O agente comunitário de saúde não pode aplicar injeção, mas lá na minha área mesmo eu sou obrigado a aplicar injeção porque eles exigem.

Existe a hierarquia, o médico, o enfermeiro, agente de saúde, mas como um profissional que está trabalhando ali do lado, principalmente como uma ponte. Eu acho que ele me vê assim, como uma ponte entre ele e a comunidade, porque realmente ele não conhece a comunidade como o agente comunitário de saúde conhece. O médico é como ela falou, ele fica meio perdido sem o agente de saúde, então a gente tem uma função importante.

A equipe considera que o ACS deve fazer tudo

Os outros profissionais acham que a gente deve fazer tudo, que somos pau para toda a obra. Mas minha enfermeira, não. Ela já vê o contrário, ela vê que a gente tem as nossas atribuições, que nós temos o que fazer e muita gente não vê isso, acham que a gente tem que fazer tudo.

O ACS não se sente considerado pela equipe

Olha, a gente nem pode generalizar, mas tem algumas equipes de saúde que não consideram que o ACS faz parte da equipe. Eles não valorizam o que acontece na equipe. O médico passou a valorizar, porque no começo ele não via o trabalho da gente como

importante. Mas, depois a gente lhe ensinou que ele precisava da gente; que o nosso trabalho era importante. Agora recentemente eu não posso falar porque nós estamos com médico novo e a gente nem conhece ela direito. Mas, infelizmente, tem algumas equipes que não valorizam o Agente de Saúde. É o ACS lá e a equipe do PSF aqui.

Cada profissional em particular tem o seu modo de considerar a pessoa do ACS, mas eu vejo que às vezes a gente precisa lutar pra conquistar essa consideração, porque nem sempre a pessoa chega com a idéia do que é o programa. É um eterno aprendizado. A maioria da nossa equipe considera o agente como o membro da equipe que tem a obrigação de levar indicadores altíssimos. E também está acontecendo muito o problema da comunicação, que está travado.

2.5. COMO A EQUIPE PERCEBE O ACS

A equipe percebe o ACS como fundamental

O ACS é fundamental. A equipe não consegue chegar às famílias sem o Agente Comunitário de Saúde. Ele tem um olhar muito próximo das necessidades daquelas famílias para trazer para gente.

Eles estão mais próximos da comunidade; eles identificam o problema e o levam para a gente. Se não fosse eles seria mais difícil. Sem o ACS a gente não conseguiria avançar em hipótese alguma na estratégia de Saúde da Família. Ele tem um conhecimento bem maior e também um vínculo bem mais arraigado com a comunidade do que o restante dos profissionais. E sem esse vínculo e sem essa contribuição, jamais a gente poderia chegar aonde nós chegamos até hoje.

Nós temos dez anos de amadurecimento no PSF. Estamos num momento muito melhor agora. Aqui em Joinville o PSF foi implantado sem o agente comunitário e eu não sei

como é que eu conseguia fazer PSF sem agentes comunitários. A equipe tinha que sair muito mais para enxergar a comunidade. A inclusão do ACS no decorrer desse tempo trouxe um amadurecimento da equipe e do Gestor.

Os grupos melhoraram muito e fez um diferencial muito grande, trabalhar com o agente comunitário na estratégia de saúde da família em Juiz de Fora. A mortalidade infantil mudou muito depois do PSF e depois do agente comunitário que levou esses problemas para a unidade. A mudança na saúde se deu quando se criou o veículo com a comunidade e se passou a fazer a busca ativa. A gente tem o conhecimento de fato da população do território e consegue fazer esse acompanhamento diariamente nas visitas domiciliares.

O ACS precisa ser valorizado

A remuneração precisa melhorar com relação ao Agente de Saúde. Eles têm que ser melhor explorados, incentivados a participar ativamente da equipe do PSF. Assinam o ponto e vão fazer suas visitas; voltam, assinam o ponto e pronto. É fundamental estimular uniões do ACS com a equipe e integrá-lo ao processo de educação e saúde, também. Os Agentes estão sendo pouco motivados. Através do Agente é que são formados esses grupos. Sem eles não há grupos e não há trabalho. Então, eles são essenciais. Se não houver o trabalho do Agente de Saúde, fica muito difícil para os médicos chegar até o acamado, o hipertenso, o diabético.

Todo o mês vão lá com aquela balancinha e falam para a enfermeira: Oh, fulano está de baixo peso. Vou trazer ele aqui, marcar consulta. Sem eles não seria PSF, seria centro de saúde.

O ACS tem que se ver realmente parte da equipe. Ele tanto pode ser um facilitador como alguém que vai dificultar o seu trabalho em equipe. E daí a importância dele entender

que não é o principal da equipe, mas que é uma peça chave para a equipe entender o que vai chegar até a gente e a gente conseguir entender o que deve chegar até a comunidade.

O ACS ainda não sente que é equipe. Ele se sente aquela pessoa que apenas traz informações para facilitar o trabalho daquilo que foi dito pra ele que era a equipe. Muita coisa Terá que avançar para que o ACS faça parte da equipe.

A função do ACS deve ser resgatada

Sempre tem um ACS que quer ser o doutor. Ele não se contenta em fazer o trabalho dele. Não sei se ele é frustrado. Mas ele quer andar com o tensiômetro na bolsa fazendo o trabalho do auxiliar de enfermagem, ele quer medicar fazendo o nosso trabalho. Tudo bem que ele chegue e diga: "Olha, está assim, assim. Mas ele já tentar resolver o problema do usuário sem o usuário chegar nem na nossa sala, nem lá no posto.

Com o PROF AE todos os Agentes Comunitários de Saúde tiveram o acesso a fazer o auxiliar de enfermagem e, então, em vez de estar executando aquelas atividades educativas na comunidade, começaram a querer executar as atividades de auxiliar de enfermagem. A nossa esperança é resgatar o papel do ACS com a atual proposta de capacitação técnica.

A cultura da comunidade é tomar remédio, tirar pressão, passar em consulta, fazer exame e o ACS está ali inserido naquela comunidade. A gente tem que começar a resgatar a importância daquelas atividades de prevenção e educativas, que ele próprio desvaloriza.

2.6. COMO OS USUÁRIOS PERCEBEM O ACS

O que você conhece sobre os ACS?

Agentes Comunitários são as meninas que visitam a nossa casa. É a minha vizinha. Eu acho muito viável mesmo. Agora, a humanidade é uma coisa, por muito que a gente faça, não agradece; porque devia se reunir e agradecer.

São aqueles que fazem visitas nas casa, né? Na minha casa, na área que eu moro, tem agente que todo mês faz a visita para saber como é que a gente está, para ver se alguém está gestante. Ah, eu gosto. Ela é bem legal, é atenciosa. Eu escuto e faço o que a ACS recomenda.

Quase todo dia ele sempre vai lá, sempre quando chega remédio para a minha mãe porque minha mãe tem pressão, aí ele, “olha, diga a sua mãe que já chegou”. Às vezes, ele leva e às vezes ele vem pegar. É o Edilson. Eu gosto dele. Ele é legal, é uma pessoa do bem. Eu daria nota 10 para ele. É a Jurema. Ela visita e orienta direitinho. ...

Uns acha bom, outros acham ruim e tal, mas eu, como tenho 50 anos aqui neste bairro, não vi nada aqui que esteja errado. Só vejo benefícios. Você sabe que a gente tinha aqui só muita injustiça. Hoje está uma beleza, está cem por cento para o que era.

Tem uns aí que eu conheço. Eu tenho prestado muita atenção no trabalho deles. De vez em quando eles aparecem. O nome dela é Nalva. Só que ela não está indo mais na área lá. É outro rapaz, não sei direito o nome, porque está com umas 3 semanas que está indo lá. O pessoal diz que eles também têm sido bem atendidos.

O nome delas é Andréa e Luciene. Tem duas Andréa, Andréa Pereira, eu não sei qual delas é a Andréa Pereira, ela mora aqui ao lado da Igreja Universal.

Eu conheço o Programa. Era a Patrícia, agora ela está de licença e tem a Sandra também, quando não é uma é outra.

Vão lá perguntar como é que a gente está, se está tudo bem, se não tem alguém doente. Eu Consigo, sim, fazer o que ele recomenda. Ele Fala para a gente cuidar da água, não deixar vasilha no quintal por causa do mosquito da dengue.

Como o trabalho do ACS é percebido na comunidade?

Eles ensinam muitas coisas; a gente até se esquece. Aí se lembra de um: é necessário fazer a limpeza para que não receba àquelas imundices, principalmente rato, muita doença de rato; previne a gente para não deixar água nos tanques.

Eles vão nas casas pra pesar as crianças, marcar alguma consulta. Se precisar, eles param e vêem o que a gente está precisando.

Vão na minha casa todo o mês. Às vezes é para ver os bebês e às vezes e para ver como a mãe do bebê está.

Quem me atende mais é a Sandrinha, que ela vai nas casas. Ela vai para dar vacina nas crianças. Então tem que trazer a carteirinha para conferir cinco vacinas. Elas trabalham muito direitinho sobre isso. Elas vão avisar; às vezes é longe e elas vão a pé. E eu sou muito bem atendida. Não tenho reclamação delas. Elas fazem aquelas palestras, pegamos o remédio. Primeiro mede a pressão, vê como está a diabete, se preocupa com a gente. O remédio tem todo mês certinho, não toma quem não quer. E antes não vinha e eu tinha que comprar o remédio que vinha pouco. E a gente não tinha dinheiro para comprar o remédio. Então a agente de saúde falou para nós, se vocês não tomar o remédio agora certinho é porque vocês não querem, porque os remédios vêm certinho. É mesmo, ela falou certo. Não tenho reclamação. Há muitos anos que eu venho ao posto.

Ela vai na casa da gente e atende bem a gente. Se a gente não estiver em casa, deixa o papelzinho. Esses dias, foi lá em casa, deixou um bilhete para eu vir aqui e já marcou tudo

sozinha. Explica bem as coisas para a gente, é bem legal; bem simpática. Eu acho importante, eu gosto que ela venha nas casas.

Eu vim no posto mais através delas, que elas vão lá. Já foram lá na minha casa me procurar e já foi assim. Eu tenho o convênio, mas eu nem procuro mais o convênio, eu venho mais aqui. Eu gosto do atendimento.

Elas me procuram; vão à minha casa; procuram minha família, toda a semana, duas vezes, às vezes três vezes por semana. Eu fico muito satisfeito. O doutor vai lá em casa com elas.

Elas vão à nossa casa, marcam a data do exame; Elas levam pra a gente fazer os exame; levam os "prontuáriozinhos" pra a gente seguir certo e fazer exame.

Como a comunidade avalia o trabalho do ACS?

Tem uma dedicação boa de passar para a gente; transmitir para a gente aquilo que a gente não conhece e a gente vai pegando a prática e também não vai dando muito trabalho para eles. É uma coisa legal para a gente

Eles vão nas casas e sempre que nós precisamos de alguma coisa, nós somos atendidos. Cuidam bem da gente. É muito bom, porque cuida da saúde da população inteira. Eu estou gostando. Eu sigo as orientações dela porque eu sei que é bom para mim e para o meu bebê. Eu acho excelente.

É pelo atendimento deles que é bom. Quando a gente precisa eles vão lá, marcam consulta. Se eles estiverem passando na rua e a gente chamar, eles param e vêm o que a gente está precisando. Eu sou diabética, tenho pressão alta e todo o mês eu tenho o meu remedinho.

Eu Recebo a visita da Agente de Saúde. Eu tenho sempre recebido.

Olha, está sendo bom, poderia ser melhor ainda...

Eu fico de fora, olhando a situação. Porque é pra ver melhor. Eu fico de longe olhando. Elas trabalham muito bem. Os moradores às vezes não gostam. São essas coisas. Eu, sinceramente, não vou dar uma nota dez porque eu tenho uma filha que é Agente. Mas eu dou nove, porque elas trabalham muito bem.

O nome da minha ACS é Virgínia. É que eu tenho problema de memória, porque eu tenho problema de labirintite. De novembro pra cá. Antes, eu era com Alba. Eu acho ela uma pessoa muito excelente, porque elas trabalham muito bem mesmo. Vão nas casas; levam os recados quando é para a gente dizer das crianças; As reuniões elas botam a data, mas passam lá pra dar o aviso:

- se lembre que a reunião é amanhã.

- Está bom.

- Presta atenção. Olha, seu Médico tal, a consulta é tal dia.

Aí eu pego; Faço os exame aqui também; aí ela vai lá entregar na porta e diz:

-olhe, é pra clínica tal, pra laboratório tal

Aí a gente vai e faz.

Tudo é muito bem atendido, graças a Deus, tanto eu como minha filha. Minha filha fez pré-natal aqui e é muito bem atendida com a doutora. Faz quatro anos que eu vivo na Conceição e eu não quero coisa melhor do que aquele posto de saúde. Tudo são ótimos. A

Enfermeira, a doutora, a Agente de Saúde. É nas casas mesmo procurando. A Alba ela chorou pra se despedir de mim.

- Mas a senhora vai se mudar, dona Marli?"

Eu digo:

- Vou.

Ela disse

- Oh! Pelo amor de Deus, não faça isso não, que a senhora... Eu vou perder uma pessoa que eu adoro, Porque tem vez que a gente chega nas casas e é mal recebida.

O trabalho delas é ótimo. Ela vão na minha casa de mês em mês, porque eu também estou sempre aqui conversando com elas. ...

Em casa é difícil delas ir, até porque eu sou uma pessoa muito difícil de vir aqui procurar atendimento. Eu só venho no último caso, quando eu vejo que é um problema que eu não posso resolver. Ela é maravilhosa. Além de ela dar informação, ela é muito querida para chegar, para falar, para conversar. Que sempre continue assim. É bom, tomara que não acabasse. Eu tenho medo de acabar isso.

É muito importante. Que nem hoje, hoje é o grupo de minha rua, se eu não viesse, quando é amanhã, o agente aparece lá. Porque você não foi no grupo, o que aconteceu? Então isso é muito importante. Todo o mês, a gente tem na primeira quinta-feira o grupo para quem toma a fluoxetina, então a gente escuta cada barbaridade. Eu já não penso assim. Mas tem muita gente que pensa diferente por causa dos afazeres de cada. Ah, todo o mês tem que ir lá ficar a tarde toda escutando aquelas abobrinhas. Eu já não acho, porque tudo que eles passam para a gente aqui é para a nossa melhoria. Só que nem todos pensam igual.

Então eu acho muito importante o Programa dos Agentes de Saúde porque eles estão sempre em contato com a gente. Porque se deixar pela gente, o brasileiro é acomodado, eu venho aqui hoje porque eu estou com problema, se daqui cinco meses eu não sentir nada, eu não venho mais. E aí a minha saúde e a minha pressão descontrolam tudo.

É uma moça que mora logo após a minha a rua, eu esqueci o nome dela. É uma ótima criatura. Ela vai saber porque eu e minha mãe temos problema também de pressão. Ela vai saber se a gente já veio para o médico, se a gente já pegou o remédio, se está com o remédio em casa, se a gente está tomando o remédio. É prestativa também.

É bom, porque é explicado sobre a saúde, sobre os riscos que a gente corre, sobre os perigos das coisas ao redor de casa, sobre lixo, tudo, sobre higiene, é muito bom o que elas passam para a gente.

A minha Agente é a Mônica e a Shirley. Elas são excelentes; explicam para a gente direitinho. " oh, não pode ficar sem o remédio. A senhora sabe que é hipertensa e corre muito risco de vida, a senhora faz uma comida mais sem sal, menos gordura, a senhora faz caminhada, a senhora come mais verdura. E a gente procura fazer sempre o que eles pedem.

Aí começa pressão tudo de novo, a gente vem, conversa com a agente, procura ver o que aconteceu; a agente fala, não, mas é assim mesmo, minha filha, não pode ficar assim não. Tem que fazer de tudo para ficar boazinha, ficar bonitinha. Eu chego a chorar. Tem dia que eu não agüento não, não dá para agüentar, e é assim. É um bem para nós. Nós aprendemos com ela o que ela aprende com nós. O que nós não sabemos, elas vem aqui e ensinam; o que a gente está em dúvida, a gente pergunta e ela explica; o que elas estão em dúvida a gente também responde pra elas. Um ajuda o outro e tudo dá certo.

3. CURRÍCULO FORMAL E CURRÍCULO PRATICADO: Da intenção ao gesto

3.1. A intencionalidade

É consenso que o PACS / PSF constituem estratégias complementares de reinvestidas nas políticas de implementação e consolidação do SUS. A pedra fundamental nessa permanente construção é o paradigma da Saúde Coletiva, na medida em que aponta para além das Políticas de Saúde Pública propriamente ditas, tradicionalmente veiculadas como um conjunto de ações de responsabilidade do Estado, caracterizadas como ações sobre o meio; sobre a força de trabalho e sobre aqueles aspectos da vida social que possam constituir razões de Estado.

A concepção ampliada de saúde, resultado da prática teórica e ideológica do Movimento Sanitário Brasileiro, que se materializa no campo conceitual da Saúde Coletiva resultou em uma nova concepção de integralidade para as práticas de saúde, cuja unidade dialética nos diz que a ação dos profissionais de saúde resultam da articulação de atributos indissociáveis que são de natureza técnica, política, econômica, ideológica e educativa, independentemente de as intervenções, os atos e procedimentos serem voltados para a cura, para a prevenção ou para a reorientação das relações sociais no campo da saúde. O modo como esses atributos são incorporados, combinados e ou rejeitados na prática cotidiana do ACS é a condição fundamental para a delimitação do seu espaço na condição de educador, intelectual orgânico, sistematizador da situação de saúde em favor da comunidade a quem pertence ou a serviço de outros grupos ou outra classe social no exercício da direção em termos culturais e ideológicos sobre essa mesma comunidade.

Isto significa que a Saúde Coletiva, enquanto um Paradigma construído no contexto das lutas pela democratização da sociedade brasileira, destaca-se em relação à Saúde Pública, por exemplo, na medida em que incorpora a idéia do direito à saúde como balizadora do acesso à atenção à saúde expresso na equidade; na integralidade da atenção e

na participação e controle social. Portanto, a concepção do direito que orienta as práticas de saúde supera a relação simbiótica entre cidadão/estado na perspectiva de direitos e deveres em saúde na medida em que o território do direito à saúde amplia-se para o espaço dinâmico da existência cidadã, segundo o proposto por Boaventura Santos (2000).

Mas, uma pergunta que se impõe aos educadores, de maneira generalizada é por que os discursos críticos e inovadores encontrados nos textos, documentos, discursos e Projetos nem sempre se traduzem nas vivências diárias das escolas, suplantados por crises paradigmáticas mais amplas, manifestas no plano geral da sociedade. O descompasso entre o discurso e a ação, segundo Resende (1996 – Projeto Político Pedagógico), tem como origem os componentes norteadores da prática pedagógica dos profissionais da educação, o que vale para a prática educativa dos Agentes Comunitários de Saúde, pois a sua corporificação resultaria de valores e princípios acumulados na experiência vivencial de cada um deles. Sem negar a possibilidade de mudanças de posturas pedagógicas, esta mesma autora relativiza a capacidade de promover mudanças nas práticas educativas a partir de novas propostas bem intencionadas, produzidas por instâncias que pensam a prática educativa em saúde.

Os argumentos em favor dessa afirmação gravitam em torno do descompasso entre o implícito e o explícito como um convite para uma reflexão mais detalhada sobre o que direciona as relações de poder na vida cotidiana das unidades de saúde e das ações do ACS nos domicílios e na comunidade. Na medida em que não é fácil captar os valores e princípios nas manifestações das pessoas, o cotidiano do ACS, das famílias e da comunidade emerge como o espaço do simbólico e do imaginário. A vida cotidiana refere-se a níveis da realidade social ligados à globalidade, de modo que tudo que é produzido pelas esferas superiores tem como ponto de partida e de chegada o cotidiano, como condição para a sua confirmação e validação. No entanto, o cotidiano, é de natureza complexa e contraditória, pois refere-se a

um modo de existência social que flui entre o fictício e o real, o abstrato e o concreto, o homogêneo e o heterogêneo (op.cit).

O cotidiano como característica da vida social, assume uma dimensão histórica, modificando-se, produzindo e reproduzindo as relações sociais. Por conseqüência, é no âmbito do cotidiano que os homens se produzem, se reproduzem, produzem a sociedade. Mas, ao mesmo tempo é, também, o espaço em que pela objetivação, o trabalho reduz-se a um mero meio de subsistência, um fator de alienação. Isto é, o processo de trabalho destitui-se da sua qualidade de prática social, condição fundamental para que nele o homem possa entrar em contato com a sua essência, pois no momento em que a organização social ditada pelo modo de produção capitalista incentiva valores referentes ao individualismo, a neutralidade e a competição, colocam-se as condições para que a vida cotidiana seja, também, um território de mediocridade. (Resende, op.cit).

A insatisfação em relação a esse quadro assume foros de contestação ou passividade diante da mediocridade, ao mesmo tempo em que impede a procura do ser inteiro, isto é, homem enquanto sujeito das suas circunstâncias.

3.2. O verso e o reverso da prática do ACS

O cotidiano, então, seria o campo do desenvolvimento do poder criador e transformador e, também, o campo da alienação. O currículo formalmente estabelecido e o currículo implícito na ação desenvolvida pelo ACS, dessa forma, seriam o verso e o reverso da sua prática de trabalho. Muito mais do que a polaridade entre o proposto e o efetivamente cumprido, o que estas duas faces denunciam seria o movimento dialético do processo de trabalho, cuja condição de alienação pode estar mascarada sob uma falsa polaridade ou, então, como um trabalho cujos propósitos é a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos a saúde, mas que se reveste de uma originalidade na medida

em que acrescenta um plus representado pela mobilização da comunidade com vistas ao desenvolvimento de uma nova consciência em saúde. Porém a expansão da territorialidade da intervenção do ACS pode parecer um artifício da engenharia desse profissional, considerando-se que os elementos que conferem a originalidade do trabalho do ACS são de natureza técnica e política e podem ser comuns na configuração do leque de atribuições de qualquer trabalhador.

Mas, a unidade dialética das dimensões dessa prática supõe como condição um consenso mínimo sobre “o que fazer”, no qual a presença do ACS é indispensável. Nesse sentido, o currículo como organização da prática pedagógica do ACS, materialização do seu perfil social e do seu perfil profissional, implica a interação entre sujeitos portadores de um mesmo objetivo, mediada por um referência teórica que o sustente. Visto como uma construção social do conhecimento, o currículo implica a sistematização de meios para a sua viabilização em termos de metodologias, conteúdos, produção, transmissão, assimilação e avaliação desses conhecimentos. A suas resultantes em termos criativos, transformadores ou alienadores estariam dadas na medida da consciência que os sujeitos das práticas de saúde, ou seja, a equipe de saúde, desenvolva em torno do cotidiano que dá o ritmo ao seu trabalho na comunidade e na medida da capacidade de transformar este mesmo cotidiano (Veiga, 1996).

Portanto, assim como o conhecimento escolar é dinâmico, não resulta apenas da adequação do conhecimento científico às condições concretas de aprendizagem dos escolares, a prática educativa em saúde implica uma análise interpretativa das relações entre a cultura dominante e a cultura popular. Isto significa que, na estruturação curricular, ainda segundo a mesma autora, deverão ser observados alguns pontos básicos como:

1. O currículo como um instrumento impregnado de ideologia, o que impõe à equipe de saúde identificação e denúncia daqueles componentes originários das classes dominantes que viabilizam o exercício da direção sobre a comunidade.
2. O currículo como historicamente situado e culturalmente determinado. Isto é como resultado do compartilhamento das necessidades da localidade entre o ACS e a comunidade.
3. O conhecimento a ser aprendido e repassado pelo ACS deve superar o isolamento entre conteúdos, buscando a integração desses componentes em torno de uma idéia integradora.
4. O controle social instrumentalizado pelo currículo oculto, que no caso do PACS/PSF refere-se ao conjunto de mensagens impressas pela estrutura física, pelas tecnologias empregadas, atos, procedimentos e pela própria relação que se estabelece entre a equipe de saúde e os usuários.

A questão do controle, então, estaria posta em duas dimensões. Uma delas veiculada através de conteúdos, metodologias e recursos de ensino, avaliação e relações pedagógicas; e o controle social propriamente dito, expresso no currículo oculto. Os resultados do currículo oculto estimulariam a conformidade a ideais nacionais e convenções sociais ao mesmo tempo em que mantêm as desigualdades socioeconômicas e culturais (Cornebleth, 1992, apud op. cit).

Porém, o controle social não envolve, necessariamente, orientações conservadoras, coercitivas e de conformidade comportamental, uma vez que o discurso curricular crítico comportaria uma noção de controle social orientado para a emancipação, apontando para a possibilidade do exercício de um controle social comprometido com fins de liberdade, de modo a permitir aos seus sujeitos uma voz ativa e crítica. Nesse sentido, na teoria curricular crítica, a noção de controle social pode constituir um instrumento de contestação e resistência

a ideologia veiculada nas suas versões formal e oculta. Uma organização curricular com fins emancipatórios implicaria a problematização de visões simplificadas sobre a sociedade e sobre a concepção de homem, onde comumente este figura como um ser cuja natureza predominante é aceitar papéis. , inicialmente, desvelar as visões simplificadas de sociedade, concebida como um todo homogêneo, e de ser humano, como alguém que tende a aceitar papéis (Veiga, 1996).

3.3. Agente institucional versus o agente comunitário: A natureza do trabalho do ACS

Em estudo sobre o desempenho do ACS do Programa Qualis em São Paulo, Silva e Dalmaso (2000) partem do perfil ocupacional-social deste trabalhador, orientadas por duas categorias de análise, uma delas refere-se a este trabalhador como agente institucional e a outra refere-se ao mesmo trabalhador na condição de agente da comunidade, o que corresponderia aos componentes de natureza técnica e de natureza política inerentes ao trabalho desse profissional. Concluem que a identidade dos sujeitos envolvidos no PSF revela-se menos definida do que nas modalidades de prestação de serviços consideradas tradicionais, uma vez que nos seus cotidianos estaria colocada a necessidade de solução de problemas sociais complexos, uma vez que estes se orientariam por demandas, recompensas e referências pessoais.

Não haveria, segundo as mesmas autoras, uma definição por parte dos ACS em favor de ações de natureza institucional ou de ações de natureza comunitária, ficando claro que o exercício de uma ou de outra implicava uma dose de conflito. No entanto, no desempenho das suas atribuições tendem a destacar-se aquelas atinentes à prestação de informação sobre o acesso aos serviços e as ações de saúde; o aporte de mensagens e insumos no sentido da unidade para os domicílios e vice-versa, sendo nítida a predominância daquelas ações de

caráter técnico sobre aquelas ações de caráter político – social. Isto é, haveria uma predominância da ação institucional sobre a ação comunitária propriamente dita.

Do ponto de vista numérico, nas ações desenvolvidas pelo ACS preponderam aquelas realizadas durante as visitas domiciliares ou durante os contatos estabelecidos na rua, seguidas das ações desenvolvidas na unidade de saúde, apesar de despender mais de 50% do seu tempo na unidade. Nas visitas domiciliares, segundo as autoras, a dinâmica familiar não é levada em consideração, sendo as ações do ACS dirigidas a um ou mais domicílio, onde o que contaria seria mais o somatório de indivíduos coabitantes, no caso.

[...] Se considerarmos a fala dos agentes de saúde nas entrevistas, em que eles identificam como ponto central do seu trabalho as orientações especialmente sobre prevenção de doenças e sobre saneamento, na observação do quadro 5, em nenhuma das equipes em semanas observadas isso se traduziu em uma prática preponderante. Ao contrário, como se pode constatar, as ações em torno da assistência médica e do controle de riscos (reforço da conduta médica, controle de medicação/tratamento e ainda marcação de exames e consultas) é que representam a maior parte das atuações dos agentes. Por vez, identificou-se nas visitas uma série de “conversas” –sobre família, emprego, os acontecimentos no bairro, comentários sobre saúde e doença – abarcadas sob a sigla “ações comunicativas”. (op. cit. p. 127).

As concepções sobre o ACS desenvolvidas pelos demais sujeitos das práticas de saúde partiriam das expectativas que cada um deles desenvolvem em torno deste trabalhador, enquanto que a maior ou menor aproximação do ACS ao pólo institucional ou ao pólo comunitário estaria relacionada ao modo de estruturação do seu trabalho.

[...] A tendência observada mais para o pólo institucional está, certamente, relacionada, entre outros aspectos, à organização do seu trabalho, à insuficiência do instrumental tecnológico e de saberes para operar as duas dimensões, à indefinição do seu perfil e de suas referências, às suas referências institucionais e aos insuficientes contatos com as organizações e

necessidades da sociedade civil e comunitária, bem como às suas concepções do que é mais valorizado me determinada sociedade.

Assim, se ele tende mais para o pólo institucional, o faz por diferentes motivos, entre os quais a possibilidade de apoio, de reconhecimento social e de referência no que ele considera trabalho e identidade ocupacional. (op. cit. p. 197).

Há que se considerar, no entanto, que o perfil social estabelecido para o ACS, na sua formalidade, revela-se insuficiente para a orientação, estruturação e desenvolvimento de uma práxis cujo alcance supere a prevenção e a cura de doenças. Santos (2006), em estudo realizado na Regional de Juiz de Fora, ao comparar as condições necessárias para o trabalho apresentadas pelo ACS em período anterior e posterior à sua contratação, revela um incremento significativo na sua capacidade de desempenho, apontando para um melhor conhecimento das famílias do bairro; ao conhecimento das condições de vida e de saúde dos moradores da localidade; a representatividade nas distintas organizações da comunidade como grupos religiosos, associações de moradores, conselhos de saúde.

Revela, também, que a visita domiciliar é o principal procedimento para 82% do grupo entrevistado. Destas atividades, 82,9% são realizadas em torno da prevenção de doenças e agravos. Na programação da visita domiciliar é dada preferência aos domicílios cujos moradores não apresentem maiores riscos, priorizando-se as normas da Secretaria de Saúde, em detrimento do quadro de necessidades apresentado pela comunidade. Além disso, apesar de considerar a visita domiciliar como um instrumento de trabalho fundamental para o ACS, a autora chama a atenção para a possibilidade de este procedimento estar se transformado em uma atividade social, na medida da sua pouca resolutividade. Os sinais que apontam nesse sentido referem-se:

[...] falta de seqüência lógica para o seu desenvolvimento; uso restrito de recursos materiais informativos que possam enriquecer o aprendizado do usuário; o contato amigável

estabelecido, sugerindo atividade social; transferência da condução da visita para outros membros da equipe, quando estão acompanhados por eles e as dificuldades de aceitação, por parte da comunidade, das orientações que lhes são repassadas.” (Assunção, 2000; apud op. cit. p. 91).

A predominância das práticas assistenciais sobre as práticas educativas com finalidades emancipatórias, que Silva & Dalmaso (2000) consideram como de natureza institucional e de comunitária respectivamente, é confirmada por Santos (2006), que toma como objeto de análise a visita domiciliar realizada pelo ACS, salientando que

[...]temas vinculados às condições gerais de vida, como desemprego, geração de renda, educação, condições de vida da comunidade, violência em geral, dentre outros, ou de cooperação com outros setores, ostentam frequências altas de não-abordagem, quando vacinas, saúde da mãe e da criança, higiene pessoal, apresentam frequências mais altas de ocorrência (op.cit., p.97).

3.4. Prática educativa em saúde: a função do ACS

No presente estudo, do reagrupamento das 38 idéias centrais vertidas do discurso do ACS em torno das cinco questões já citadas, foi possível a constituição de cinco novas categorias de análise: 1) o poder internalizado e exercido pelo ACS; 2) o caráter missionário da prática do ACS; 3) a afetividade impressa na ação do ACS; 4) O ACS como educador; 5) a angústia do ACS face a realidade trabalhada.

O poder internalizado pelo ACS se expressa tendo como argumento central a sua condição de elo de ligação entre a equipe e a população. Afirmações, com teor dessa natureza, foram verificadas praticamente em todas as entrevistas individuais e coletivas, ocorrendo algumas variações entre elas que denotavam que a posição do ACS no papel de elo se fazia por distintas polaridades: 1) equipe / população; 2) equipe / realidade de saúde; 3) população / unidade de saúde; 4) equipe / realidade; 5) equipe / problemas de saúde.

A condição de elo consubstancia-se no auto-reconhecimento do ACS como pertencente à comunidade; como participante das realidades das famílias; e como participante da equipe de saúde. No entanto, a noção de elo de ligação descortina a possibilidade de um longo caminho a ser percorrido pelo ACS, se considerarmos que esse papel supõe uma mediação social mais ampla que necessita ser internalizada por esse profissional, que aponta para “um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado.” (Nogueira et alii, 2000).

Porém, apesar da frequência com que o atributo de elo de ligação é referido pelos ACS, esta expressão tende a funcionar mais como um cartão de apresentação, uma vez que ela não resulta da internalização de uma qualidade que tenha sido criada e consensualizada no coletivo destes trabalhadores. Ela consta do Manual do PACS nos momentos iniciais de constituição deste trabalhador, mais como uma figura de linguagem para a sua caracterização.

A percepção da sua importância está, portanto, relacionada à instrumentalidade da sua ação para a comunidade e para a equipe de saúde. Para o ACS, diante da comunidade essa importância reveste-se de autoridade como uma peculiaridade sua, cujas bases estão plantadas, também, no seio da equipe e é simbolizada no livre acesso que ele desfruta entre os domicílios.

[...] ser ACS é ser uma autoridade e respeitar a comunidade. Eu me considero uma autoridade dentro da comunidade. A gente não abre a porta para qualquer pessoa e a gente tem que agarrar essa oportunidade, porque a cada porta que se abre é porque passamos uma coisa positiva.(ACS entrevistado)

Mas o cerne do seu poder estaria localizado na sua capacidade de ajudar efetivamente a comunidade sem o auxílio de qualquer instrumento o e/ou procedimento, além das orientações e da escuta; do domínio da maior parte das informações necessárias para a orientação e intervenção da equipe de saúde; e da sua vinculação com as famílias. Esta vinculação com as famílias também é vista como sendo um atributo que lhe é peculiar. Para ilustrar a relevância da sua posição face à comunidade, o ACS espelha-se na figura do médico, a partir da idéia que ele tem sobre esse profissional como o mais importante da equipe, apesar de ser um trabalhador cuja formação, supervisão e procedimentos estejam mais próximos da categoria de enfermagem.

Por outro lado, da mesma forma que a noção da cidadania entre os ACS está predominantemente centrada nas buscas de benefícios imediatos, na sua maioria concedidos pelo Estado, fruto de políticas focalizadas como salário família, salário educação, cesta básica, etc. , a representação do ACS sobre a questão da “ética” assume uma conotação cujo limite é a manutenção do segredo sobre a confidências das intimidades praticadas pelas pessoas sob os seus cuidados. Este fato ratificaria o componente afetivo das relações ACS / comunidade e, ao mesmo tempo, apontaria para a necessidade a ampliação do território da ética para um espaço de compromisso ético-político. Seria esta uma forma de aprofundar os procedimentos das visitas domiciliares, que, segundo já foi referido, tendem a permanecer no patamar de uma reunião social , de modo a incorporar o caráter de uma ação planejada como oportunidade singular de uma prática educativa consentânea com a dimensão social do seu perfil profissional.

[...] O ACS é um irmão em quem a comunidade confia. Tem uma ética muito grande, pois sabe de coisas da pessoa que às vezes até ela não estava sabendo. Então, ele se torna mais importante do que o próprio médico, porque ele tem mais contato com a família. (ACS entrevistado).

Outra forma de expressão do poder do ACS é o seu auto reconhecimento como o principal da equipe ou então, a manifestação da sua satisfação ao ouvir falar que o ACS é a peça fundamental da equipe.

[...] É bacana falar que o Agente Comunitário é a peça fundamental da equipe.” (ACS entrevistado)

O trabalho do ACS revela uma face missionária, realçada por um sentimento de doação à comunidade. Um trabalho realizado em prol da comunidade, muito próximo da ação de um psicólogo, em termos de intimidade, que implica uma dedicação que toma as vinte e quatro horas do dia; não apresenta resultados imediatos; demanda um agir permanente e prolongado e, como condição para a sua efetividade, o ACS deve amar o que faz.

[...] Além de ouvir as pessoas nas casas, a gente faz um papel de psicólogo. Nós trabalhamos muito com essa parte social no nosso bairro, onde tem muitas pessoas com problemas. Nós somos ACS 24 horas. Hoje, seis horas da manhã, tinha uma na minha casa, pra eu ler uma receita para ela. Se eu não gostar do meu trabalho, eu não vou fazer isso com amor. A gente não planta hoje e colhe amanhã, não. São vários dias. (ACS entrevistados)

Sintomaticamente, o ACS não expressa qualquer referência às suas condições de trabalho que toque mais diretamente nos benefícios pessoais relativos à remuneração, à vinculação trabalhista e aos direitos trabalhistas. As referências nesse sentido tangenciam a questão da capacitação técnica dos ACS; ao crescente acúmulo de tarefas que não constam das atribuições desse profissional; à falta de condições técnico -materiais para o desenvolvimento das atividades.

O trabalho em saúde como uma prática missionária é uma visão que já está presente entre as matrizes discursivas apontadas por Sader (1988), e, embora constituam fatores diferenciadores dos movimentos sociais, nem sempre se apresentam de forma pura,

mesclando-se e orientando a ação tanto em experiências dos movimentos de esquerda, como sindicais ou religiosas.

Porém, de uma maneira mais explícita, a idéia do trabalho do ACS como uma prática missionária e/ou voluntária caracteriza uma posição defendida pelas Pastorais da Saúde, às quais desempenharam um papel expressivo na discussão e na formatação deste profissional no contexto da estruturação do PACS. Além das questões relativas à remuneração discutiam-se os itens relativos à vinculação trabalhista, onde transparecia o questionamento se o ACS deveria funcionar de modo vinculado ao Sistema Único de Saúde ou colocar-se numa posição de autonomia em relação ao Estado, estreitando os seus vínculos com a população na condição de um funcionário do povo.

Portanto, esta posição que ignora o papel do estado e rejeita uma posição politicamente mais radicalizada não é nova. Ela já alimentou as discussões sobre as abordagens em Educação e Saúde, quando a uma posição pautada por uma ação persuasória em termos políticos, contrapunha-se uma ação de cunho fenomenológico, centrada no desenvolvimento das pessoas e das suas capacidades para o desenvolvimento de habilidades para levar a vida (Stotz,1992). Reconhecidamente a abordagem fenomenológica da realidade de saúde é uma leitura que tem raízes muito fortes nas profissões da saúde, principalmente enfermagem e medicina.

3.5. A prática educativa do ACS

Certamente este tipo de orientação ao mesmo tempo em que representava uma possibilidade de encaminhamento prático da profissão do ACS por um lado, por outro, acarreta uma orientação específica para as práticas desse trabalhador, com decorrências definitivas nas suas representações sobre a sua profissão.

O ACS incorpora um componente afetivo expressivo na forma de conceber a sua profissão e na forma de se sentir como profissional. Diante da comunidade, o ACS se define como um amigo, uma referência, um ponto de apoio, um porto seguro, que mora na localidade, além de se reconhecer como pertencente a cada família sob o seu cuidado, amparado pela confiança de que se declara como depositário, ao mesmo tempo em que admite que no trabalho ele deixa de ser só.

[...] é você se realizar em pequenas e grandes coisas. O primeiro passo é gostar do que você faz em qualquer situação. Eu gosto de ser ACS. Eu digo assim, as minhas famílias, os meus hipertensos, as minhas gestantes, as minhas crianças. A gente tem aquele vínculo. Quem sabe tudo que está acontecendo ali, de todos os problemas de cada casa somos nós. Às vezes, somos, também salvadores de vidas. Você tem que se doar para a comunidade, porque ser ACS e trabalhar em prol da comunidade. (ACS entrevistado)

Na condição de “membro das famílias”, o ACS reveste-se de valores tradicionais, invocando a si o monopólio da violência doméstica, quando ao papel de irmão, pai ou mãe ele vincula a necessidade de ser rude; de ter que falar; ter que brigar com as pessoas, pois ao ACS não cabe ser bonzinho. A pertença do ACS à família, assim como a sua pertença à comunidade são fatos permanentemente reiterados, tendo por referência os demais componentes da equipe de saúde. Isto é, a constante afirmação de pertencimento do ACS à família e à comunidade equivaleria a uma sistemática demarcação de espaço peculiar deste profissional, no que está subentendida a exclusão dos demais membros da equipe de saúde em relação a este mesmo espaço. Esta exclusão funcionaria como retribuição do ACS aos sinais freqüentes da negação da sua condição de membro da equipe pelo demais componentes. Neste sentido, há evidências de que o argumento do pertencimento à comunidade pelo ACS seria um dos poucos elementos que lhe confere peculiaridade, na ausência de um saber específico e de um espaço específico de intervenção como estruturados do seu quadro de atribuições.

A condição de membro da família reitera posição de autoridade do ACS, pois no âmbito da família ele se declara como guindado à posição de pai, mãe, irmão, psicólogo, o que supõe que na complementaridade desses papéis aos demais membros da família restaria o papel de filho, irmão, paciente numa posição de infantilidade.

A condição de angústia do ACS fala do cotidiano desse profissional, da sua proximidade com os problemas do dia-a-dia da comunidade diante dos quais sente-se com as mãos atadas, pois as exigências em prol das suas soluções vão para além da capacitação técnica. Revela uma vivência bipolar de sentimentos que atestam a sua utilidade e boa relação com a população, juntamente com o sentimento de sofrimento, de falha, de tristeza face a complexidade da situação de saúde da comunidade expressa no estado de saúde da população; nas lacunas da unidade de saúde e no crescente volume de atribuições.

[...] A gente se sente muito embaixo, porque falta o médico, remédio, exame no momento certo e quem está na ponta é que sofre mais. Eu também me acho uma pessoa falha como Agente de Saúde. Tento ajudar as pessoas da minha área, mas quando eu não tenho capacidade eu sofro muito. A gente absorve tanto as coisas boas quanto as coisas ruins. Às vezes tem alegria: às vezes tem tristeza. Às vezes somos úteis e às vezes também somos angustiados. (ACS entrevistado)

Há, contudo, uma consciência da sua capacidade e um sentir-se “ótimo”, no sentido de que cuidar de pessoas é gratificante, mas não é fácil. Expressa-se claramente o sentimento de ser guerreiro e de realização na profissão.

A representação do ACS como educador aparece interseccionada com a sua condição de pertencimento aos grupos familiares, vinculação esta já vista como situadas no campo das afetividades desenvolvidas pelo ACS. O ACS reconhece a prática educativa como um atributo da sua categoria profissional, vista como um trabalho de prevenção; de informação;

de promoção da saúde; de orientação, de conscientização e de esclarecimento; de levar conhecimento às famílias; levar saúde à comunidade.

Uma educação para a vida é proposta a partir de uma visão do ACS como um educador no modo geral, sustentado no argumento de que

[...] no mundo em que a gente vive, você não deve viver com uma venda nos olhos, você tem que ir à busca, procurar sempre chegar mais adiante. (ACS entrevistado)

A mudança de hábitos referentes à alimentação; ao planejamento familiar e à higiene representa uma abordagem muito forte entre os ACS, principalmente em relação à higiene, ancorados na idéia de “... pobre, mas limpinho” ou na culpabilização da mãe:

[...] a higiene também. Às vezes tem um que justifica a falta de higiene por ser pobre. Por você ser pobre não é que você vai viver na imundície, assim no grude. (...) Aí, eu tive que fazer um trabalho mais intensivo. E agora, graças a Deus, a coisa mudou. Até as verminoses das crianças. E tudo por conta da falta de higiene da mãe. (ACS entrevistado).

Na educação focalizada no conceito ampliado de saúde, a cidadania é colocada como uma necessidade ancorada no fato de que o percurso do caminho de cada cidadão só ele pode realizá-lo mediante o conhecimento dos seus direitos e deveres.

[...] Ser ACS é ser um educador. No meu eu mesmo, tenho o objetivo de cidadania. Passar para os cidadãos os seus direitos e deveres, porque ninguém anda o seu caminho. Você tem que conhecer todos os seus direitos e deveres. (ACS entrevistado)

A cidadania aqui é defendida na sua versão focalizada nos direitos e deveres que, como já foi visto, reduz o espaço do seu exercício aos limites da interlocução cidadão/estado em que o exercício do direito do qual o Estado é o supridor, supõe a condição do dever por parte do cidadão, isto é, a uma questão de lealdade do cidadão em relação ao Estado.

A educação em torno do conceito ampliado de saúde serve para evidenciar, no entanto, que o âmbito doméstico conferido ao processo educativo, e o modo como as questões são levadas ou trabalhadas com as famílias, sugerem que a educação em saúde pode estar mais próxima de uma ação regulatória do que propriamente emancipatória nos tempos propostos por Boaventura Santos (2000), em que os usuários devem aprender para saber um pouco do conhecimento do ACS; passar o que é certo para a comunidade.

[...]A gente educa para ficar mais claro para as pessoas os direitos e os deveres. Por exemplo, um hipertenso bebe, bebe, bebe, exagera na alimentação. Aí, vai procurar o serviço de saúde e, geralmente, o pessoal costuma ser meio revoltado com o SUS. Mas a gente chega num indivíduo desse e pergunta:

- Mas, você preveniu esse problema de pressão que você tem?
- Você parou de beber?
- Você parou de exagerar na alimentação?

A educação é exatamente para deixar as pessoas esclarecidas sobre o direito que elas têm e sobre o dever que elas têm que cumprir para fazer valer seus direitos.”
(ACS entrevistado)

O modo como o ACS percebe a comunidade apresenta-se coerente com o modo como ele se constrói diante deste sujeito. Enquanto o ACS se percebe como uma autoridade em cada família, a comunidade é vista de maneira complementar como um filho que dele depende; que é desinformado; que precisa de ajuda para adquirir conhecimento sobre as coisas; que é folgado; não vê o positivo e quer a solução para todos os seus problemas.

O ACS é reiterado na sua posição central, como fonte de tudo, sem o qual a comunidade não sabe andar. À comunidade, na sua condição de filho, está posta claramente uma fase de amadurecimento, que demanda tempo até chegar naquele ponto definido pelo ACS como de autonomia, para o qual ela precisa estar sendo orientada permanentemente.

A comunidade é difícil demais, e como um pai ou como uma mãe, o ACS experimenta a incompreensão e/ou insatisfação da comunidade em relação ao seu trabalho, seja por falta de informação, seja pelo fato de os usuários serem folgados, mas encara esse fato como relativo, respaldado na compreensão de que aqueles que necessitam do seu trabalho o recebem bem. Neste sentido, ao espelhar-se nos olhos do usuário, o ACS percebe-se como um ombro amigo, pois o seu trabalho é para quem dele precisa. É também um escudo no confronto da comunidade com os serviços de saúde.

[...] Eu acho que eles não têm coragem de botar para fora a insatisfação deles lá na unidade. Aí, eles esperam o ACS. O ACS é o escudo. Isso não é negativo. É positivo, também, porque eles precisam colocar para fora e é com o ACS que eles têm mais afinidade e mais confiança. (ACS entrevistado).

De maneira semelhante ao modo como a comunidade é percebida, a equipe de saúde é vista como dependente em relação ao ACS, e aos seus olhos sentem-se importantes, pois se na ausência deles a equipe fosse para a rua, ela não saberia o que fazer; sem o ACS o médico ficaria perdido. O ACS sente-se correspondido pela equipe, na medida em que ele traz as situações para ela e ela parte de imediato para a busca de soluções. Mas a sua inclusão na equipe é uma conquista, pois pelo fato de o seu trabalho ser desenvolvido na comunidade, a sua presença na unidade de saúde era vedada. A interdição do espaço da unidade de saúde ao ACS é vista como um sinal de despreparo da equipe em relação ao seu trabalho.

Há um sentimento de distanciamento marcadamente em relação à figura do médico e em menor medida em relação ao enfermeiro, tanto que a realização de visitas domiciliares na presença do médico ou da enfermeira é visto como um avanço que antes não era considerado como possível de acontecer.

[...] Antes, o médico era aquela coisa que ficava lá acima e você, aqui embaixo, caladinho. Hoje a gente faz visitas domiciliares com o médico, com a

enfermeira. Eu pensava que isso nunca iria existir. Mas aí não se pode generalizar; tem alguns que nem olham para a sua cara, mas tem uns que conversam com você e explicam tudo direitinho. (ACS entrevistado)

A consciência da sua importância face à equipe aparece freqüentemente atrelada à percepção a uma preocupação dos demais profissionais em relação ao ACS, o que confere à equipe o status de segunda casa para esse profissional.

A equipe de saúde confirma a relevância do ACS no desenvolvimento da estratégia da Saúde da Família, salientando o seu papel na identificação dos problemas de saúde na sua localidade de trabalho e o vínculo que ele consegue estabelecer com as famílias. Reconhece a necessidade de valorização desse profissional mediante a melhoria salarial e a sua reaproximação da equipe, uma vez que o ACS não se percebe como participante dela.

[...] O ACS ainda não sente que é equipe. Ele se sente aquela pessoa que apenas traz informações para facilitar o trabalho daquilo que foi dito pra ele que era a equipe. Muita coisa terá que avançar para que o ACS faça parte da equipe. (ACS entrevistado)

O resgate da função do ACS é uma das expectativas sobre a capacitação técnica desse profissional, pois esta seria uma forma de retomar as atividades de prevenção e de educação em saúde, que atualmente não são valorizadas pelo ACS, em favor de outros procedimentos que compõem o rol de atribuições do auxiliar de enfermagem. Além de representar um avanço sobre as funções desta categoria profissional, este fato evidenciaria uma vontade de ser doutor, um não contentamento do ACS com o seu trabalho.

Porém, na versão do ACS, estes fatos são percebidos como componentes do quadro de angústia vivida por este trabalhador, que se percebe no centro das demandas da comunidade e da equipe de saúde. Isto é, para além das atribuições formalmente estabelecidas há um cotidiano na comunidade e na equipe que lhe apresenta um outro quadro

de necessidades, diante do qual nem sempre é possível ao ACS isentar-se, na condição do componente da equipe de saúde que está mais próximo à realidade de saúde da comunidade.

Esse fato, visto de outra forma, evidencia por parte do ACS a internalização de um “ideal de serviço” que, a exemplo das demais categorias profissionais de saúde, considera que tudo será feito em seu nível para a solução do problema do paciente e, uma vez, esgotado os recursos nesse sentido, o problema será encaminhado a níveis de complexidade mais complexos do sistema de saúde (Machado, 1997).

[...] Se a gente não souber o que está passando com o paciente o médico jamais vai saber. Então, a gente é que vê o caso lá, e aquilo que a gente não pode resolver, a gente leva para o médico e tenta resolver. Se estiver na altura do nosso alcance a gente faz junto com eles. O ACS só não é médico, mas do restante que acontece na comunidade ele participa de tudo.”(ACS entrevistado).

Segundo o ACS, o seu trabalho é para quem necessita dele, o que ratifica o usuário como um sujeito portador de necessidades, motivo da sua presença na Unidade de Saúde na oportunidade da realização da entrevista. A maioria dos entrevistados informa que conhece o ACS; sabe o seu nome; sabe onde ele mora. Reconhece que este trabalhador lhes ensina muitas coisas, enumerando com maior frequência aquelas recomendações a respeito da higiene dos domicílios; à prevenção de agravos como a dengue; aos cuidados ao grupo materno-infantil, aos hipertensos e aos diabéticos.

Referem, também, a marcação de consultas e de exames e identificam com clareza a periodicidade da visita domiciliar. Admitem que freqüentemente esquecem parte das recomendações do ACS, mas afirmam que escutam e cumprem a maior parte delas.

A comunidade manifesta explicitamente o seu reconhecimento pelo trabalho do ACS, e consegue evidenciar o carinho e a simpatia como os traços mais freqüentes do modo como

esse profissional se desincumbe das suas funções. As duas ancoragens colhidas no discurso deste sujeito ilustram este fato:

[...]Agentes comunitários são as meninas que visitam a nossa casa. É a minha vizinha. Agora, a humanidade é uma coisa. Por muito que a gente faça, não agradece. Porque a comunidade devia se reunir e agradecer.” (usuário entrevistado).

[...]Então eu acho muito importante o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, porque eles estão sempre em contato com a gente. Porque se deixar pela gente, o brasileiro é acomodado. Eu venho aqui hoje porque eu estou com problema, se daqui a cinco meses eu não sentir nada, eu não venho mais. E aí, a minha saúde e a minha pressão se descontrolam tudo. (usuário entrevistado).

O diálogo entre o ACS, a equipe e a comunidade revela uma realidade complexa, marcada pelo jogo de subjetividades expressas, principalmente no modo como o ACS se vê, e como ele se espelha no olhar da equipe e da comunidade, e como ele é visto pela equipe e pela comunidade. Certamente o ACS é a resultante da confluência desses três olhares, o que significa que a ausência de confirmação do olhar de um no olhar do outro não constitui uma lacuna, expressando, sim, o modo como este sujeito se constitui e como ele se apresenta enquanto um devir, um processo.

O ACS como um sujeito em processo, tomando-se a sua característica mais decantada que é o elo de ligação, já apresenta a necessidade de transvalorização de todos os valores que estão implícitos nessa condição, já que como ficou explícito, esse papel vem sendo predominantemente exercido numa territorialidade restrita, delimitada pela relação equipe de saúde comunidade. A dimensão restrita do elo de ligação, parece confirmar-se na dimensão também restrita da concepção de cidadania que orienta a ação do ACS para a relação de complementaridade do cidadão/Estado, traduzida na correspondência de direito/deveres, deixando claro que aqui, também, há um extenso caminho a ser percorrido no sentido da

promoção da existência cidadã de modo a estender o exercício dessa condição para fora dos limites do Estado, a partir da partilha do sistema de valores que orientam o Estado-nação (Santos, 2000).

Há, portanto, que se levar em consideração a necessidade, as possibilidades e os encaminhamentos de uma educação em saúde realizada em termos emancipatórios diante de um Estado neo-liberal, cuja função de regulação se nos apresenta com uma dupla face: uma destinada a equalização social, mediante a limitação do poder do mais forte, democratizando as relações de poder em direção à relações de autoridade partilhada; outra pautada pelo controle sobre os mais fracos, como forma de fazer face a “possibilidades de ser” consideradas inadequadas, prejudiciais a uma emancipação democratizante (Oliveira, 2003).

Em estudo realizado sobre a prática educativa do ACS em um Município de São Paulo, Trapé (2005) considera que as atividades deste trabalhador oscilam entre uma práxis criativa e uma práxis reiterativa. A práxis criativa caracteriza-se pela articulação do trabalho intelectual e do trabalho manual, orientando-se para a transformação da situação de saúde das comunidades, em que os determinantes sociais do processo de saúde-doença são levados em consideração, destacando-se a atividade de liderança na comunidade e o trabalho de ampliar a visão da unidade de saúde a respeito das necessidades da população, além da realização de ações intersetoriais. A práxis reiterativa configura um conjunto de ações através de tarefas repetitivas, cujas resultantes incidem na perpetuação da situação de saúde característica de uma comunidade, uma vez que este tipo de intervenção está focalizado na doença e na sua prevenção.

A análise das concepções sobre educação, saúde e educação em saúde como componentes da práxis do ACS, segundo a autora, na transição de uma concepção para outra observava-se um enfraquecimento no caráter transformador do discurso, evidenciando-se a

predominância das práticas conservadoras sobre as práticas transformadoras e os fundamentos de ambas, conforme já foi afirmado, teriam sido incorporados pelos ACS ao longo das suas experiências de vida ou, mais especificamente, em situação formais de ensino.

À predominância das práticas conservadoras sobre as práticas transformadoras corresponderia um saber operante apenas na prevenção e na doença, condição suficiente para a alienação do trabalho do ACS, pois, na medida da sua exclusão do processo de planejamento e na ausência de domínio sobre o objeto de trabalho idealizado, restaria a este trabalhador a reprodução de tarefas planejadas e/ou determinadas por outros. Dessa forma, a sua impotência na solução das questões cotidianas da comunidade decorreria, então, da sua ausência de idealização do objeto de trabalho e da internalização da intencionalidade nesse sentido, restando-lhe, portanto, recorrer ao convencimento ao amedrontamento que condicionam a população a seguir as suas prescrições.

O pólo conservador é identificado como aquele para o qual a educação está limitada a transmissão de conhecimentos, descartada a possibilidade de intervenção de outros protagonistas nesse processo que não seja o ACS na figura tradicional do educador e as concepções sobre educação orientadoras da ação são aquelas que dizem respeito a: o conhecimento como um bem duradouro; a educação como conscientização e transmissão de conhecimentos; o ensino de um padrão a ser seguido; uma ação que exige o domínio do assunto a ser transmitido. Dessa forma, a autora considera que:

[...] Um leque contraditório de opções coloca tanto o agente comunitário de saúde na condição de sujeito ativo na liderança de processos de mobilização da população em relação à busca pelos direitos à saúde (práxis criativa) como na condição de instrumento dos processos de trabalho em saúde, que apenas executa tarefas (práxis reiterativa). (op. cit p.98)

Os achados empíricos explicitados nos três estudos anteriormente referidos guardam uma expressiva relação com a situação revelada no presente estudo no que se refere ao modo como o seu perfil profissional vem se caracterizando o cotidiano do ACS. O discurso do ACS explicita uma prática educativa de caráter reiterativo, nos termos propostos por Trapé (opus cit.), evidenciando propósitos que contemplam predominantemente a informação e a prevenção de doenças e agravos à saúde, concentrando-se em torno de 7 categorias ou idéias centrais: a) educar para a prevenção e para a informação; b) educar para a vida; c) educar para a mudança de hábitos; d) educar para a concepção ampliada de saúde; e) educar para passar conhecimentos; f) educar para passar o que é certo e melhor para a saúde deles; g) educar para que a comunidade se sinta com saúde

a) Educar para a prevenção e para a informação

A pergunta é: Educar para quê? Nós precisamos ser educados, porque a educação é prevenção. No que você começa a educar, você começa a prevenir, aquela coisa começa a crescer.

Educar é educar a família para ela desiludir do medicamento. O pessoal é muito viciado. A gente tem que trabalhar mais é para prevenir e não só para remediar. Nós ainda temos PSF que só receita. O médico não conversa e passa logo o medicamento para se livrar do paciente.

E eu acho que a gente também tem que cobrar a formação da equipe do PSF. O médico tem mais é que fazer palestra e conversar mais. A gente tem que se capacitar mais pra passar pra população.

Nós estamos educando a comunidade para que ela tenha melhor saúde, porque a gente vai esclarecer todas as dúvidas na nossa comunidade. Então, com esse conhecimento eles vão procurar fazer o que é melhor tanto para eles como para as famílias deles.

Na minha área faço reuniões, explico, levo todos os livros que foram do meu treinamento; leio, e se tem algumas pessoas que sabem ler, também dou para ler. É dizendo como se previne a doença, como é que se usa o preservativo; o porquê, que a gente educa.

É promover a saúde através da orientação. Somos educadores da prevenção, prevenir as doenças, educamos a nossa comunidade para isso.

A partir do momento que você informa a comunidade para ela se cuidar não serve só para a comunidade, mas serve para diminuir a precariedade no todo, porque a educação está em todo o sistema. Está no gasto do Governo Federal; diminui o gasto do Governo Estadual; diminui o gasto do Governo Municipal; diminui a violência, diminui as doenças e a comunidade vive melhor. A gente educa para que a comunidade viva uma vida melhor, como um todo.

Eu educo para levar melhorias para a comunidade; para levar informações sobre as doenças; dar segurança e reativar a auto-estima das famílias com quem eu trabalho. Dessa forma, as pessoas se previnem para não adoecer, porque antigamente se esperava a pessoa adoecer para cuidar. Agora, na prevenção a pessoa não chega a adoecer, vai ter uma qualidade de vida melhor, vai ter mais vida. Você vai lá, passa todas as suas informações e a pessoa fica calma.

Mas, o ACS precisa se transformar para depois conseguir fazer um trabalho para o outro. Se a gente não mudar alguma coisa em nossos hábitos, no nosso ser, a gente não

transforma ninguém. Então, a gente começa pela gente. Pode ver que cada uma aqui não é a mesma pessoa de cinco, seis anos atrás. Houve uma mudança, houve uma transformação.

Eu sou uma pessoa diabética, e chegava na casa daquele diabético e encontrava inúmeras coisas que não eram pra comer. Daí a diabete dele estava sempre alta, sempre alta, sempre alta. Eu disse meu Deus, caminhar você sabe que é preciso; adequar a sua alimentação à diabete, também. A gente voltava na unidade de saúde, conversava com a enfermeira, voltava lá e a pessoa estava de novo com o forno cheio de bolacha doce e tal. Um dia eu cheguei e parei com ela. Tive que ser dura mesmo.

- Você está a fim de morrer? Porque eu estou vindo aqui como amiga, eu disse. Eu tenho o mesmo problema que você, mas eu me gosto. Se você quiser morrer, ao invés de você comprar as coisas diet, você compra o mais possível que tiver.

Aí, na verdade, ela caiu na real. E para os homens é mais fácil, porque você fala:

- Você quer ficar brocha?

Tem cada tática que vocês precisam de um mês com a gente para aprender. As táticas que eles usam com os ACS estão num livro que é o nosso guia e que fala em quatro zeros que orientam o nosso trabalho: identificar, encaminhar, orientar e prevenir.

b) **educar para a vida**

A gente leva até a família orientações básicas que são fundamentais para determinadas coisas. Então, quer dizer que nós somos educadores no modo geral. Nós estamos educando até para sobreviver melhor. Por que no mundo em que a gente vive você não deve viver com uma venda nos olhos, você tem que ir a busca, procurar sempre chegar mais adiante.

Eu procuro educar as pessoas, dando exemplo para elas terem uma vida melhor na comunidade, na sociedade. Às vezes eu até sirvo como professora mesmo, porque encontrei com uma pessoa na minha área que não sabia ler e escrever e eu servi como professora. Então, isso aí é um modo de educar a pessoa.

Educar pra vida. Qualquer ação que eu desenvolver naquela casa, aquela família vai levar para a vida toda. Então, cabe a ela aceitar ou não. Mas a minha função de educar é essa, abrir os seus olhos e dizer:

- Olha, o caminho certo é esse. Porém, a decisão é tua. Se tu aceitares o que eu estou dizendo, tu levas para a vida toda. Vais ser feliz, vais reduzir riscos, vais diminuir problemas. Aí abre o teu caminho e tu o trilhas. Se precisares da minha ajuda, eu abro o caminho de novo e nós estaremos juntos para a vida.

O agente de saúde eles são os educadores para a vida; para ter saúde e para que a vida continue; para evitar a mortalidade de um modo geral de criança, adulto, velho, todo o mundo. Para que a minha comunidade viva bem; para que ela tenha saúde, não precise andar em posto de saúde, é para isso o meu trabalho de educar: para que eles vivam bem.

c) Educar para a mudança de hábitos

Cada ACS trabalha de modo diferente. Educar é educar a família em todos os sentidos, na higiene, na alimentação, porque às vezes tem família que a gente visita que elas dizem que nós não temos o que oferecer, que a gente não tem o que a criança comer. Mas dependendo da família, a gente orienta e mostra que com o pouco que ela tem, ela pode enriquecer a alimentação daqueles filhos, fazer boas coisas com o pouco que ela tem em casa. A higiene também. Às vezes tem um quem justifica a falta de higiene por ser pobre. Por você ser pobre não é que você vai viver na imundície, assim no grude. Às vezes a gente

mesmo se prontifica junto à comunidade e reboca a casa, porque uma colocou pra mim que não tinha gosto em ajeitar a casa porque era assim de tijolo, o piso era isso e era aquilo, e o pessoal da igreja se juntou e deu uma ajeitadinha na casa e a imundice continuou. Aí eu tive que fazer um trabalho mais intensivo. E agora, graças a Deus a coisa mudou. Até as verminoses das crianças. E tudo por conta da falta de higiene da mãe.

Para eles viverem melhor na comunidade, eu os educo terem uma vida melhor, pelos menos o conhecimento de antes de almoçar, principalmente as crianças, lavarem as mãos, sair do sanitário lavar as mãos, lavar as frutas; fazer orientações sobre o teste do pesinho, quando nasceu o bebê; a gente orienta para dar o aleitamento exclusivo; fazer as orientações da vacina. Porque hoje o mundo em que a gente vive, até o ar que a gente respira, já vem contaminado. O conhecimento que nós temos nós o levamos para aquela família não estar se contaminando com as muitas doenças que há no mundo. Cada vez mais está vindo doenças e doenças, então, por isso que eu digo que o ACS é o educador.

Para melhor condição de vida. Uma das coisas que ainda não foi citada é o planejamento familiar. Meninas novas começam a ter filhos e filhos, sem medir as conseqüências. Então eu me acho útil para chegar a casa e orientar, ter uma conversa familiar sobre os métodos de ela evitar e outras coisas mais que eu posso passar para elas.

d) **Educar na concepção ampliada de saúde**

O ACS orienta com relação à saúde. Mas a gente tem que ver, também, o conceito ampliado de saúde. Às vezes a gente chega e faz uma orientação, despertando aquela pessoa pra cidadania. Quando a gente começou o trabalho tinha gente de trinta e poucos anos que não tinha um documento. Só tinha a certidão de nascimento. Essas pessoas, praticamente todas tem documento e foi através dessa orientação, dessa educação. Muitos daqueles meninos estavam lá descalços, hoje não andam mais descalços.

Educar para melhorar. Por exemplo, o carro do lixo não passa religiosamente na terça, quinta e sábado? Então, para quê lixo no terreno baldio? A educação que a gente faz é para a melhoria de vida, pra melhorar o dia-a-dia. Então, educar é para melhorar em todos os aspectos. O social, a cidadania, como ele citou.

A gente educa para ficar mais claro para as pessoas os direitos e os deveres. Por exemplo, um hipertenso bebe, bebe, bebe, exagera na alimentação. Aí, vai procurar o serviço de saúde e, geralmente, o pessoal costuma ser meio revoltado com o SUS. Mas a gente chega num indivíduo desse e pergunta:

- Mas, você preveniu esse problema de pressão que você tem?
- Você parou de beber?
- Você parou de exagerar na alimentação?

A educação é exatamente para deixar as pessoas esclarecidas sobre o direito que elas têm e sobre o dever que elas têm que cumprir para fazer valer seus direitos. O objetivo principal da educação do SUS é isso aí. Tem muita falha de comunicação pelo fato das pessoas não terem noção de direitos e deveres. Primeiramente, eu educava como usar o UBF. Orientava sobre o que se marca em cada dia da semana, porque lá é tudo separado. Isto eu faço desde que entrei na Unidade.

e) **Educar como passagem de conhecimentos**

A gente educa, é para que eles possam ter um conhecimento. Por exemplo, uma mãe, a gente começa a educá-la logo na gravidez para quando o bebê nascer ela não dar mamadeira e usar o leite materno exclusivo até os seis meses. Para os hipertensos é orientá-los para que façam uma dieta; façam caminhada. Tem hipertensos que não sabem como se prevenir. Eles dizem:

- Eu tenho que tomar remédio.

Eu digo:

- Não, o senhor tem que tomar remédio, fazer dieta e fazer caminhada, porque senão, o senhor não vai nunca poder controlar a sua diabete, a sua pressão". Essa é a maneira de educar: aprender para saber um pouco do nosso conhecimento.

Nós sabemos, podemos educar eles sobre o meio ambiente. Não pode jogar lixo na rua para não encher a vala quando chove e para não vir ratos. Para evitar que os ratos entrem no seu quintal, porque lá os ratos fazem xixi, fazem cocô e vocês vão lá, vão pisar e vão adoecer. O lixo tem que ser posto num saco e colocado na rua na hora em que o carro passar para ele pegar. Isso é um meio da gente educar também eles, sobre o meio ambiente.

f) Educar é passar o que é certo e melhor para a saúde deles

Primeiramente, para a gente educar tem que ser educado. A gente pode se educar, educando também, passando o conhecimento também. Antes eu não era professor, eu era só o Henrique, a partir do momento que comecei a trabalhar, também não passei a ser professor, mas passei a ter conhecimento melhor. E esse conhecimento que eu busquei para trabalhar na área da saúde é sempre para que as pessoas tenham uma vida saudável, tenham um conforto. A minha forma de educar, de ensinar, foi essa, porque a gente tem que levar a sério, o nosso trabalho. Quando as pessoas desconhecem as coisas, para elas tudo é normal. A partir do momento que a gente começa a colocar na cabeça delas que isso aqui é assim; que a criança não pode colocar o dedo na boca; que o lixo não pode ficar aqui, a gente vai passando para eles o que é o certo, o que é o melhor para a saúde deles. E com isso, com certeza, na próxima vez aquela pessoa já está melhorando; não está mais aquela sala com aquela ninhada, aquela geladeira suja, não estão mais aqueles copos sujos.

g) Educar para que a comunidade se sinta com saúde

O professor para ir para a sala de aula ele tem que estar preparado. Preparado para ir dar aula, preparar o que ele vai falar, o que ele vai informar. Assim é o ACS. Quando ele vai para uma casa fazer visita a uma família, ele tem que estar preparado para tudo, educação sexual, alimentação, tudo isso faz parte. Então, o ACS é um educador porque ele educa a família. Ele educa para que a comunidade se sinta melhor, se sinta com saúde.

Transformar a qualidade de vida, através da informação, para que elas possam ver a vida de uma outra forma; valorizar a sua saúde para que não adoeçam para que elas tenham qualidade de vida. É com a nossa informação que a gente transforma a comunidade; que a gente está transformando essas pessoas. Para que elas possam ter consciência de que depende delas, porque a gente vai e leva a informação, mas se no dia-a-dia delas elas vão aderir a nossa informação, aí só depende delas.

Na minha área tinha uma senhora que ela só cozinhava o feijão com pele de porco. Ela estava sempre com muita enxaqueca e depois que entrou na dieta alimentar, ela se transformou. Nunca mais sentiu mal-estar, baixou o colesterol, começou a se sentir bem; começou a emagrecer. Então, houve uma transformação através da comunicação.

A gente também estimula a atividade física. Tudo são coisas que vão se transformando; elas começam a ter essa preocupação de se cuidar. Principalmente as mulheres de meia idade, que é uma característica da minha área. Elas estão lá dentro de casa deprimida, sem fazer nada, então vão fazer uma ginástica; vão fazer uma caminhada; vão procurar um grupo de trabalhos manuais, artesanato. Tudo isso a gente tem que estimular.

VII. CONCLUSÕES

Conclui-se que o PSF, como modelo ou como estratégia de organização da atenção à saúde, define-se, atualmente, como a proposta dominante no movimento de implantação do SUS, tomando como ponto de partida a delimitação do formato das práticas de saúde no nível básico de atenção e tendo como suposto a potencialidade deste nível de práticas enquanto definidor dos demais níveis do sistema.

O PACS / PSF oportunizou a retomada da interiorização dos serviços, induzindo a fixação de profissionais nem sempre presentes nas localidades e nos municípios de pequeno porte, como é o caso do enfermeiro e a ação do ACS induziu movimentos radicais na estruturação e funcionamento das unidades de Saúde da rede básica. Ao mesmo tempo tornou evidente um espaço até então não construído definitivamente, vinculando os usuários à rede de atenção à saúde, onde se propõe que os principais sujeitos sejam aqueles constituídos pelos ACS e pelos grupos sociais articulados em torno da atenção básica em saúde.

Dimensionado o PACS, delimitado o espaço de intervenção formal do ACS e identificada a sua dupla função de educador e de elo de ligação entre a população e a equipe de saúde, cabem-nos algumas questões que possibilitem uma aproximação à essência da ação do ACS no seio da equipe de saúde. É evidente que o PACS está focalizado na atenção básica à saúde no contexto do SUS e, como tal, as suas ações orientam-se em termos organizacionais para a estruturação de uma rede de atenção à saúde hierarquizada, descentralizada, de complexidade crescente e sujeita ao controle social.

De uma maneira geral, observa-se que a instalação do PACS / PSF nos onze municípios em estudo resultou da indução das suas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde, devendo-se considerar, também, que em vários casos essa indução veio ao encontro de iniciativas de prestação de ações de saúde destinadas aos indivíduos, domicílios e comunidade, já em desenvolvimento, como foram os casos de Curitiba, Juiz de Fora, Goiânia, Planaltina de Goiás e Quixadá. Nas demais localidades em estudo, verifica-se

que, embora experiências nesse sentido não estivessem em andamento, havia um conhecimento prévio e um clima favorável ao PACS / PSF, que facilitavam a negociação e implantação desses Programas. Nesse sentido, o contato mais próximo com as experiências em desenvolvimento no Canadá, em Cuba, Niterói e Hospital Conceição em Porto Alegre constituíram fatores que impulsionaram a estruturação de várias das experiências em estudo, além das situações de saúde locais, conforme já foi comentado.

Vários estudos têm atestado a efetividade da atuação do ACS no Brasil. Atribui-se ao PACS a redução da morbi-mortalidade materno-infantil, aumento de gestantes que tem seu período pré-natal acompanhado; o aumento da prevalência do aleitamento materno exclusivo; a oferta de 1 bilhão de procedimentos de Atenção Básica; a indução da procura de 251 milhões de exames laboratoriais; a indução a re-organização das áreas programáticas de Hipertensão, Diabetes, Tuberculose e Hanseníase; a vinculação entre a população e os serviços / profissionais de saúde, e sobretudo, a “provocação” da formulação do PSF (SIAB,2005).

O percurso do ACS entre a condição de “Agente Comunitário de Enfermagem” e a condição de “Técnico de Agente Comunitário de Saúde” (Capítulo II, Item 5), evidencia que o Projeto Político – Pedagógico construído para a sua formação emite sinais de que o PACS, formalmente, em termos de intencionalidade, guarda coerência com o processo de formulação e implementação do SUS. Isto é, o PACS inscreve-se como um Projeto intermediário de consolidação da Estratégia de Saúde da Família. O PSF tem como horizonte a consolidação do SUS, o que supõe a reafirmação dos seus princípios como componentes de um projeto histórico que tem como direção a democratização do campo da saúde, tendo como referência mais ampla a democratização da sociedade brasileira.

É evidente que o SUS ainda se caracteriza como um espaço de enfrentamento face à ideologia neoliberal, ocupando uma posição de destaque entre as demais políticas sociais no

que se refere às buscas permanentes de aperfeiçoamento dos mecanismos de participação e democratização do acesso e da gestão da atenção à saúde, além de, atualmente, garantir a assistência a saúde a uma clientela que totaliza em torno de 70% da população brasileira. Nos seus princípios está suposta uma concepção intervencionista de Estado, cuja ação em saúde deve se pautar pela garantia e provimento do acesso à atenção à saúde como bem comum.

A democratização do setor saúde, neste caso, como um dos supostos da transformação das bases econômicas e das relações sociais que caracterizam a sociedade brasileira, colocam o ACS no centro de um movimento contra-hegemônico, que tem como ponto de partida o campo da saúde. Mas, coerentemente com o seu perfil de profissional genérico, extrapola as práticas restritas a este campo, incorporando funções culturais e políticas, articulando saberes e intermediando as políticas públicas.

O exercício da hegemonia como atributo da dominação de uma classe sobre uma ou sobre as demais classes sociais opera-se mediante o monopólio de funções denominadas como de domínio e/ou de direção cultural e moral. Descartado o exercício de domínio, o qual é perpetuado através da força armada como característica da coerção, a hegemonia concentra-se no papel de direção intelectual e moral exercido por uma classe sobre as demais, estas na condição de afins ou aliadas àquela. O exercício da direção, funda-se, então, na promoção da adesão de outras classes sociais, mediante a persuasão de cunho ideológico. Nesses termos, o quadro de atribuições estabelecidas para o ACS apresenta-se como predominantemente orientado para uma direção cultural e política destinada às aquelas grupos sociais cujo acesso aos recursos de uso coletivo em saúde ainda não se encontra definitivamente viabilizado, o que denunciaria o espaço a percorrer por estes mesmos grupos no sentido das conquistas dos seus direitos de cidadãos.

A condição de educador do ACS se reveste, então, formalmente da função de intelectual orgânico, como aquele que se insere no cotidiano de grupos sociais originários das classes subalternas, como forma de trabalhando sobre o senso comum, promover a emergência de uma visão de mundo coerente e homogênea, superando uma consciência social dispersa e fragmentária entre esses mesmos grupos

Sem intervir diretamente nas bases econômicas da sociedade brasileira, está posta ao ACS uma ação que tem por horizonte o desenvolvimento de uma nova consciência em saúde entre grupos da classe subalterna. Em termos práticos, o núcleo da consciência a ser desenvolvido refere-se à apropriação das comunidades sobre as suas condições materiais de vida e de saúde e o desenvolvimento da autonomia, inclusive face às autoridades da saúde, como condições para a reivindicação de novos espaços de poder. Formalmente, evidencia-se que a concepção da prática educativa do ACS orienta uma ação que visa a instrumentalizar uma intervenção na realidade com vista a uma nova ordem social.

O PSF configura-se, portanto, como uma estratégia em transição, consideradas as evidências na evolução dos serviços, na situação de saúde da população e nas lacunas persistentes na atenção à saúde, que apontam para a necessidade do diálogo entre este modelo e outros modelos que lhe são contemporâneos, como a proposta da Vigilância à Saúde e a proposta da Defesa pela Vida. As razões que fundamentam a urgência deste diálogo estão postas pela necessidade de ampliação do espaço de intervenção do PSF na perspectiva da integralidade e da universalidade da atenção à saúde.

Sendo o PSF muito mais do que um artifício de mera extensão de cobertura, a sua ampliação somente tem sentido como um alargamento do espaço de relações entre Sociedade Civil e Estado de modo que o SUS passe a configurar, efetivamente, um locus de privilegiado de pactuação. Neste caso, a pactuação supõe a permanente constituição e incorporação de distintos e novos atores sociais e orienta-se por uma ação intencional voltada para a superação

da atual situação de saúde da população brasileira. Supõe, também, a articulação com outros espaços e/ou setores de manifestação da vida, como forma de superação das atuais condições materiais de existência. Ou seja, na perspectiva deste estudo, a intencionalidade necessária para a dinâmica histórica de implementação e consolidação do SUS é aquela que se orienta pela concepção de Estado ampliado, a partir da qual é possível entender-se, inclusive, o atual estado da arte da atenção à saúde no Brasil.

Mas considerada a provisoriedade do PACS e do PSF, porque modelos são sempre provisórios, é possível se compreender de modo prospectivo e positivo a parcialidade da prática do ACS e a sua conseqüente condição de um profissional, também em transição. Mais do que de natureza tecnológica, as lacunas nas práticas do ACS se estabelecem exatamente naquele espaço delimitado pelo seu perfil social, coerentemente com o modo como vêm sendo executadas as ações de atenção básica à saúde, onde as ações do ACS revelam-se centradas na prevenção, mediada por um exercício de autoridade com tendência à limitar-se à prescrição.

Um traço contraditório observado no movimento de transição do ACS seria, então, a questão da promoção da solidariedade no âmbito da comunidade na perspectiva da mediação das relações sociedade civil / sociedade política, na medida em que as suas atribuições mais desenvolvidas ou praticadas são aquelas de cunho preventivo, informativo, do cuidado e do desenvolvimento de hábitos saudáveis, sugerindo a permanência de um coletivismo e/ou uma solidariedade ainda restrita, nos moldes dos seus antecessores no contexto da Medicina Comunitária.

Haveria, portanto, uma tensão na prática do ACS, que é a tensão do próprio PSF: estruturar o SUS tendo como estratégia a organização do seu nível básico, a qual seria mediada pela articulação dos espaços do estado e da sociedade civil, ao mesmo tempo em que as práticas educativas na perspectiva da capacitação dos grupos sociais operam-se de maneira restrita ou reiteradora das práticas educativas ou mobilizatórias pré-existentes. A partir destes indícios, infere-se que a função de intelectual do ACS revela-se visivelmente

mais próxima do Estado, como representante das ordenações do Sistema de Saúde do que propriamente de uma ação ética e politicamente comprometida, orgânica aos grupos sociais dos quais é originário.

A solidariedade a ser promovida na construção do nível de atenção básica de saúde, guardados os seus propósitos já referidos, somente pode ser aquela que é calcada na mobilização e no suporte aos grupos sociais para a análise, compreensão, sistematização e intervenção de maneira autônoma nas suas condições de vida e saúde. Seria este conjunto de funções o significante do ACS como elo de ligação entre o Estado e os grupos sociais usuários da rede de atenção à saúde, ou seja, a mediação entre grupos sociais e as políticas públicas de saúde. No entanto este significado, diga-se, o significado da ação do ACS como elo de ligação, se não é entendido por este mesmo profissional, também não é compreendido pela maioria dos demais componentes da equipe, havendo que se considerar que, como já foi afirmado, os limites da ação do ACS estão definidos pelos limites da ação do Modelo da ASF.

Em síntese, os limites das práticas do ACS falam-nos sobre os obstáculos ao exercício da solidariedade na sociedade brasileira como um todo e no setor saúde de modo particular, os quais estão dados pelas estratégias articuladas pelo estado neoliberal, cujos frutos mais nefastos referem-se à degradação das relações sociais; à neutralização do movimento sindical, à desmobilização dos trabalhadores; à perda da esperança em um novo projeto de sociedade; ao recuo dos intelectuais engajados nas lutas pela saúde desde o início da década passada.

Neste ponto, tecidas as considerações sobre a questão chave do presente estudo que indaga sobre a efetivo exercício do ACS na condição de intelectual orgânico, passaremos a tecer considerações sobre: 1) a constituição do ACS como sujeito, orientada para o modo como este profissional se percebe, percebe os grupos sociais usuários e percebe a equipe, e como é percebido pelos grupos usuários e a equipe; 2) o projeto político pedagógico, no que

se refere à intencionalidade da prática educativa em estudo e ao marco teórico sobre conhecimento, ensino e aprendizagem; 3) a homogeneidade nos processos de formação do ACS.

O ACS, na concepção de um Coordenador Estadual do PACS, é “um membro da comunidade, que deu certo”. Esta é uma afirmação que, embora não tenha sido emitida com tanta força pelos demais sujeitos desta pesquisa, de alguma forma ela se fez muito freqüente nas expressões das equipes, das comunidades e dos ACS. Uma representação construída nestes termos denota que o teor da fala está a indicar que ao se tornar ACS estes homens e mulheres incorporam qualidades que não se verificam na comunidade e que, por isso, ao incorpora-las tornam-se diferenciados. Ao mesmo tempo, o teor da fala não reitera a comunidade no que ela possa ter de positivo, pois o que atribui a qualidade ao ACS, como já foi afirmado não emanaria dela, mas, de outro lugar. Isto é a qualidade incorporada por aquele que se constitui um ACS emana de um outro espaço, que não é o a sua localidade.

O sujeito da fala, tomando como referência a unidade de saúde e a sua equipe, emite um discurso sobre o ACS como um membro da comunidade, cuja experiência como trabalhador da saúde o transforma num sujeito que “deu certo”. Para o ACS, dar certo equivaleria a revestir-se das funções, dos significados e das simbologias que circulam em torno do fato de poder penetrar e pertencer ao espaço da equipe de saúde da localidade. A equipe de saúde, neste caso, apresenta-se como um parâmetro, um sinal de sucesso, um elemento diferenciador que define a distância entre aquele que acertou na vida e aqueles que permaneceram nas suas condições de origem.

Ao ACS “Dar certo” no sentido de dar-se bem na vida consistiria numa oportunidade de trilhar novos espaços existenciais, cujas experiências não estariam ao alcance dos demais membros da comunidade: ser guindado à condição de membro da equipe de saúde; tornar-se próximo da enfermeira, do médico e do odontólogo; circular na comunidade e penetrar os

domicílios, legitimado pela presença do doutor ou da doutora, munido de instrumentos de trabalho e de tecnologias cujo acesso só a ele é permitido.

Mas, para além do dado fenomenológico e buscando-se entender o processo de constituição do ACS, ainda que esse processo se dê na presença da equipe e da comunidade, é importante considerar que o fato de o ACS ser visto como bem sucedido na vida mediante um exercício de contraposição do seu modo de vida ao modo de vida da sua comunidade, é possível inferir que, ao olhos dos donos da fala, esta comunidade permanece no seu lugar por não ter conseguido ou por não ter percebido a possibilidade de trilhar um caminho semelhante ao percorrido pelo ACS.

Este fato significaria que para poder investir-se das suas competências e habilidades, ao pretendente às funções de ACS seria demandada a condição de deslocamento do seu lugar de origem, a comunidade, para o espaço da Unidade de saúde como um local de produção e execução de normas; de produção, demanda e consumo de serviços; e espaço onde as emanções do Estado fazem ressonância. Logo, este deslocamento, como evidencia este estudo, não implicou apenas uma ampliação de espaço em termos existenciais, ele é acompanhado de reformulações discursivas e modificações no olhar sobre a comunidade, às vezes mediadas por um certo distanciamento.

Poderia entender-se que esta fala e o lugar de onde se fala seria a expressão da equipe de saúde ou de outros implementadores do PACS e o local da sua emissão seria a Unidade de Saúde ou outros espaços distribuídos nos limites do Estado. Ou, então, entender-se-ia que o ACS como aquele que deu certo é uma representação que, enquanto um corpo de idéias e imagens, nasce no seio do Estado e se dissemina através do seu aparelho, mais propriamente pela rede de serviços básicos de saúde e os seus agentes.

Por outro lado, o fato de a diferenciação do ACS em relação à comunidade ser um fato produzido e reconhecido no interior do Estado e, de certa forma internalizada por aqueles trabalhadores, sugere que na intermediação entre o sistema de saúde e a comunidade, o ACS

pode estar se apresentando como predominantemente preocupado com o desempenho das funções do Estado em detrimento daquelas funções voltadas para a mobilização e emancipação da comunidade.

As evidências nesse sentido apontam para a concentração das suas atividades em torno das suas atribuições de natureza preventivas e promocionais da saúde, principalmente aquelas de caráter funcionalista centradas no desenvolvimento de hábitos e comportamentos saudáveis. Além disso, no forte componente afetivo demonstrado pelo ACS na sua interação com a comunidade, a evocação dos vínculos familiares de sua parte, cujo reconhecimento não é expresso pela comunidade ou pela equipe, num primeiro olhar sugere a incorporação do papel paterno pelo ACS em relação à comunidade. Sobre esse fato é importante atentar que, conforme foi evidenciado no estudo, ao manifestar a internalização desse papel, os ACS reivindicavam também a posse da violência, o que simbolicamente está relacionado ao papel do Estado como o único detentor do poder do seu exercício.

A prática do ACS é, sem dúvida, um que fazer marcado pela contradição e pela ambigüidade uma vez que para além da prevenção e da promoção de hábitos e comportamentos saudáveis, a realidade da comunidade clama por uma intervenção focalizada no seu cotidiano, o que demanda uma reelaboração em profundidade, inclusive sobre aqueles fatores de risco objeto de prevenção ou atividades promocionais de saúde, situação nem sempre entendida por este trabalhador.

Sabe-se que a ausência de instrumentos e de uma capacitação que permita uma intervenção eficaz sobre o cotidiano da comunidade resulta em sofrimento, angústia e desistência, que acabam por minar o potencial deste trabalhador que, como já foi demonstrado é expressivo nacionalmente. Mas uma intervenção nesse sentido demanda por parte do ACS um domínio profundo do seu “que fazer” em termos ético - políticos como condição para o exercício da unidade dialética do seu perfil social e do seu perfil profissional. Além disso, há que se considerar que se do lado do ACS este aspecto não for exaustivamente tratado e

incorporado, tratar do cotidiano com a sua comunidade é tratar da sua realidade, inclusive, o que o torna um igual aos demais. Este fato, de uma certa forma pode constituir-se num exercício doloroso para o ACS e pode ser a base da sua insistência na ação em termos preventivos e promocionais por que este é o tipo de ação que artificialmente reveste o ACS de uma coloração diferente no espaço da comunidade, pois aos seus olhos este tipo de tarefa lhe confere autoridade, lhe concede um espaço mais próximo ao lugar do médico. Porém, o que a equipe e o próprio ACS parece não entender é que, na persistência do predomínio das ações de cunho assistenciais sobre as ações de cunho sócio – político, o ACS perde a sua especificidade; desfaz-se a sua singularidade.

Em suma, esses fatos estão a indicar que, uma ação desse tipo, com raras exceções, caracterizam uma prática que, em termos educativos, tem começo e fim no senso comum, indício de que o ACS ainda se encontra distante de uma vinculação de caráter orgânico com a comunidade a que pertence, mediada pela sistematização da realidade em seu favor. Nesse sentido, é importante que se leve em consideração que o conceito de “elo de ligação” verbalizado pela grande maioria dos ACS entrevistado é um eufemismo criado pelos formuladores do PACS que, intencionalmente ou não, neutraliza a dimensão política do seu perfil. O ACS na função de intermediação de um diálogo entre desiguais não pode ser ligador de diferentes, mas o mediador de conflitos, cuja ação e intencionalidade deve ser consenso entre os componentes da categoria. . Frente a essa necessidade, o PPP da formação desse trabalhador na sua versão formal, assim como na versão que emerge das práticas cotidianas mostra-se omissivo.

Outro aspecto a ser considerado na engenharia desse profissional é que o pertencimento do ACS à comunidade onde trabalha e o relativo domínio da sua situação de saúde não são condições suficientes para a vinculação desses trabalhadores à população assistida, que caracterize um comprometimento de natureza ético -política. Ademais, a partir das evidências externas referentes a renda familiar, qualidade da moradia e nível de instrução,

podemos inferir que os ACS pertencem a grupos sociais característicos da classe trabalhadora, porém o fato de revelarem uma condição de classe idêntica não é suficiente para que se considere que esses trabalhadores desenvolveram uma consciência social para si e para os seus grupos, fator essencial para o desempenho de funções de intelectuais orgânicos a suas comunidades. As práticas educativas desses trabalhadores, nas abordagens predominantes, revelam que ainda há um longo caminho a percorrer no trajeto demarcado pelo “saber ser”, “saber conhecer” e “saber fazer” como marcos de emergência de uma nova consciência social em saúde.

É fundamental que se considere que as práticas educativas que enfatizam a informação em saúde são desencadeadas no sentido da promoção da compreensão da situação de saúde por parte da comunidade, visando à eleição informada sobre as situações de risco à saúde. Uma estratégia educativa estruturada nesses termos visa ao compartilhamento e a exploração das crenças e valores dos grupos sociais e os sinais da sua efetividade evidenciam-se no acesso igualitário às informações. As atividades são realizadas entre os indivíduos, nos serviços, nos domicílios e na comunidade.

A educação em saúde promovida com vistas à prevenção de doenças e de agravos à saúde concentra-se no desenvolvimento de comportamentos saudáveis, mediante a persuasão sobre os riscos aos quais indivíduos ou grupos estão expostos. Da mesma forma que a educação baseada na informação, as atividades educativas com objetivos preventivos são realizadas nos espaços dos serviços de saúde, nos domicílios e na comunidade. Ou seja, embora a estratégia possa até adotar procedimentos em grupo, a meta é o desenvolvimento de comportamentos saudáveis nos indivíduos. São os grupos de hipertensos, diabéticos, grávidas, nutríses, que na maioria das oportunidades gravitam em torno da unidade de saúde.

Tanto nas atividades que privilegiam a informação em saúde como nas atividades que enfatizam a prevenção de doenças e agravos à saúde, o protagonismo revela-se centrado na

figura do ACS e a ação tende a primar pela formalidade na relação que se define em torno dos papéis de educador e de aprendiz. Conseqüentemente, a educação em saúde é entendida como um espaço demarcador de relações formais de ensino-aprendizagem que se realizam no âmbito das práticas de saúde, cujos traços mais salientes são: o didatismo e a assimetria expressa na ação que parte do ACS na condição de “educador” para os usuários dos serviços de saúde na condição de “educandos”.

O didatismo ocorre na medida em que essas atividades tendem a ser estruturadas como momentos específicos ou isolados das ações de saúde propriamente ditas, quando realizadas nas unidades de saúde ou, então, nas oportunidades das visitas domiciliares, quando estas atividades tendem a assumir um cunho preletivo e inculcador.

A assimetria diz respeito ao fato de que práticas educativas desse tipo realizam-se na perspectiva da passagem de um saber ou de uma informação focalizada apenas no desenvolvimento de comportamentos ou hábitos saudáveis, onde os profissionais da saúde figuram como “os que sabem” e os usuários dos serviços desenvolvem o papel “dos que não sabem”, dispensando-se o diálogo como fundamento dessa relação, uma vez que o saber da clientela não é considerado como carregado de importância e de significado para a equipe de saúde.

Esta situação é corroborada pelo discurso que os usuários da rede de atenção básica de saúde constroem sobre o ACS. Os usuários revelam que conhecem o ACS; sabem o seu nome; sabem onde fica a sua residência; avaliam-nos positivamente expressando afetividade e, na sua totalidade, quando solicitados a identificar as ações desenvolvidas por aqueles trabalhadores enumeram apenas aquelas circunscritas ao cuidado em saúde; às informações; as recomendações com finalidades preventivas; ao encaminhamento e à marcação de consultas e exames.

É uma fala marcada pelo sentimento de gratidão, sustentado na idéia de que a população é mal agradecida, que deveria agradecer pelos cuidados recebidos, uma vez que até a instalação do PACS nunca existiu nenhum tipo de atenção à saúde semelhante a este.

Um fato importante, mas não definitivo para a caracterização da prática educativa do ACS é a não confirmação por parte do usuário desse tipo de vinculação mais estreita e de cunho afetivo que o ACS declara em relação aos grupos sociais com que interage. Se este fato não é fundamental na caracterização dessas práticas, constitui um dado importante da configuração do discurso coletivo do ACS, uma vez que, além de atestar a visão parcial de um único sujeito, ele atesta a densidade e a ambigüidade expressa no modo como este sujeito constrói a si; constrói o outro; e é construído pelo outro, ao mesmo tempo em que entra em relação com o meio, processo esse mediado pelas relações de trabalho.

Além disso, a emoção, a afetividade e a eloqüência expressas nas práticas educativas, embora não sejam negadas, devem ser acrescidas de componentes de objetividade de modo a assegurar direção e avanço no permanente estabelecimento da intencionalidade da prática educativa como emergente do consenso entre os ACS.

As evoluções nesse sentido deverão levar em conta que as relações de trabalho dão forma ao espaço institucional da saúde como um espaço de relações de poder que é ritmado pelo conflito, pela contradição e pela oposição, isto é, a unidade de saúde configura-se como o espaço do entrecruzamento de sujeitos portadores de distintos interesses, distintas visões de mundo, distintos projetos de sociedade, sendo, portanto, portadores de direções e intencionalidades específicas no tocante à realidade de saúde. Isto equivale a afirmar que a equipe de saúde tende a reproduzir no espaço da unidade de saúde as relações sociais que são características da sociedade como um todo.

Sem negar as atividades educativas de natureza informativa e/ou preventivas, é importante, contudo, que se evidencie as suas características parciais face a uma prática de educação em saúde mais ampla e estruturada na realidade das comunidades. Uma prática educativa realizada nesses termos elege como ponto de partida o senso comum como expressão da cultura dominante na localidade, reelaborando-o permanentemente com vistas a um nível de consciência coletivo em saúde. A repetição e/ou reiteração das informações e prescrições somente adquirem validade quando tomadas como ponto de partida para um domínio maior sobre a realidade de saúde e as demais condições de vida da população.

O que apóia essa intencionalidade caracteriza-se pela defesa do diálogo como suposto fundamental em toda a extensão do processo de formação do ACS. Contempla uma abordagem teórico - prática, que articula ensino, serviços de saúde e intervenção na comunidade, e problematiza a realidade nos termos propostos por Paulo Freire e por Juan Dias Bordenave.

A estruturação das práticas educativas e consolidação de um aparelho formador em torno do PACS revelou-se complexa, como também foi complexa a definição do PPP relativo à formação do ACS. Deve-se considerar a este respeito que, se do lado do ACS esta era uma nova categoria profissional em formação, do lado do aparelho formador, a abordagem e o ensino orientado para a problematização da realidade eram componentes que até então não estavam sob o domínio dos instrutores, supervisores e demais quadros do PACS, o que impôs a formação do Staff do PACS nessa direção. Este dado de realidade acarretou uma característica no mínimo especial para o processo de formação do ACS, na medida em que educador e educando se descobriram, ambos, em processo de formação.

No que se refere a homogeneidade do processo de formação, ou diga-se, do PPP em termos nacionais, o que se observa é que, além de um grande volume de normas, havia,

também, uma intensa produção e distribuição de Manuais e Marcos de Referências, de modo a contemplar praticamente todos os níveis hierárquicos da estrutura do PACS: coordenadores estaduais; coordenadores regionais; supervisores; instrutores; agentes comunitários de saúde. No processo de formação do ACS, por exemplo, são enfatizados os temas, as Unidades, as abordagens, os procedimentos e o processo de avaliação, sendo manifesta a preocupação com a garantia da coerência entre estes componentes, de modo a viabilizar uma apreensão crítica da realidade. Posteriormente, ao longo dos dezesseis anos de existência do PACS, vêm sendo criadas inúmeras escolas / núcleos de formação do ACS. Para estes centros de formação foi descentralizada a formação do ACS, bem como a produção de materiais instrucionais, que guardadas as peculiaridades locais e regionais, se orientam pelas diretrizes emanadas pelo Ministério da Saúde.

Em síntese, a articulação das categorias intencionalidade, marco teórico sobre ensino / aprendizagem e homogeneidade no processo de formação do ACS, em termos formais, apresentam evidências semelhantes nas localidades componentes do universo deste Estudo. Um exemplo marcante neste sentido foi a presença da concepção do conceito de ACS como elo de ligação em todas as entrevistas coletivas entre ACS e equipe de saúde, bem como praticamente entre todos os demais atores entrevistados individualmente como: gestores, coordenadores do PACS, representantes do Aparelho formador; representantes da categoria dos ACS; atores fundamentais na formulação e implementação do PACS. Este conceito é enunciado formalmente no Manual do PACS, publicado pelo Ministério da Saúde em 1991.

Estes atributos que se manifestam no plano teórico ou conceitual da prática do ACS, sugerem que haveria uma nível expressivo de compacidade interna dessa categoria profissional no sentido das ações proposta pelo PACS com vistas à comunidade, isto é, no plano externo. No entanto, como já foi referido, as evidências empíricas apontam, também, para o fato de que, de uma forma geral, a prática educativa promovida pelos ACS

caracteriza-se predominantemente como centrada nas atividades de cunho preventivo ao que alguns autores denominam como práticas reiterativas e outros, como práticas institucionais, na medida em que se revelam desfocadas daqueles objetivos que visam à emancipação dos grupos sociais componentes das comunidades onde vivem e trabalham.

Temos então, que, em termos formais, ou seja, no plano do PPP explícito, haveria uma expressiva coincidência em termos da intencionalidade, formação e orientação da prática educativa do ACS. Ao mesmo tempo, exceto naquelas localidades onde a presença dos formuladores e demais atores comprometidos com a defesa do PACS era expressiva, haveria uma coincidência no plano do PPP implícito, na medida em que as ações do ACS tendem a se revelar como reiterativas ou institucionais, como já foi evidenciado.

Estes fatos, aparentemente paradoxais, denunciariam o descompasso entre a intenção e o gesto na prática do ACS. A discussão do descompasso entre o implícito e o explícito do PPP nesse sentido, certamente, constitui um apelo muito forte para uma reflexão sobre a prática educativa do ACS focalizada naqueles componentes que dão o tom das relações de poder no cotidiano das Unidades de saúde e no cotidiano das relações ACS / comunidade. Mas, para além da perspectiva da coerência entre a intenção e o gesto, a reflexão neste sentido revela-se fundamental como condição para a evidenciação das reais possibilidades de o ACS incorporar a função de intelectual orgânico aos grupos sociais constituintes da comunidade com quem trabalha.

VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o protagonismo na educação é possível de ampliação, se levarmos em conta que a presença do usuário, da comunidade e dos gestores na condição de sujeitos desse processo é tão importante quanto a presença do ACS. Ao ACS na condição de educador/intelectual caberá uma ação pedagógica que se oriente pela aliança entre esses sujeitos da educação já citados e o fio condutor dessa mesma ação ultrapassa o caráter comportamentalista prescritivo e preletivo, revestindo-se de um caráter politicamente persuasivo sobre as condições materiais de vida da comunidade. As condições materiais de vida e de saúde da comunidade são o ponto de partida e de chegada como objeto da política de saúde local,

Há, que se perseguir, portanto, uma dimensão mais estruturada das práticas educativas em saúde, porque, independentemente desses momentos formais de ensino, as práticas dos profissionais de saúde são educativas por excelência, porque, como já foi visto, a partir das relações que elas desenvolvem em contextos específicos fazem com que elas incorporem a dimensão de um Projeto político-pedagógico que tem sentido num momento e num espaço também específico. Em outras palavras, aprendemos, construímos uma concepção de saúde, de homem e de mundo nas relações que estabelecemos nos nossos cotidianos e que são estruturadas nos contextos em que vivem. Para a associação, permanência e capacidade de desenvolvimento do ACS como uma categoria cuja ação é direcionada para a construção do SUS, coloca-se como condição um corpo de princípios éticos consensualizados e determinados pela própria categoria aos seus componentes singulares em torno dessa finalidade como forma de garantir compaticidade interna e homogeneidade em termos externos.

Com relação à intencionalidade expressa na ação do ACS, são evidentes distintos níveis de imagens objetivo que este trabalhador visualiza para as suas funções, que estão

relacionados aos níveis de suporte com os quais eles contam para o desenvolvimentos das suas atribuições nos seus cotidianos. Dentre estes suportes sobressaem-se:

1. A internalização do PACS como uma política de Estado e a sua legitimação tanto face a população como diante da instituição saúde;
2. A clareza e definição dos seus vínculos trabalhistas;
3. a clareza em termos ético-políticos da intencionalidade da ação da equipe do PACS/PSF;
4. O comprometimento expresso na ação dos Secretários Estaduais de Saúde; Secretários Municipais de Saúde, Coordenadores locais dos Programas, Secretários Municipais de Saúde, Aparelhos formadores em nível central e Estadual; A permanência dos formuladores do PACS em lugar de coordenação ou em território próximo que garanta a sua influência na sua implementação;
5. A ação da Coordenação do Programa em nível central do MS.

Na medida dos aspectos acima citados, observa-se que o ACS internaliza distintas intencionalidades para as suas ações, que variam de patamares comportamentalistas a patamares que se localizam na transformação no plano mais geral da sociedade brasileira. No entanto, predominantemente, esta direcionalidade se expressa como finalidade que se esgota na implementação do SUS, onde o principal mérito mais manifestado pelos entrevistados é a coleta e sistematização da informação e a redução dos gastos em saúde, mediante as ações básicas de saúde. Ao aparelho formador estaria posta a necessidade do desenvolvimento de algumas capacidades entre os ACS que, na diversidade, desse conta da elaboração unitária de uma consciência coletiva, expressa num modo de pensar e de agir homogêneo visando à combinação da direção e intencionalidade do agir desse trabalhador.

Mas, para uma melhor localização da prática do ACS na atualidade é importante considerar que as lacunas no SUS referentes à universalidade, equidade, integralidade, participação e controle social sugerem-nos que, mesmo nas décadas mais recentes, o que

confere sentido e significado à sua existência é o trabalho com a população de baixa renda. Foi assim com a visitadora do SESP; foi assim com o agente de saúde da Medicina Comunitária e dos PECS. Porém, se na vigência da Medicina Comunitária, por um breve período fomos movidos pela ilusão ou pelo equívoco de que nossas ações contemplavam populações simples, com problemas simples, cujas soluções eram simples, hoje, por força dos resultados desse mesmo paradigma, sabemos que os perfis epidemiológicos desses grupos sociais até então excluídos pelo sistema de saúde apresentam uma complexidade equivalente aos grupos sociais privilegiados e urbanos, o que nos conclama a superar de vez o círculo de giz do nível de atenção primária em saúde.

Porém, há três décadas, contava-se com a consolidação do Movimento Sanitário como uma ação política e social que se orientava pelo paradigma da Medicina Coletiva que incorporava no seu discurso a defesa do direito à saúde e propunha uma ação direcionada para a construção de uma contra-hegemonia que se fundava na democratização da saúde, tendo como intencionalidade a redemocratização da sociedade brasileira. Estes fatos sugerem-nos que as décadas de 1970 e 80 apresentavam-nos um quadro favorável para a transição desses profissionais da condição de intelectuais tradicionais, comissários do Estado, para a condição de educadores, intelectuais orgânicos, imbuídos da função de sistematização das questões da saúde em favor da sociedade em geral e de grupos sociais específicos, movidos por vínculos de alianças e de identificação no plano político, em relação ao Estado e às autoridades da saúde.

Porém, a institucionalização e / ou ocupação do aparelho de Estado como espaço de lutas teria atingido o calcanhar de Aquiles do Movimento Sanitário, na medida em que as alianças que se apresentaram como possíveis nas décadas posteriores implicaram na sua fragilização enquanto um interlocutor crítico da situação de saúde. Houve então uma despolitização das práticas de saúde e, conseqüentemente, um retorno da maioria dos trabalhadores à condição anterior de “intelectual tradicional”. Este fato, que serve de exemplo

do atual distanciamento dos intelectuais profissionais das arenas das lutas sociais num contexto de globalização e neoliberalismo, aponta para a atualidade do pensamento gramsciano que aposta na possibilidade da emergência de novos atores, encarnados naqueles grupos sociais que, até há pouco tempo, eram o objeto das análises e das lutas sociais, agora investidos na condição de sujeitos, dotados de autonomia, criando os seus próprios intelectuais orgânicos num processo permanente de capacitação para a superação das suas condições materiais de vida, como seria o caso do ACS, nos termos em que o seu perfil é construído.

Vale refletir, no entanto, que as exigências e condicionantes para o trabalho desses ACS são do tipo: 1) viver na comunidade de trabalho; 2) relegar a importância do vínculo empregatício com a equipe e a Unidade de saúde onde trabalha a um segundo plano, em favor dos seus assistidos; 3) produzir, apesar de não portar um saber e um espaço que definam a sua especificidade como trabalhador; 4) aceitar a ênfase no seu vínculo com as famílias e indivíduos com quem trabalha como substituto do vínculo institucional que lhe assegura a permanência e outros direitos trabalhistas; 5) a precariedade do seu vínculo empregatício como elemento que favorece o seu comprometimento, identificação e defesa dos direitos da sua comunidade face às suas necessidades da saúde, diante das autoridades deste setor (Nogueira, 2000). Vale considerar, por outro lado, que essas exigências carecem de uma probabilidade de um “florescimento” que se opere no sentido de dentro para fora desses sujeitos, superando a normatividade, no exercício crescente de uma prática técnica e ideológica, que se traduzam no desenvolvimento de uma consciência sanitária nas equipes, nos gestores e nos grupos sociais usuários dos serviços.

Para esse florescimento é crucial o fato de o ACS não possuir um saber peculiar que demarque um rol de atribuições e um espaço que lhe confira identidade em relação aos demais trabalhadores da equipe. A sua configuração como um intelectual na forma em que está idealizada somente se dará numa relação ativa resultante da articulação complexa desse

trabalhador com os outros materializados na equipe, nos gestores e nos usuários, e com o meio.

Porem, a relação com os outros e com o meio, não se apresenta tão simples como pode parecer porque o ACS não entra em relação com os outros por justaposição, isto é, por força da norma, mas organicamente, na medida em que passa a fazer parte de organismos, dos mais simples aos mais complexos. Da mesma forma que os homens e mulheres não entram em relação com a natureza pelo fato de ser eles mesmos constituintes da natureza, mas ativamente por meio do trabalho e da técnica. Logo, essas relações não são mecânicas, seriam ativas e conscientes, na medida do nível de entendimento que delas tenham os ACS seja no plano individual ou coletivo..

Ademais, é necessário levar em conta que, como já foi afirmado, se o ACS constitui historicamente um trabalhador que se especializou no trato com os pobres e excluídos, a equipe de saúde do PSF também tem trilhado um caminho semelhante, e salvo experiências que deram mostras da eficácia e da potencialidade dos dois programas como reorientadores das práticas de atenção à saúde, o que se apresenta de maneira expressiva de uma forma geral, são equipes incompletas, marcadas pelo corporativismo dos médicos, enfermeiros e odontólogos. Tais profissões e seus anseios corporativistas se recusam a desmonopolizar o saber; infantilizam o ACS como trabalhador e permanecem num *modus facciendi* muito próximo do modo como funcionava nos seus primórdios da saúde comunitária, guardados os avanços tecnológicos e organizacionais característicos dos nossos tempos.

Estes fatos nos falam das relações sociais de trabalho do ACS, nas quais estes homens e mulheres se constroem, constroem o outro, transformam a realidade. Este movimento, em que o próprio ACS é um processo em si, nos sugere que se os desejos e determinações contidos no corpo normatizador da ação deste trabalhador não lhes são adversos, são, pelo menos, inconsistentes com o seu agir prático que o constitui como sujeito.

Estes fatos sugerem, também, que as definições oficiais sobre o que é um ACS nesse sentido podem incidir em uma falsa ou irreal divisão do trabalho cujas decorrências apontariam para o deslocamento da dimensão educativa das práticas de saúde, no nível básico da atenção à saúde, para este profissional, apesar de ser esta uma função de todo o trabalhador de saúde. Mas, sabendo-se que esta seria uma estratégia de investir o ACS na condição de intelectual orgânico, articulado aos grupos sociais com quem convive e no seio do qual desempenha a sua função, caberiam ainda algumas questões:

1. por que somente ao ACS, componente mais vulnerável da equipe é cobrada a retomada da função de educador, nos moldes do intelectual orgânico?
2. quem educaria o educador (ACS), se nas próprias equipes não há consenso sobre o papel desse trabalhador e da própria equipe como um todo?
3. será que, na ausência de uma ação radical direcionada e intencionada para a totalidade do SUS e na tentativa de politização de uma única categoria de trabalhador, não estaríamos voltando ao passado, reassumindo uma assistência para pobres?
4. uma vez bem sucedidos nesse intento, ao liberarmos os demais componentes da equipe da organicidade no processo de trabalho, não estaríamos incidindo na reiteração desses trabalhadores na posição de intelectuais tradicionais, cuja principal característica seria uma ação emanada da condição do poder técnico sobre as questões da saúde e sobre os grupos sociais usuários da rede pública de atenção à saúde?

Em outras palavras, enquanto o ACS é investido da atribuição de articulação equipe / grupos sociais usuários, aos demais componentes da equipe estaria reiterada a função de interlocução “estado / grupos sociais”, agora instrumentalizados no monitoramento dos indivíduos, famílias e comunidade, num contexto marcado por uma violência de caráter estrutural, quando a família dos pobres e excluídos ressurgem como espaço de intervenção por excelência.

Por outro lado, se aceitamos que todo o ser humano é um intelectual, visto que esta é uma condição inerente à sua humanidade e capacidade de pensar a si, o outro e o ambiente, em termos sociais esta função somente tem sentido quando exercida por um ator coletivo, visto que a sua ação se traduz na sistematização de uma realidade e na homogeneização de grupos sociais específicos em favor dos quais essa realidade é traduzida.

Isto posto, e na ausência ou distanciamento do Movimento Sanitário no espaço problematizado do PACS/PSF, o coletivo detentor da função de intelectual somente poderia ser constituído pela equipe. O deslocamento dessa função para a figura do ACS sugere-nos uma “divisão política” artificial do processo de trabalho, que não funcionaria na ausência de formas especialíssimas de articulação de estruturas, tecnologias, atos e procedimentos.

E, por fim, é fundamental a da dimensão histórica na estruturação das práticas de saúde, como condição de uma reinvestida radical rumo ao SUS que necessitamos, pois é a historicidade dos fatos que formata os contextos, as instituições e as suas conformações materiais e imateriais. Neste momento, os aspectos organizacionais abstratos comandam as formulações e encaminhamentos para o SUS, que por extensão, culminam por orientar os encaminhamentos referentes ao PACS / PSF e à “formação” do ACS. Se aceitarmos que a essência estabelecida para a ação do ACS é o seu compromisso ético / político e se, nessas condições, pretendemos erigi-lo como ponto de partida para as novas orientações em direção ao SUS, é preciso que aprendamos com o passado e nos convençamos de que construção do SUS não se viabilizará via a construção de “ilhas de politização” como no caso do ACS, pois na utopia da democracia está implícito o alargamento da equidade em todos os domínios da vida, mediada pelas relações de poder como relações de autoridade partilhada.

Portanto, a implementação do SUS impõe um movimento de re-politização geral desse processo no qual um novo ator, nos moldes do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, emerja com a capacidade política necessária para novos investimentos a partir de tudo aquilo

que já percorremos em termos de avanços tecnológicos, organizacionais, de complexidade da atenção, e relações sociais entre equipes, gestores e grupos sociais usuários. Ainda que respeitemos o PACS e o PSF como estratégias em evolução, e que uma equipe se constitui na coordenação de atribuições e competências diferenciadas, o movimento de repolitização do SUS e, conseqüentemente, a repolitização da equipe de saúde, nos diz que este movimento só se dará no restabelecimento da organicidade da equipe com os grupos sociais usuários da rede de saúde. Isto é, a equipe como um todo em aliança com esses mesmos grupos, reconstrua o seu foco, os seus saberes, os seus poderes no plano técnico, político e administrativo.

IX. REFERÊNCIAS:

- Anderson, P. In Sader, E & Gentili, P. (orgs). Pós-neoliberalismo: As políticas Sociais e o Estado Democrático. RJ: Paz e Terra, 1995.
- Anderson,P. Balanço do neoliberalismo.In:Sader E. & Gentili,P.(orgs). Pós- neoliberalismos: as políticas sociais e o Estado democrático. . RJ: Paz e Terra, 1995.
- Barata, RB. A saúde e responsabilidade do Estado contemporâneo. Tema Radis, 15, 1997.
- Berlinguer, G. Medicina e Política. SP: CEBES – HUCITEC, 1978.
- Bourdieu.P. & Passeron, JC. A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino. RJ: Francisco Alves, 1975.
- Bobbio, N. Os intelectuais e o poder: dúvidas e opções dos homens de cultura na sociedade contemporânea. SP: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1997.
- Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. Brasília:Ministério da Saúde. 2007
- Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.
- Brasil, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: Programa de Agentes Comunitários de Saúde. 1991.
- Brasil, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Curso de Formação de Agentes Comunitários de Saúde. Roteiro de Atividades para o Coordenador Municipal de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. 1991.
- Brasil, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Agentes Comunitário de Saúde. Roteiro de Formação de Agentes Comunitários. Brasília: Programa de Agentes Comunitários de Saúde.1991.

- Brasil, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Manual de Recrutamento e Seleção. Brasília: Programa Nacional de Agentes Comunitário de Saúde. 1991.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Sistema de Informação. Brasília: Agentes Comunitários de Saúde. 1995.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília (DF), 1993.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília (DF), 1994.
- Brasil. Ministério da Saúde. Informe Saúde no. 197. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde. Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde. In Referencial curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. 2ª. ed. Revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Brasil, Ministério da Saúde / Ministério da Educação. Referencial curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. 2ª. ed. Revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

- Bussmann AC. O Projeto político-pedagógico e a gestão da Escola. In Veiga, IPA (org), Projeto Político-pedagógico da escola: uma construção possível. 2ª ed. Campinas, SP: Papyrus, 1996.
- Buss PM. Et alii. Promoção da saúde e a saúde pública: contribuição para o debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina. RJ: Escola Nacional de Saúde Pública, 1998.
- Carvalho, SR. Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: Sujeitos e mudanças. SP: Ed. HUCITEC, 2005.
- Chauy, MS. Intelectual engajado, figura em extinção? Conferência realizada no Ciclo O silêncio dos Intelectuais. Brasília: Ministério da Cultura. www.cultura.gov.br/foruns de cultura. 2005.
- Coutinho, CN. Gramsci: Um estudo sobre seu pensamento político. 2ª ed. RJ: Civilização Brasileira. 2003.
- Cornbleth, C. Para além do currículo oculto?. In: Teoria e Educação n5. Porto Alegre: Panonica, 1991.
- Cunha, AZS. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. IN Ciência e Saúde Coletiva. RJ: ABRASCO. 2002.
- Dal Poz, MR. O Agente Comunitário de Saúde: algumas reflexões. Interface – Comunicação e Saúde, Educação, v.6, n.10. 75-94, fev.2002.
- Defoe, D. A Journal of the Plague Year: observations or memorials of the most remarkable occurrences as well public as private, which happened in London during the last great visitation, in 1665. Middlesex, UK. Penguin Books, 1970.
- Demo, P. Pesquisa e informação qualitativa: Aportes metodológicos. Campinas, SP: Papyrus, 2001.
- Czeresnia, D (org.) & Freitas CM. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. RJ: Editora Fiocruz, 2003.
- Donnangelo, MCF. Medicina e Sociedade. SP: Pioneiras. 1975.

- Escorel, S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. RJ: Ed. Fiocruz, 1998.
- Ferreira, LO. Os periódicos médicos e a invenção de uma agenda sanitária para o Brasil (1827-43). História, Ciência e Saúde –Manguinhos.1999.
- Foucault, M. Microfísica do Poder. RJ: Graal, 1979.
- Foucault, M. O nascimento da clínica. RJ: Forense, 1977.
- Freire, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. SP: Paz e terra, 1966.
- Freedhein, SB. Por que menos sinos dobram no Ceará: O sucesso de um Programa de Agentes de saúde Comunitário no Ceará – Brasil. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto de Tecnologia de Massachussets - USA, 1993.
- Gonçalves, RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas e do processo de trabalho na rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. SP: CEBES/UCITEC. 1994.
- Gramsci, A. Os intelectuais e organização da Cultura. RJ.: Ed. Civilização Brasileira. 1982. 4ª.Edição.
- Gramsci, A. Concepção Dialética da História. RJ: Ed. Civilização Brasileira S/A 1987. 7ª. Edição.
- Gramsci, A. Cadernos do Cárcere. RJ: Civilização Brasileira, vol. I, 199.
- Gonçalves, R. B. M. “Tecnologia e organização social das Práticas de saúde: características tecnológicas e do processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo”. São Paulo: 1994.
- Gramsci, A. “Cadernos do cárcere”. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, vol. I, 1999.
- Gramsci, A. “Os intelectuais e a organização da Cultura”. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

- Habermas, J. Técnica e ciência enquanto ideologia. In: Os pensadores. SP: Abril, 1984.
- Illich, I. A expropriação da saúde: Nêmesis da Medicina. RJ:Editora Nova Fronteira S.A. 1974.
- Laurell, AC. A saúde - doença como processo social. In Revista Latinoamericana de Saúde. México. 1982.
- Laurell, AC (org). Estado e Políticas sociais no neoliberalismo. SP: Cortez, 1995.
- Lefevre, F. & Lefevre, AMC. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.
- Lefevre, F & Lefevre, AMC. O discurso do sujeito coletivo: Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: Educas, 2005.
- Lima, JTF. Risco de urbanização da febre amarela no Brasil. Cadernos de Saúde Pública 1 (3). 1985
- Lunardelo, SR. O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde nos núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto – São Paulo. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. 2004.
- Hamann, E.M. Os ensino da educação para a saúde na prevenção de HIV-Aids: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral. RJ.:FIOCRUZ. Cadernos de Saúde Pública (Sup.2); 85-92. 1999.
- Machado, MH (org.). Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica. RJ: Editora Fiocruz,1997.
- Marx,K & Engels, F. Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem. Obras escolhidas; vol. 2. SP: Alfa omega. P 267/280. 1985.
- Mazza, MMPR. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. 1994.
- Mendes, EV. A evolução histórica da prática médica. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP. 1985.

- Merhy, EE. O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitária no Estado de São Paulo. Campinas, SP: Papyrus, 1987.
- Merhy, EE. Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo. Livre-docência. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. 2000.
- Mehry, EE & Costa, TB. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Mehry, EE. & allii. O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. SP: HUCITEC, 2003.
- Messa, LWA. Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde do Município do Novo Gama – Go. Monografia de Especialização em Saúde Coletiva. Brasília: Departamento de Saúde Coletiva – FS-UnB. 2006.
- Minayo, MCS. Hermenêutica dialética como caminho do pensamento social. RJ: Fiocruz. Mimeo. 2007.
- Minayo, MCS; D'Elia, JC; Svitone, E. Programa Agentes de Saúde do Ceará. Brasília: UNICEF. 1990.
- Minayo, MCS. O desafio do conhecimento. SP – RJ: HUCITEC – ABRASCO, 2006.
- Minayo, MCS (org); Assis, SG; Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos; Abordagens de Programas Sociais. RJ: Editora Fiocruz, 2005.
- Mochcovitch, LG. Gramsci e a Escola. SP: Editora Ática S/A. 1988.
- Nogueira, R; Silva, FB et Ramos, ZVO. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – O Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério do Planejamento/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2.000.
- Oliveira, F. A sombra do Manifesto Comunista: globalização e reforma do Estado na América Latina. In. Pós-neoliberalismo II: Que Estado para que democracia? Atílio A Boron; Emir Sader e Pablo Gentili (orgs). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Oliveira, IB. Currículos praticados: entre a regulação e a emancipação. RJ: DP&A. 2003.

- OMS/UNICEF. Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional de Alma-Ata. Brasília: UNICEF, 1979.
- Paim, JS. Medicina familiar no Brasil: Movimento ideológico e ação política. In Saúde, crises e reformas. Salvador, Ba: Centro Edidtorial Didático da UFB, 1986.
- Pellegrini, FA. Medicina Comunitária: A questão urbana e marginalidade social. IN Guimarães, R. Saúde e Medicina no Brasil, contribuição para um debate. RJ: Graal, 1978.
- Pires, D. O saber e as práticas de saúde no Brasil e a sua apropriação pela Medicina e pela Enfermagem Institucionalizadas. SC: UFSC. Dissertação de Mestrado em Sociologia Política. 1988.
- Ramos, CL; Melo JAC; Soares, JCR. Quem educa que? Repensando a relação médico – paciente. In. Costa NR; Ramos CL; Minayo, MCS; Stotz, EM. Demandas populares, políticas públicas e saúde. Petrópolis, RJ: Vozes, 1989.
- Resende, LMG. Paradigam – Relações de poder – Projeto político-pedagógico: dimensões indissociáveis do fazer educativo. In Veiga, IPA (org), Projeto Político-pedagógico da escola: uma construção possível. 2^a ed. Campinas, SP: Papirus, 1996.
- Rosas, E J. A extensão de cobertura dos serviços de saúde no Brasil: PIASS – análise de uma experiência. Dissertação de Mestrado. RJ: Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz, 1981.
- Rosen, G. Uma História da Saúde Pública. SP: Ed. UNESP / UCITEC / ABRASCO, 1994.
- Rosen, G. Da Polícia Médica à Medicina Social: Ensaio sobre a história da assistência médica. RJ: Edições Graal Ltda. 1980.
- Sader, E. Quando novos personagens entram em cena: experiências e luta dos trabalhadores da grande São Paulo 1970-1980. RJ: Paz e Terra, 1988.
- Sader, E & Gentili, P. (orgs). Pós-neoliberalismo: As políticas Sociais e o Estado Democrático. RJ: Paz e Terra, 1995.

- Santiago, ANF. Projeto político-pedagógico da escola: Desafio à organização dos educadores. In Veiga, IPA (org), Projeto Político-pedagógico da escola: uma construção possível. 2ª ed. Campinas, SP: Papyrus, 1996.
- Santos, BS. A crítica da razão indolente. Contra o desperdício da experiência. SP: Cortez, 2000.
- Santos, MR. Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde da Região de Juiz de Fora – MG. Tese de Doutorado – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2006.
- Semeraro, G. Gramsci e a sociedade civil: cultura e educação para a democracia. RJ: Editora Vozes. 2001.
- Semeraro, G. Intelectuais orgânicos em tempos de pós-modernidade. Cadernos CEDES. Campinas SP, vol. 6. no. 70. p.373 a –391. set / dez 2006.
- Silva, JA da e Dalamaso, ASW. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. RJ: FICOCRUZ, 2002.
- Sousa, MF. Agentes Comunitários de Saúde: Choque de povo.SP: HUCITEC. 2001.
- Sousa, MF. Programa de saúde da família: estratégia de superação das desigualdades na saúde? Tese de doutorado apresentada a Universidade de Brasília/ Faculdade de Ciências da Saúde. Brasília:UnB. 2007.
- Stotz, EN. Enfoques em Educação e Saúde. In IN Participação Popular, educação e saúde. RJ: Relume Dumará, 1992.
- Stralen, CJ. A participação comunitária em programas de extensão de cobertura de serviços de saúde. SP: XV Congresso de Higiene, 1977.
- Stralen, CJ. Do Projeto Montes Claros para o Sistema de Saúde: o hiato entre ideologia e realizações práticas. In: Fleury, S. (org.). Projetos Montes Claros. A utopia revisitada. RJ: ABRASCO, 1995, p. 165-191.

- Tendler, J. Bom Governo nos trópicos: uma visão crítica. RJ: Revan, Brasília-DF: ENAP,1998
- Testa, M. Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da Saúde”. São Paulo: Editora HUCITEC/ABRASCO,1995.
- Testa.M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas.1992.
- Tolos, JB. Ciência, sociedad y planificación territorial em la institución del lazareto. Tesis de Doctorado. Universitat de Barcelona. Programa de Doctorado Pensamiento Geográfico y Organización del territorio. Facultad de Geografía e Historia. 1994.
- Teixeira, CF. Saúde da Família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde. In Carmem Fontes Teixeira & Jorge Pereira Solla, Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Ba: ISC / UFBA. 2006.
- Trapé, C A. A prática Educativa dos Agentes Comunitários do PSF à luz da categoria práxis. Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. 2005.
- Valla, VV. A Construção desigual do conhecimento IN Participação Popular, educação e saúde. RJ: Relume Dumará, 1992.
- Vasconcelos, EM. Educação Popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.
- Vasconcelos, EM. Educação Popular nos serviços de saúde. Sp: Editora HUCITEC. 1991.
- Veiga, IPA (org). Projeto Político-pedagógico da escola: uma construção possível. 2^a ed. Campinas, SP: Papyrus, 1996.

ANEXOS

ANEXO I
ROTEIRO DE ENTREVISTAS

SUJEITO 1:**Agentes comunitários de saúde:**

Para você, o que é ser ACS?

Como você se vê enquanto um (a) ACS?

Quais são as contribuições mais importantes do trabalho do ACS?

Como você imagina que a sua equipe considera o ACS?

Como você imagina que a comunidade considera o ACS?

Como você percebe os grupos de usuários que estão sob a sua responsabilidade?

Quais são os principais problemas para o desempenho das suas funções?

Entre as ações desempenhadas pelo ACS, quais delas você considera a mais importante?

Como vocês consideram o processo de formação do ACS?

Qual a contribuição do ACS na construção do Sistema Único de Saúde?

SUJEITOS 2 / 3 / 4 :

Coordenadores do PACS ou do PSF - Secretários Municipais de Saúde / Atores fundamentais na formulação e implementação dos Programas em nível local / Atores fundamentais na formulação e implantação do (s) Programa (s) em nível nacional.

Como você pensa o ACS?

Quais foram as experiências internas ou externas (nacionais ou internacionais) que influenciaram a estruturação do PACS/PSF nesta localidade?

Quais são as características que você considera como peculiares ao ACS desta localidade?

Quais são as atribuições mais importantes dos ACS nesta localidade.

Quais são as habilidades, competências e valores enfatizados na formação e capacitação do ACS nesta localidade?

Como você concebe o papel do ACS no interior da equipe de serviços?

Como você considera que a comunidade percebe o ACS?

Como você considera que a equipe percebe o ACS?

Como você considera que o ACS percebe a comunidade?

Como você considera que o ACS se percebe?

Quais os principais problemas que o ACS encontra no desempenho das suas funções?

Qual a contribuição do ACS na construção do SUS?

Qual a sua opinião sobre a formação técnica do ACS?

SUJEITO 5:

Representantes e ou participantes do aparelho formador em nível estadual, nacional e municipal

1. Como você pensa o ACS?
2. Quais foram as experiências internas ou externas (nacionais ou internacionais) que influenciaram a estruturação do PACS/PSF nesta localidade?
3. Quais são as características que você considera como peculiares ao ACS desta localidade?
4. Quais são as atribuições mais importantes dos ACS nesta localidade.
5. Quais são as habilidades, competências e valores enfatizados na formação e capacitação do ACS nesta localidade?
6. Como você concebe o papel do ACS no interior da equipe de serviços?
7. Como você considera que a comunidade percebe o ACS?
8. Como você considera que a equipe percebe o ACS?
9. Como você considera que o ACS percebe a comunidade?
10. Como você considera que o ACS se percebe?
11. Quais os principais problemas que o ACS encontra no desempenho das suas funções?
12. Quais são os supostos filosóficos mais importantes que orientam a formação do ACS nesta localidade?
13. Qual seria em termos gerais o modelo político-pedagógico que está implícito na proposta de formação do ACS desta localidade?
14. Qual a contribuição do ACS na construção do SUS?
15. Qual é a sua opinião sobre a formação técnica do ACS?

Sujeito 6:

Usuários da rede de serviços básicos de saúde:

1. Qual a sua opinião sobre o Agente Comunitário de Saúde?

Sujeito 7:

Equipe de Saúde da Família:

Qual a sua opinião sobre o Agente Comunitário de Saúde?

Sujeito 8

Representantes e ou lideranças da Categoria dos ACS

1. Como você pensa o ACS?

Quais foram as experiências internas ou externas (nacionais ou internacionais) que influenciaram a estruturação do PACS/PSF nesta localidade?

Quais são as características que você considera como peculiares ao ACS desta localidade?

4. Quais são as atribuições mais importantes dos ACS nesta localidade.
5. Quais são as habilidades, competências e valores enfatizados na formação e capacitação do ACS nesta localidade?
6. Como você concebe o papel do ACS no interior da equipe de serviços?
7. Como você considera que a comunidade percebe o ACS?
8. Como você considera que a equipe percebe o ACS?
9. Como você considera que o ACS percebe a comunidade?
10. Como você considera que o ACS se percebe?
11. Quais os principais problemas que o ACS encontra no desempenho das suas funções?
12. Quais são os supostos filosóficos mais importantes que orientam a formação do ACS nesta localidade?
13. Qual seria em termos gerais o modelo político-pedagógico que está implícito na proposta de formação do ACS desta localidade?
14. Qual a contribuição do ACS na construção do SUS?
- 15. Qual é a sua opinião sobre a formação técnica do ACS?**

ANEXO II
TERMOS DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO
1. Ofício encaminhado aos entrevistados

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Ofício, DSC/ /2006

Brasília, 04 de abril de 2006

Do:

Para: Sr. (a):

Prezado Senhor (a):

O Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, está realizando uma Pesquisa sobre as práticas educativas realizadas pelos Agentes Comunitários dos doze Municípios pioneiros na implantação dessas ações no Brasil, como condição para a conclusão do Curso de Doutorado em Ciências da Saúde do Prof. Oviromar Flores, o qual conta com a orientação do Prof. Edgar Mercham Hamann.

Nesse sentido vimos solicitar a sua colaboração no sentido de participar como fonte de informação em uma das atividades de coleta que serão realizadas nessa localidade as quais constarão de: 1) entrevista em grupo com agentes comunitários de saúde em atividade nesse Município; 2) Entrevistas com gestores (Secretários de Saúde, Gerente de Unidade Básica de Saúde e coordenadores de equipes do PACS/PSF); 3) Entrevistas com os responsáveis pela formação dos ACS na localidade.

As atividades com essa finalidade serão previamente agendadas.

Na expectativa da sua concordância em participar dessa Pesquisa, subscrevemo-nos

Atenciosamente.

Prof.Oviromar flores

Departamento de Saúde Coletiva

Faculdade de Ciências da Saúde

2.Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Entrevista individual

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (*)

Através do presente documento, declaro que fui informado (A) dos objetivos, da justificativa e da proposta de trabalho que consiste na realização de uma entrevista gravada com questões abertas e semi-estruturadas.

Afirmo que fui igualmente informado(a) sobre: 1)a garantia do direito a requerer resposta a qualquer pergunta de dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao estudo; 2) a liberdade de desistir da participação do estudo, a qualquer momento, sem que ocorra prejuízo a minha pessoa; 3)o compromisso de livre acesso aos dados do estudo, em qualquer etapa do seu desenvolvimento; 4) a segurança e garantia de que não serei identificado(a) e do sigilo das informações referentes a minha privacidade; 5)a responsabilidade e honestidade na análise dos resultados do trabalho. 6)a garantia de que a pesquisa não terá custos financeiros para o pesquisado.

Assim, autorizo a minha participação no estudo mediante a assinatura deste documento.

Localidade e data:

Assinatura

Pesquisador:
Professor Oviromar Flores
Departamento de Saúde Coletiva
Faculdade de ciências da Saúde – UnB
Telefone (61) 33072587 – (061) 32747022

3.Termo de Consentimento Livre e esclarecido Entrevista em grupo

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (*)

Através do presente documento, declaro que fui informado (A) dos objetivos, da justificativa e da proposta de trabalho que consiste na participação de uma entrevista em grupo, que constará de uma reunião gravada, na qual será discutida a prática educativa dos Agentes Comunitários de Saúde do meu Município de trabalho.

Afirmo que fui igualmente informado(a) sobre: 1)a garantia do direito a requerer resposta a qualquer pergunta de dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao estudo; 2) a liberdade de desistir da participação do estudo, a qualquer momento, sem que ocorra prejuízo a minha pessoa; 3) o compromisso de livre acesso aos dados do estudo, em qualquer etapa do seu desenvolvimento; 4) a segurança e garantia de que não serei identificado(a) e do sigilo das informações referentes a minha privacidade; 5)a responsabilidade e honestidade na análise dos resultados do trabalho. 6)a garantia de que a pesquisa não terá custos financeiros para o pesquisado.

Assim, autorizo a minha participação no estudo mediante a assinatura deste documento.

Localidade,

Data:

Assinatura

Pesquisador:
Professor Oviromar Flores
Departamento de Saúde Coletiva
Faculdade de ciências da Saúde – UnB
Telefone (61) 33072587 – (061) 32747022

