**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Agente Comunitário de Saúde e
empoderamento: o caso da Coordenadoria de
Saúde da Lapa.**

Nelson Bedin

**Tese apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública
para a obtenção do título de
Doutor em Saúde Pública**

**Área de concentração: Serviços de
Saúde Pública**

**Orientadora: Prof^a. Dr^a Márcia
Faria Westphal**

**São Paulo
2006**

Agente Comunitário de Saúde e empoderamento: o caso da Coordenadoria de Saúde da Lapa.

Nelson Bedin

**Tese apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública
da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para a
obtenção do título de Doutor em
Saúde Pública**

**Área de concentração: Serviços de
Saúde Pública**

**Orientadora: Prof^a. Dr^a Márcia Faria
Westphal**

**São Paulo
2006**

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores

Assinatura:

Data: 02 de janeiro de 2006.

“A paciência dos conceitos é grande, a paciência da utopia é infinita”

Boaventura de Sousa Santos

Apresentação

O presente trabalho é fruto de longo período de experiência do autor no campo da saúde coletiva, iniciado em 1973, com a residência em Medicina Preventiva. Nesses muitos anos, o autor presenciou e vivenciou diversas propostas alternativas para a superação do modelo hegemônico de atenção à saúde, com os mais variados graus de sucesso ou de fracasso. Participou do movimento dos jovens sanitaristas de São Paulo, um importante movimento no âmbito da Reforma Sanitária brasileira, que culminou com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990. Assistiu a várias tentativas de transformação do modelo de atenção à saúde e participou de algumas delas. Essa pequena história de vida estimulou o autor a apreender como objeto de estudo, para seu doutoramento no campo da Promoção da Saúde, a questão do empoderamento, em particular, o potencial de empoderamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) do Programa Saúde da Família (PSF) implantado em 2001 no município de São Paulo.

Como cenário do estudo foi escolhido o PSF implantado nos Distritos Administrativos de Vila Leopoldina e Jaguará, na Coordenadoria de Saúde da Lapa, local em que o autor exerce o papel de assessor técnico nos últimos três anos.

A justificativa básica que motivou o presente trabalho foi a necessidade de avaliar um dos aspectos centrais da proposta do PSF, que é o seu papel estratégico na implementação do SUS em uma grande metrópole, investido da capacidade de provocar transformações que levem à superação do modelo hegemônico de atenção à saúde. No interior desse papel estratégico, optou-se por avaliar um aspecto particular, de significativa visibilidade pela própria natureza de sua inserção no sistema e por sua específica atuação, que é a presença do Agente Comunitário de Saúde.

Admitiu-se, como hipótese de trabalho, que a atuação do ACS se reveste de um efetivo potencial de empoderamento de indivíduos, de grupos e da comunidade, e procurou-se comprovar em que medida isso ocorreu no caso específico da Coordenadoria de Saúde da Lapa. Como suporte para essa comprovação, o autor valeu-se dos estudos sobre o empoderamento no campo da Promoção da Saúde, dos estudos de Habermas sobre a interação dialógica (Teoria da Ação Comunicativa) e dos estudos de Boaventura de Sousa Santos sobre a emancipação e o advento de um novo paradigma para as relações sociais.

DEDICATÓRIA

**Aos
Agentes Comunitários de Saúde
da
Coordenadoria de Saúde da Lapa**

AGRADECIMENTOS

A todos que tornaram possível este trabalho.

Resumo

Agente Comunitário de Saúde e empoderamento: o caso da Coordenadoria de Saúde da Lapa.

Introdução: O presente trabalho procurou avaliar o potencial de empoderamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) do Programa Saúde da Família (PSF) da Coordenadoria de Saúde da Lapa, no município de São Paulo, implantado a partir de 2001. Tal objeto se justifica na medida em que o empoderamento de indivíduos, de grupos, da comunidade é fundamental para que se implantem ações de Promoção da Saúde, com vistas à transformação do modelo de atenção à saúde. O ACS, como elemento novo no conjunto de trabalhadores do sistema de atenção à saúde, tem entre suas atribuições a de atuar para que esse empoderamento se torne concreto. **Objetivo:** Avaliação do potencial de empoderamento do ACS do PSF da Coordenadoria de Saúde da Lapa, no município de São Paulo, com vistas à mudança do modelo de atenção. **Método:** Empregou-se a metodologia qualitativa de estudo de caso, utilizando-se diversas técnicas de apreensão do objeto: grupo focal, observação não-participante, entrevistas semi-estruturadas e análise documental. **Resultados:** A análise documental do material da capacitação do ACS revelou um conteúdo e uma metodologia que contribuiu para o seu empoderamento, permitindo-lhe incorporar o diálogo como sua principal ferramenta de trabalho. A observação de campo demonstrou que o ACS utiliza o diálogo em suas interações com a comunidade, em especial nos contatos interpessoais. Sua participação na atividade grupal ainda não se mostra expressiva, no entanto tem um papel significativo no empoderamento comunitário. Evidenciou-se que o ACS tem colaborado, com seu trabalho, para o advento de um novo modelo de atenção à saúde, que se contrapõe ao modelo hegemônico. **Conclusão:** O ACS é um elemento novo no sistema de atenção à saúde com grande potencial de empoderamento, merecendo, porém, uma maior atenção para o desenvolvimento completo de suas potencialidades.

DESCRITORES: *Empoderamento, Promoção da Saúde, Programa
Saúde da Família, Agente Comunitário de Saúde.*

Summary

Communitarian Health Agent and Empowerment: the Lapa Health Coordination Case.

Presentation: This inquiry sought to evaluate the empowerment potential of Communitarian Health Agents (CHA) by the Family Health Program (FHP) of the Lapa District's Health Coordination, in the city of Sao Paulo, Brazil, implemented in 2001. Such goal explains itself as far as the empowerment of individuals, groups, community is fundamental to implant actions for Health Promotion, aiming at the health care model's transformation. The CHA, as a new element among the whole health care system's workers, have as their attributions those of acting for the concretization of that empowerment. **Objective:** Evaluation of the Lapa FHPCHA's empowerment potential with regard to health care model's changing. **Method:** The qualitative case study methodology was employed, with utilization of several approaching techniques toward the object: focal group, non-participant observation, semi-structured questionnaires, as well as documental analysis. **Results:** The documental analysis of CHA's capacitation material revealed both a content and a methodology that have contributed to their own empowerment, allowing them to incorporate dialogue as their main operating tool. Field observation has demonstrated that the CHA use dialogue by their interactions with the community, especially in interpersonal contacts. The CHA's participation in group activity is not expressive yet, however, they have a significant role in communitarian empowerment. It became evident that the CHA have been collaborating, in their work, to the coming of a new health care model as a counterpart to the hegemonic model. **Conclusion:** The CHA is a new element inside the health care system with a big empowerment potential, deserving, nevertheless, more attention for the complete development of his or her potentialities.

DESCRIBING WORDS: Empowerment, Health Promotion, Family Health Program, Communitarian Health Agent.

Índice

Apresentação	
Resumo	
Summary	
PARTE I	
I. INTRODUÇÃO	
1. Breve histórico do PSF em São Paulo	1
2. Agente Comunitário de Saúde: um novo autor no palco da saúde de São Paulo	7
II. REFERENCIAL TEÓRICO	
1. O PSF, a Promoção da Saúde e o Empoderamento	19
2. O empoderamento, a Teoria da Ação Comunicativa e a emancipação	35
III. OBJETIVOS	
1. Objetivo Geral	54
2. Objetivos Específicos	54
PARTE II	
I. CENÁRIO DO ESTUDO	55
1. Distrito Administrativo Vila Leopoldina	58
2. Distrito Administrativo Jaguará	60
II. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	66
PARTE III	
I. A CAPACITAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	74
1. Empoderamento no nível individual	80
2. Empoderamento no nível grupal	82
3. Empoderamento no nível comunitário	84
4. Empoderamento no nível político	87
II. O ACS E A HOLOSFERA DO EMPODERAMENTO	89
1. Empoderamento no nível individual	89
2. Empoderamento no nível grupal	98
3. Empoderamento no nível comunitário	107

4. Empoderamento no nível político	115
III. O ACS E O DIÁLOGO COMO FERRAMENTA DE TRABALHO	124
IV. O PSF, O ACS E O NOVO PARADIGMA	153
PARTE IV	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	173
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

I. INTRODUÇÃO

1. Breve História do PSF em São Paulo

Nas últimas décadas, o Brasil vem vivenciando muitas transformações no campo da saúde. Há sinais evidentes de que passamos por duas marcantes transições – a demográfica e a epidemiológica –, cujas conseqüências são sentidas amplamente, exigindo da sociedade respostas nem sempre fáceis.

Após longos anos de maturação, a Reforma Sanitária brasileira consolidou-se, pelo menos legalmente, com o advento da Constituição de 1988. Essa carta magna contempla os princípios fundamentais pelos quais propugnavam os participantes do movimento da Reforma Sanitária, ou seja, a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado.

As Leis 8080 e 8142 concretizaram organicamente aqueles anseios, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e regulamentando o controle social do sistema. Alguns aspectos do arcabouço teórico que mobilizava os atores da Reforma Sanitária fizeram parte do próprio corpo da lei. Entre eles, pela importância de que se reveste, merece destaque o que considera a saúde como resultado de múltiplos fatores, pois isso remete à compreensão de que o setor saúde não pode e não deve trabalhar de forma isolada. Diz a Lei 8080 que

a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país.

A concepção de saúde que está na raiz do arcabouço legal implica considerá-la, como aponta MENDES (1999), “em sua positividade, muito

além, portanto, de suas conseqüências imediatas, indicadas negativamente, como doença, seqüela e morte”.

Para MENDES (1999),

Saúde é o resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um ‘viver desimpedido’, um modo de ‘andar a vida’ prazeroso, seja individual, seja coletivamente.

Dado que a saúde tem uma ampla determinação, não se pode pensar a organização de um sistema para prover saúde com base apenas e tão somente em ações voltadas para a sua recuperação. Não se restringe também ao acréscimo de ações preventivas clássicas a esse componente de recuperação. Torna-se imperativo que o sistema incorpore uma forte dose de ações de promoção da saúde, intimamente ligadas àqueles fatores condicionantes e determinantes da saúde, como aponta a lei.

Para que esse conceito de saúde, baseado na concepção da determinação social do processo saúde-doença, seja compreendido e seja efetivamente a base de sustentação do SUS, faz-se necessário que um novo projeto social se efetive, projeto este em que a cidadania seja ampliada, não se resumindo mais na simples escolha de dirigentes pelo voto e sim na possibilidade de colocar nos fóruns de decisões novos sujeitos, resultantes das diversas formas de participação engendradas na esfera local. Há de se recuperar a visão comunitária, em que pessoas e famílias passam a ser co-responsáveis por sua qualidade de vida, saúde e bem estar. Isso implica alterações no sistema de organização da informação, reforço da capacidade administrativa e um amplo trabalho de formação na comunidade sobre a causalidade dos problemas que vive, sobre as leis que permitem a

recuperação daquilo a que tem direito e para a participação nos processos de tomada de decisão do SUS. (FIOCRUZ 2001)

SANTOS (2000), em seus estudos sobre a emancipação, chama a atenção para o papel que o espaço da comunidade desempenha entre os espaços estruturais:

Pode ser surpreendente considerar hoje o espaço da comunidade, que se baseia na idéia de território físico ou simbólico, como um espaço estrutural autônomo. É consensual a idéia de que o Estado moderno --- uma entidade hiperterritorial --- ao reivindicar o controle exclusivo sobre um determinado território produziu a fusão do espaço da comunidade com o espaço da cidadania. Tendo em conta especificamente os processos históricos de formação do Estado na maioria das sociedades periféricas e semiperiféricas, sustento, em alternativa, que o espaço da comunidade se manteve, em todo o sistema mundial, como um lugar autônomo de relações sociais, irredutível às relações sociais aglomeradas em torno do espaço da cidadania.

A questão da organização da informação com vistas a direcionar sua tecnologia para a melhoria da saúde da população, tendo como substrato a emancipação e a democracia participativa, foi muito bem estudada por MORAES (2002).

São inúmeros os trabalhos que versam sobre a participação da sociedade no âmbito da saúde, considerando-a como fundamental para a consecução de mudanças substanciais no modelo de atenção e nos níveis de saúde. A legislação brasileira considera a saúde como direito de todos e dever do Estado, e prevê que o sistema de atenção à saúde seja organizado com base no princípio da descentralização, com a imprescindível participação da sociedade. Essa participação social também mereceu uma legislação específica, quando da criação do Sistema Único de Saúde (SUS),

regulamentando o controle social do sistema, configurando-se assim uma forma de exercício de cidadania. No plano federal, a Lei 8142 determina a realização de Conferências de Saúde, nos três níveis de governo, de cunho deliberativo e de caráter transitório, e estabelece a vigência de Conselhos de Saúde, também nos três níveis de governo, com caráter deliberativo e permanente. Na cidade de São Paulo, a Lei 13325 estabelece a criação de Conselhos Regionais e Conselhos Locais.

Essa relação entre Estado e população (comunidade) tem causado certa polêmica, já que, para alguns, poderia haver cooptação dos movimentos sociais por parte do Estado, burocratizando-os e tirando-lhes a força política.

DONATO e LOBO (1994) apresentam uma resposta para essa questão:

O movimento social não deve se transformar em uma personalidade jurídica, sob pena de reduzir sua particularidade e capacidade de interlocução a mais uma das entidades ou organizações sociais. É própria do movimento sua capacidade instituinte. Todavia, o Conselho de Saúde, que não é nem pode ser o movimento, ainda que deva com ele manter uma relação orgânica, necessita ser institucionalizado, a fim de constituir uma regularidade no fluxo decisório de instituição. Em outras palavras, necessita constituir um sujeito coletivo regular ou contínuo com delegação de autoridade para poder influir na gestão e produção de políticas de saúde.

Para uma leitura mais abrangente do papel dos Conselhos de Saúde como mecanismo de controle social sugerimos consultar CARVALHO (1995).

Apesar desse inegável avanço, constata-se que a participação da sociedade nesses colegiados de gestão é ainda muito insuficiente para interferir afirmativamente nos processos decisórios.

Em uma análise sobre a participação nos movimentos sociais SCHERER-WARREN (2001) aponta dificuldades que se apresentam comumente nesse processo:

(....) os empecilhos para uma participação cidadã realmente democrática nas políticas sociais e no poder público são provenientes de uma cultura política que perpassa a esfera governamental e tradições da sociedade civil. Do lado da esfera governamental pode ser lembrado o poder de controle burocrático-administrativo da máquina do Estado, mantendo o controle da informação etc., não facilitando a participação da sociedade civil; a falta de recursos para as políticas sociais, desestimulando o interesse pela participação popular; a determinação de prioridades por canais clientelísticos, fisiologistas, partidários etc.; política de preempção/apropriação pelo Estado de iniciativas da sociedade civil, descaracterizando-as; enfim, a precária publicização do poder público, mesmo nos casos em que as parcerias são implementadas.

SCHERER-WARREN (2001) acrescenta, ainda, os empecilhos habituais que se apresentam para o lado da sociedade civil:

(....) a muito recente socialização para uma democracia participativa, com diminuta mobilização e frágil capacitação para se fazer representar com legitimidade nas estruturas instituídas do poder político; a dificuldade em ultrapassar a fase das meras denúncias para a de formulação de propostas legítimas e de qualidade dentro da comunidade; e a frágil capacidade de combater as tentativas de preempção/apropriação das propostas cidadãos, unilateralmente pelo Estado.

Tanto a implantação de ações de promoção da saúde quanto a qualidade do controle social do sistema estão na dependência do grau de empoderamento do cidadão. Sem que haja uma redistribuição do poder, a participação social continuará resumindo-se a um mero mecanismo de legitimação das intervenções do poder público, para defesa dos interesses particulares ou dos donos do capital e/ou para cumprimento da lei.

Na cidade de São Paulo, de 1989 a 1992, procurou-se implantar um sistema de saúde em consonância com os princípios do SUS, organizado com base em critérios epidemiológicos, potencializando a participação social com a implantação de conselhos. Mas essa experiência foi abortada radicalmente nos oito anos que se seguiram, sendo substituída por outra, que privilegiou a atenção curativa em detrimento das ações de promoção da saúde. Tal projeto recebeu o nome de PAS (Plano de Atendimento à Saúde) e era tão contrário ao que havia sido consignado nas Leis 8080 e 8142, que o município foi descredenciado do SUS, com evidentes e inegáveis prejuízos para a população, bem como para a evolução da Reforma Sanitária.

Em 1996, em plena vigência do PAS, a Secretaria de Estado da Saúde, em parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina, implantou o Programa Saúde da Família (PSF), dando-lhe o nome de fantasia “Projeto Qualis”, forma abreviada para “Qualidade Integral em Saúde”. Seu início se deu no Distrito Administrativo de Itaquera, em 1996, ampliando-se para Parque São Lucas, Sapopemba e Vila Nova Cachoeirinha, em 1997. Nesse projeto, as equipes de PSF contavam com a incorporação de outros recursos assistenciais como saúde bucal, saúde mental e ambulatórios de especialidades. O projeto se expandiu, em 1998, com a parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Fundação Zerbini. SILVA e DALMASO (2002a) realizaram um profundo trabalho de pesquisa sobre os Agentes Comunitários de Saúde do Projeto Qualis.

Em 2001, retoma-se a experiência abortada. A opção pelo SUS é renovada e oficializada em diversos comunicados da Secretaria Municipal de Saúde publicados no Diário Oficial do Município, em que se apontava que, acompanhando um esforço nacional, a SMS seria descentralizada e teria sua rede básica gradativamente transformada pela estratégia Saúde da Família. (SMS 2001) Neles, a SMS assumia um compromisso de orientar-se pelo princípio da responsabilidade social, pautando suas ações no contexto da vigilância à saúde, incorporando os princípios da interdisciplinaridade e da intersetorialidade. Apontava, ainda, sua clara opção por eleger a família como ponto de partida para a implantação de programas, compreendida essa família em suas diferenças de sonhos, desejos, conflitos, potências e emoções vivenciadas no seu território concreto (SMS 2001). Podemos visualizar, aqui, um pressuposto aventado por SANTOS (1996), para quem a emancipação a conquistar é a do indivíduo, da sua subjetividade e de sua condição ampliada de cidadão, pois o desenvolvimento da cidadania (única e política) sem subjetividade conduz à normalização, a uma subjetividade identificada com as exigências da dominação disciplinar.

Esse pressuposto fica evidenciado, no documento de SMS (2001), quando seus autores elaboram algumas indagações sobre a ineficiência do modelo de atenção hegemônico:

qual a real capacidade desse modelo de reverter o crescimento de óbitos e agravos provocados por causas externas?;
com quais instrumentos o profissional de saúde conta para evitar um suicídio, um homicídio ou um acidente?;
que instrumentos o modelo propõe para prevenir doenças crônico-degenerativas?

Arremata, então, o referido documento: “a prevenção passa, acima de tudo, pela mudança de comportamentos e atitudes individuais e coletivas”. Ora, sem que haja cidadãos emancipados, sem que se observe o respeito a

suas subjetividades, não se conquistará o novo modelo, em cuja essência se manifesta o novo conceito que se deseja implementar, ou seja, saúde como qualidade de vida. Para tal, está colocada a necessidade de se estabelecer um novo processo social, garantindo que a sociedade possa vivenciar o conceito inovador de saúde como qualidade de vida. Na mesma medida, impõe-se a necessidade de os profissionais de saúde serem munidos de uma nova lógica na construção desse conceito de saúde. O Programa Saúde da Família (PSF) surge, então, como a estratégia privilegiada para a conquista desse novo modelo, reservando para o Agente Comunitário de Saúde (ACS) um papel relevante no processo de mudanças, como será visto nos próximos capítulos.

O compromisso de reestruturação do sistema de saúde com base no PSF foi assentado sobre uma estratégia que está ancorada em pressupostos resumidos nos sete itens apresentados a seguir (SMS 2001):

- 1. a estratégia Saúde da Família assume o conceito de saúde como qualidade de vida.*
- 2. a estratégia Saúde da Família centra sua atenção no coletivo e no indivíduo enquanto membro de uma família inserida numa comunidade.*
- 3. a estratégia Saúde da Família é fundamental para assegurar o princípio de hierarquização da rede, articulando entre si os diferentes níveis de atenção.*
- 4. a estratégia Saúde da Família centra suas intervenções na prática interdisciplinar.*
- 5. a estratégia Saúde da Família tem como base a estruturação do atendimento em torno da demanda organizada.*
- 6. a estratégia Saúde da Família tem como base a percepção do ser humano na sua integralidade, articulando as ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, tendo grande potencial de humanização da atenção à saúde.*

7. a estratégia Saúde da Família impulsiona a participação comunitária, que se traduz no envolvimento no processo de planejamento, execução e avaliação das ações. Além disso, viabiliza o estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços de saúde e a população.

A proposta de transformação do modelo de atenção a partir da incorporação de um novo conceito de saúde fica muito evidente nesses pressupostos. Evidencia-se também a proposta de um novo conjunto de práticas de atenção à saúde que substituiriam as práticas do modelo hegemônico que se desejava superar. E, por último, reforça a necessidade de incorporação da participação da comunidade, como parte de um amplo processo de construção da cidadania.

A Secretaria de Saúde da cidade de São Paulo adotou a estratégia da descentralização, tendo sido dividida em 41 Distritos de Saúde e cada um deles deu início à implantação do PSF, de forma progressiva, adequando os recursos disponíveis, sempre escassos, para atendimento das necessidades e demandas da população da cidade de aproximadamente dez milhões de habitantes. A recomendação da SMS aos dirigentes dos distritos foi a de escolher, para implantação do programa, territórios em que se identificava um maior grau de exclusão social. Uma vez escolhido o território, determinou-se a realização do diagnóstico situacional, levantando os problemas de saúde das famílias e comunidades, com a finalidade de acompanhar com segurança e responsabilidade social os grupos mais vulneráveis a adoecer e morrer, procurando programar ações com o objetivo de diminuir ou eliminar os riscos identificados. Esse trabalho foi realizado pelos assessores do Distrito de Saúde, em alguns casos com a colaboração de lideranças locais.

A escolha dos Agentes Comunitários de Saúde foi feita pelos distritos, com a participação das lideranças locais.

A esse novo profissional do campo da saúde foi reservado um papel relevante nas equipes que seriam formadas, pois ele deveria tornar-se o elo entre a unidade de saúde e a população. Grande parcela do processo de mudança do modelo de atenção à saúde estaria associada a seu trabalho, já que ele representaria a novidade mais perceptível do novo modelo. Nele estava sendo depositada a garantia do surgimento de um estreito vínculo entre a unidade de saúde e a população, necessário para que se obtivesse o apoio desta para as demais transformações que adviriam a partir da implantação do PSF.

A expansão do PSF se deu de maneira rápida em todo o país, a partir de seu início em 1994, atingindo grande contingente populacional, em todos os estados. No final de 2000, já existiam 10.473 equipes de saúde da família atuando em 3090 municípios e beneficiando 22,04% da população; havia também 145.299 ACS atuando em 4610 municípios e beneficiando 50,96% da população. (SOUSA et al. 2000)

Dados oficiais confirmam essa evolução:

Ano	Nº de Equipes	Nº de Municípios	Cobertura	Nº de Habitantes
2003	19.000	4.400	35,7%	62,3 milhões
2004	21.300	4.600	39,0%	69,1 milhões
2005	23.900	4.900	43,4%	76,8 milhões

Fonte: Fundo Nacional de Saúde

No município de São Paulo, em 2004, já eram 5386 os ACS em atividade em 170 Unidades Básicas de Saúde, segundo informe da SMS (CHRISTÓFARO 2004)

A magnitude desses números, por si só, revela a importância que o PSF vem ganhando na tentativa de encontrar soluções para os problemas de saúde que afligem nossas populações. E, apesar da diversidade encontrada nos inúmeros projetos concretos de atuação do PSF, observada em uma grande quantidade de artigos sobre o tema, o papel do ACS tem sido apontado por vários pesquisadores como fundamental para o sucesso da proposta. Entre esses artigos destaca-se o elaborado por VIANA e DAL POZ (1998).

O reconhecimento gradativo desse novo profissional no campo da atenção à saúde no Brasil, especialmente de comunidades carentes, foi o fato que nos levou a escolhê-lo como sujeito de nossa pesquisa. Fizemos um corte particular, para este estudo, focalizando, no amplo leque de possibilidades, o potencial de empoderamento deste novo profissional em relação ao seu público alvo, as famílias residentes nas áreas de abrangência de sua responsabilidade.

2. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no palco da saúde de São Paulo

Não é nova a idéia de que uma unidade de saúde deve manter um forte vínculo com as pessoas que moram em sua área de abrangência, mesmo que elas não sejam, em sua totalidade, usuárias dos serviços prestados pela unidade. Alguns pressupostos decorrem dessa idéia central: considerando-se que uma Unidade Básica de Saúde (UBS) foi alocada em uma determinada região, em se tratando de unidade do nível primário de atenção, deverá solucionar a maior parte dos problemas de saúde identificados na referida região; o vínculo estabelecido entre a UBS e os moradores agiliza o processo de reconhecimento dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença presentes na área; o estreitamento desse vínculo facilita a identificação dos problemas, das necessidades e das potencialidades da população para participar do processo decisório para o estabelecimento das práticas de atenção à saúde, produzindo efeitos mais rápidos e mais duradouros em termos de melhoria das condições de vida e saúde na região. É no interior desse vínculo que se encontra a possibilidade de se instalarem práticas participativas efetivas, em especial as práticas propostas pela legislação que regulamenta o controle social como um dos princípios fundamentais do SUS, ou seja, conferências e conselhos.

TEIXEIRA (1999), em uma análise sobre planejamento em saúde, aponta que o grande desafio que emerge para tal prática é

articular em seu interior como prática social, tanto a explicação dos problemas de saúde dos distintos grupos populacionais na perspectiva apontada pela 'epidemiologia crítica', enfatizando as relações entre os problemas de saúde, as condições de vida e seus determinantes histórico-estruturais, quanto a compreensão das representações sociais acerca da saúde-doença e atenção à saúde dos diversos grupos, o que indica a

necessidade de um planejamento participativo, em que os especialistas e população sejam atores e autores das respostas sociais aos problemas.

Entendemos que o advento do vínculo entre a Unidade Básica de Saúde (UBS) e os moradores da área é o primeiro passo para que se possa conseguir que especialistas e população se tornem, a um só tempo, atores e autores das respostas sugeridas por TEIXEIRA..

É no interior desse processo em que se busca o maior rendimento para as ações que visam a responder às múltiplas equações colocadas em uma realidade de saúde de determinada região que se insere a figura do Agente Comunitário de Saúde.

Já na década de 1970, programas como o PIASS (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento) utilizavam práticas semelhantes às adotadas pelo PSF em décadas posteriores, com destaque para a presença do ACS (SILVA e DALMASO 2002 b). No início da década de 1990, no Ceará, em vista dos altos índices de morbidade e mortalidade, determinados pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde, pela carência de informações sobre o autocuidado e sobre o funcionamento dos serviços e pelas deficiências do trabalho educativo realizado pelos profissionais de saúde, foi proposta implementação de um programa com a incorporação do ACS (NOGUEIRA et al. 2000). Um expressivo e realista depoimento, prestado pelo então secretário de saúde do Ceará a esses autores, revela como se deu o nascimento desse novo trabalhador da saúde, nos primórdios do SUS:

(....) surgiu uma seca no Ceará e houve a necessidade de empregar as pessoas que estavam sem emprego e passando fome. Então, sugerimos a idéia de empregar mulheres. Sempre nas emergências se empregam os homens, mas há muitas mulheres que não têm marido, que são as donas da casa.

Então sugerimos empregar 6 mil mulheres, que era o cálculo que a gente tinha feito de agentes de saúde necessários para o estado. Foram selecionadas 6 mil mulheres dentre aquelas mais pobres do estado, que eram escolhidas por um comitê formado por trabalhadores, igreja, representantes do estado e município. A gente definiu coisas muito simples e que eram muito importantes para a saúde, como conseguir vacinar todos os meninos, achar todas as gestantes e levar para o médico, ensinar a usar o soro oral. Assim, dentro de quatro meses, treinamos 6 mil mulheres sem nenhuma qualificação profissional. E o mais importante é que fossem pessoas que a comunidade reconhecia, mulheres que merecessem o respeito da comunidade. Assim foi o início do trabalho. Cessou o programa de emergência de atendimento à seca que tinha 200 mil trabalhadores. Mas essas mulheres da saúde foram as únicas que continuaram a trabalhar, porque o sucesso foi grande demais. (NOGUEIRA et al. 2000)

Em 1991, o Ministério da Saúde encampa os vários programas em que atuavam ACS, dando a eles um caráter nacional, sob a denominação de PNACS (Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde). A partir dessa data, o programa vive notória expansão, chegando a ter, no final da década de 90, mais de 100 mil agentes, até mesmo em grandes centros metropolitanos.

Em 1994, visando à ampliação do acesso aos serviços de saúde, com maior racionalidade técnica e econômica, bem como visando ao incremento da participação social e da humanização do atendimento, o Ministério da Saúde pôs em prática o PSF. Com seu caráter estratégico, o PSF tinha o papel de consolidar o SUS, reforçando seus pilares básicos, a universalidade, a integralidade e a equidade, como já mencionamos quando falamos da implantação do PSF na cidade de São Paulo.

O rol de atribuições do ACS, apresentado de forma resumida por NOGUEIRA et al. (2000), reforça o ponto de vista de que se reserva a ele um importante papel naquela tarefa que TEIXEIRA (1999) mencionava, isto é, transformar especialistas e população em atores e autores das respostas sociais aos problemas:

- a) cadastrar os membros de cada família em sua microárea de atuação;*
- b) levantar informações sobre condições locais de saúde e saneamento e participar do respectivo diagnóstico feito com a equipe do programa;*
- c) mapear e identificar fatores e áreas de risco à saúde;*
- d) realizar visitas domiciliares, mantendo a vigilância sobre as condições de saúde das famílias, com especial atenção para gestantes e crianças;*
- e) realizar atividades coletivas na comunidade, incluindo reuniões com mães e grupos de portadores de uma dada patologia, discussão do diagnóstico de saúde da comunidade, planejamento comum de ações etc. e*
- f) efetuar ações intersetoriais, que contribuam para a melhoria da qualidade de vida e a defesa solidária dos direitos de cidadania.*

SILVA e DALMASO (2002 b) reconhecem na proposta de atuação do ACS, no interior do PSF, um componente técnico (atendimento às pessoas, ações visando à prevenção de agravos, ou visando ao monitoramento de grupos e problemas específicos), e outro componente político, ligado não só à questão da solidariedade, mas também à organização da comunidade para provocar mudanças, tendo como metas a cidadania e a inclusão. Entre essas mudanças estaria a própria transformação do sistema de atenção à saúde, tendo como mote uma concepção alternativa do processo saúde-doença que pudesse provocar as rupturas imprescindíveis no modelo

hegemônico de atenção. Dessa forma, ao se pretender caracterizar um ACS, o papel que ele exerce na relação com a comunidade é o aspecto fundamental. Os pontos relevantes são, então, sua identidade com a comunidade e seu pendore para a ajuda solidária (NOGUEIRA et al. 2000). Em depoimento feito a esses autores, a coordenadora do PSF/PACS do Ministério da Saúde, Heloísa Machado, assim se expressou a esse respeito:

A caracterização básica do agente comunitário é que ele representa um elemento novo na constituição de uma equipe de saúde, como o foco que tem na comunidade, sendo uma pessoa da comunidade que tem um pé no serviço. A gente sempre diz isto: um pé na comunidade e um pé no serviço, ao mesmo tempo. Acho que essa vinculação do agente comunitário, sendo alguém da comunidade, é uma coisa fundamental para o perfil do desenvolvimento do trabalho dele, para o perfil do próprio agente comunitário; quer dizer, ele faz uma representação da comunidade dentro do serviço de saúde; essa ponte é fundamental para o processo de reorientação do próprio sistema local de saúde.

O que se destaca, então, no perfil do ACS em relação aos demais trabalhadores de saúde é a importância de seu papel social de mediador entre esferas diversas da organização da vida social, papel este que pode ser resumido da seguinte forma: ele é um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidade das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado (NOGUEIRA et al. 2000).

Esse papel de mediação é facilitado pelo fato de o ACS ser uma pessoa da própria comunidade, que continua residindo na própria área de atuação, o que dá suporte para o desenvolvimento de seu trabalho, com base na identidade cultural que ele exige. Tal característica facilita a identificação dos determinantes do processo saúde-doença naquele território, estimulando a promoção de mudanças nas condições de vida, reforçando o vínculo da comunidade com a unidade de saúde e com os demais membros da equipe. Viver na própria comunidade lhe dá a possibilidade de vivenciar as situações concretas que serão abordadas nos trabalhos da equipe com a comunidade (SOUSA 2001).

Ao definir as expectativas que tinha em relação ao ACS, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo estabeleceu que “para ser um ACS é preciso conhecer e ser conhecido pelos moradores, ter um bom relacionamento com a vizinhança e conhecer as características ambientais, os hábitos e os costumes da comunidade” (SMS 2001). E continuava com a explanação de algumas das atribuições do ACS no âmbito da equipe que se formaria para desenvolver o PSF nas áreas que seriam escolhidas pelos Distritos de Saúde. Entre elas estão:

- *utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade de sua atuação;*
- *executar atividades de promoção da saúde individual e coletiva;*
- *registrar, para controle das ações de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;*
- *estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia da conquista de qualidade de vida e cidadania;*
- *realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família;*

- *participar ativamente das discussões da Equipe de Saúde da Família, visando o planejamento e o desenvolvimento das ações;*
- *participar e/ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida;*
- *desenvolver outras atividades pertinentes à função do Agente Comunitário de Saúde.*

Em 1999, o Ministério da Saúde, utilizando o conceito de competência, estabeleceu as seguintes para o ACS:

trabalho em equipe, visita domiciliar, planejamento das ações de saúde, promoção da saúde, prevenção e monitoramento de situações de risco e do meio ambiente, prevenção e monitoramento de grupos específicos, prevenção e monitoramento das doenças prevalentes, acompanhamento e avaliação das ações de saúde. (BRASIL, 1999).

Esse vasto rol de competências, aliado ao seu caráter ***sui generis*** de mediador, tem como consequência a ausência de delimitação clara em suas atribuições, com distorções freqüentes, que levam a uma diminuição de seu rendimento e podem torná-lo apenas mais um componente da equipe de trabalhadores da saúde. TOMAZ (2002), ao abordar essa questão, aponta que ao ACS se atribui qualquer ação que deva ser desenvolvida nas famílias e na comunidade: identificação de criança fora da escola, limpeza das caixas d'água no combate ao Dengue, reclamação ao proprietário de uma pocilga instalada numa área urbana. Para ele, tal indefinição leva à fragmentação do processo de qualificação do ACS, muitas vezes sem respeitar qualquer seqüência lógica. Presume-se que para habilitá-lo para executar tantas e tão diversas tarefas seria necessário que ele se assemelhasse aos super-heróis das histórias em quadrinho, o que guarda distância da realidade. Como

demonstração dessa tese, transcrevemos, na íntegra, trecho da proposta de capacitação de ACS feita em conjunto pelos Ministérios da Educação e da Saúde (BRASIL 2004), que aborda um dos itens básicos para garantir o caráter inovador de seu papel na atenção à saúde – a promoção da saúde:

4.4. Etapa II – Promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e a doenças prevalentes: por meio da proposição e desenvolvimento de ações, por parte dos agentes comunitários de saúde, que reflitam a compreensão do processo saúde-doença e seus determinantes / condicionantes e a apreensão dos conceitos e estratégias da promoção da saúde, entendida como qualidade de vida; implementação de trabalho sistematizado de pesquisas, estudos e práticas relacionadas à educação em saúde, informação e orientação a diferentes pessoas e grupos, considerando suas características e necessidades e os espaços / contextos onde as ações são desenvolvidas -- domicílios, escolas, creches, asilos, unidade de saúde, associações e outros: informação e orientação sobre acesso a políticas sociais; reconhecimento das principais doenças / agravos existentes na micro-área de atuação e desenvolvimento das ações pertinentes aos cuidados de prevenção e acompanhamento em cada situação; articulação intersetorial com vistas à efetividade das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças: participação e apoio às atividades de mobilização da comunidade com vistas à melhoria de sua qualidade de vida; avaliação do próprio trabalho, considerando significado e importância de suas ações, bem como as necessidades de aprimoramento.

Essa falta de delimitação clara das atribuições se estende para a prática cotidiana do ACS, fazendo com que ele alterne o sentimento de ter-

se tornado um super-herói com um sentimento de impotência muito grande. Tem-se, às vezes, a impressão de que a tarefa de transformação social de que se reveste o PSF passou a ser de sua exclusiva responsabilidade, olvidando o fato de que a transformação social é, primeiro, atributo da própria sociedade, e, no âmbito do PSF, de todos os componentes da equipe. O seguinte relato, feito por um subgrupo de uma oficina de trabalho realizada pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, em 2004, que visava à discussão das propostas de competências do ACS feitas pelo Ministério da Saúde, revela, de forma dramática essa realidade do ACS:

O que faz o ACS? É para falar tudo que o grupo anotou? Então vamos lá: visita domiciliar; (nesta visita a gente identifica a situação domiciliar; orientação sobre alimentação e higiene, independente da idade, da doença e do problema que encontra; planejamento familiar; orientação de DST; dengue; prevenção de acidentes domésticos; funcionamento da unidade versus PSF; gestantes; busca ativa de Tb; orientação de zoonoses; orientação de vacina; destino do lixo, diabéticos; hipertensos; encaminhamento de especialidades; tratamento supervisionado de Tb; vaporização de problemas respiratórios; balcão ambulante de informações de todo tipo; autocuidado; responsabilização do paciente sobre sua saúde; acolhimento na casa; recebemos todos os problemas da casa -- somos uma escuta). Nós somos várias profissões dentro do agente comunitário: nós somos assistente social, somos psicólogas, somos vendedoras, nós fazemos vaquinha, atrizes, cantoras, faxineira de casa, dançarinas...Então, nós somos multifuncionais. Falamos sobre a importância de não perder a consulta, os exames etc. Falamos sobre os acamados, orientação sobre os cuidados, dar orientação sobre curativos, orientação sobre saúde bucal, desde o nascimento de bebês. Prevenção de enchentes (avisa quando vai chover e o que

fazer nessa chuva). Orientamos a criança que está fora da escola e os adultos também sobre alfabetização; encaminhamos pacientes --- geralmente o paciente mora sozinho e a gente vai levar até o hospital, e até buscamos também se necessário. Nós somos uma escuta muito grande dentro da comunidade. Fazemos levantamento de hiper-dia, cartão SUS, cadastramento, janela de oportunidades, auto-exame da mama, platéia, saco de pancada, somos o step (sic) de tudo aquilo que falta na unidade (sempre que falta funcionário, chama o agente comunitário). Fazemos terapia comunitária; estimulamos a participação nos conselhos; reuniões de micro-área para explicar o que é a função do ACS; Hospital: nós somos o comunicante. Sempre que tem um paciente lá, e esse paciente não tem uma pessoa, uma família, um responsável, geralmente a gente dá o número do telefone pra esse hospital entrar em contato conosco. Nós fazemos orientação sobre grupo educativo e para que servem. A burocracia: tudo o que tem de burocrático na unidade, chama lá o agente comunitário --- para relatório, assinar ponto, tudo isso. Reunião de equipe, papel da zoonose, olhar caixa d'água, fazer palestras; tem agente comunitário que faz aferição de PA; grupos que fazem revezamento no acolhimento, recebem o paciente, o porquê, indica a sala, preenche dados para fichas, levanta e arquiva prontuários; substitui os ATA [auxiliar técnico administrativo] da unidade, identifica recursos da comunidade pra parceria; digita ficha A do SIAB [Sistema de Informação da Atenção Básica]; faz alterações e SIS pré-natal [Sistema de Informação em Saúde do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento]; entrega tudo quanto é de coisa: exames, remédios; faz café na unidade (faz café na unidade, mas só pode tomar quando participa da vaquinha). Fazemos artesanato, lazer, cinema, caminhada, grupo de saúde mental,

massagem, grupo de adolescentes, terapia ocupacional; teatro; somos escritores de livros; fazemos a semana da mulher; dia da beleza; identificação dos grupos de risco.(CHRISTÓFARO 2004)

Vários instrumentos legais foram sendo utilizados para estabelecer atribuições, fixar diretrizes para o exercício das atividades do ACS, até desembocar em uma lei que normatizou, para todo o território nacional, no âmbito do SUS, sua existência concreta. São exemplos desse longo trajeto, a Portaria GM/MS nº 1886/97, o Decreto Federal nº 3189/99, e, finalmente, a Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde. Visando a uma maior participação de todos os segmentos sociais interessados nessa pauta, o Ministério da Saúde submeteu o rol de atribuições e competências a uma Consulta Pública, em sua página eletrônica, no período de 31 de outubro a 31 de dezembro de 2003. Como resultado da incorporação do intenso debate que a consulta pública suscitou, o Ministério da Saúde aperfeiçoou aquele conjunto de competências, procurando uma melhor adequação das habilidades e conhecimentos com os eixos da prática profissional do ACS. Assim, a nova redação das competências passou a ser a seguinte (BRASIL 2004):

- *desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adscrita à unidade básica de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;*
- *realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adscrição da unidade básica de saúde;*
- *desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde visando a melhoria da qualidade de vida da população, a*

gestão social das políticas públicas de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde;

- *desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário para a população, conforme plano de ação da equipe de saúde;*
- *desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes, conforme definido no plano de ação da equipe de saúde e nos protocolos de saúde pública.*

Dado esse vasto rol de atividades que o ACS teria que desenvolver, e considerando que a ele foi atribuída parte substancial da possibilidade de concretização de um vínculo diferenciado, necessário para a implantação de um novo modelo de atenção, torna-se interessante conhecer-se em que medida ele está conseguindo empoderar a população. O conceito de empoderamento, amplamente discutido pelos defensores da Promoção da Saúde, surge como um objeto de pesquisa em uma determinada realidade. Uma vez que o empoderamento da população é um dos pontos centrais para que a Promoção da Saúde de perspectiva emancipatória se viabilize, e, levando-se em conta que a Promoção da Saúde tem papel de destaque no novo modelo de atenção que se deseja concretizar, avaliar o potencial de empoderamento do ACS junto à comunidade torna-se um imperativo. É necessário compreender em que medida o ACS, personagem novo no cenário da saúde, empoderou-se a si próprio para a tarefa de agente transformador, e, simultaneamente, em que medida sua atividade está revestindo-se do caráter empoderador dos usuários do sistema de atenção. Para estabelecer o referencial teórico, o modelo conceitual de empoderamento adotado neste trabalho, para analisar as potencialidades que o trabalho do ACS tem de mudar as relações de poder na comunidade, fez-se mister uma revisão da literatura a respeito do empoderamento. A revisão focalizou o conceito de empoderamento tanto na área mais

diretamente ligada à Promoção da Saúde, quanto às relacionadas à questão mais ampla da transformação social, ou seja, da emancipação.

II. REFERENCIAL TEÓRICO

1. O PSF, a Promoção da Saúde e o Empoderamento

Dado que existem muitos conceitos de Promoção da Saúde e empoderamento, baseados em diferentes premissas filosóficas e diferentes princípios, é necessário esclarecer quais os referenciais teóricos que orientaram a definição do problema e a metodologia desta investigação e as análises subsequentes.

Assumimos a premissa de que o empoderamento dos usuários do sistema é a forma privilegiada de se consolidar a metamorfose do sistema de atenção, conforme fora manifestado quando da implantação do PSF em São Paulo, enfatizando a Promoção da Saúde.

Promoção da Saúde é um conceito que reúne uma ampla gama de aspectos tradicionalmente associados com a questão da saúde, tendo sido definido na Carta de Ottawa como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL 2001).

Antes da Conferência que gerou tal carta, a idéia de promoção da saúde referia-se, primordialmente, à mudança de comportamentos individuais, estando, então, intimamente vinculada a estilos de vida; os programas propostos concentravam-se, portanto, em componentes educativos. A partir dela, porém, o conceito de promoção da saúde incorpora um leque muito mais amplo de ações, contemplando a elaboração de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde.

Apesar dessa incorporação de novos aspectos ao conceito de Promoção da Saúde, não ocorreu a completa superação do conceito anterior, mais limitado em sua amplitude, existindo, no presente, muitos

programas que ainda são desenvolvidos com base nessas perspectivas. Há também programas que se autodenominam como Promoção da Saúde, mas que são estruturados quase exclusivamente em pressupostos de natureza biomédica.

Com a ampliação mencionada acima, a idéia da determinação multifatorial da saúde torna-se mais evidente. A conquista de ambientes saudáveis extrapola os limites do setor saúde, exigindo a implementação de políticas saudáveis, o que pressupõe a vigência de um trabalho intersetorial. A noção de empoderamento também ganha destaque nessa conferência, com a proposta de se incrementar o poder técnico e político das comunidades, bem como desenvolver habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde. Para que isso ocorra, é fundamental prover um acesso privilegiado à informação e incrementar processos educativos sobre as questões de saúde para a população. Finalmente, a Conferência de Ottawa propõe a superação do modelo biomédico de atenção à saúde: a doença deve ser entendida como um produto socialmente determinado, e o sistema de atenção não deve centrar-se em ações curativas baseadas na excessiva medicalização da vida das pessoas (BRASIL 2001).

As conferências sobre promoção da saúde que se seguiram reforçaram as propostas da Carta de Ottawa, acrescentando maior ênfase a alguns pontos específicos. A Declaração de Adelaide, em 1988, priorizou a elaboração de políticas públicas saudáveis com ênfase na política pública por um meio ambiente saudável; a Declaração de Sundsvall, em 1991, reforçou a tese de que ambiente e saúde são interdependentes e inseparáveis; a Declaração de Bogotá, em 1992, voltada para a realidade latino-americana, enfatizou a relação mútua entre saúde e desenvolvimento, apontando para valores como solidariedade e equidade social; em 1998, em Jacarta, ficou patente a necessidade da gestão integral dos territórios e das parcerias e alianças para reforçá-las, para a implementação de políticas públicas saudáveis; em 2000, no México, colocou-se a promoção da saúde

como um componente fundamental de políticas e programas, reforçando sua eficácia; em 2005, em Bangkok, colocou-se a globalização como um processo que, por um lado, amplia as inequidades e portanto dificulta a Promoção da Saúde, e, por outro, amplia as oportunidades de acesso à informação e à tecnologia, o que pode favorecer o empoderamento e a participação da população nos processos decisórios.

Destacamos um trecho da Declaração de Bogotá, dada a sua relevância para a transformação do modelo de atenção, que passaria a ser o mote do PSF, entendido como estratégia:

Transformar o setor saúde, colocando em relevo a estratégia de promoção da saúde, o que significa garantir o acesso universal aos serviços de atenção, modificar os fatores condicionantes que produzem morbimortalidade e levar os processos que conduzam nossos povos a criar ideais de saúde, mediante a completa tomada de consciência da importância da saúde e a determinação de realizar ações transcendentais de impacto neste campo. (BRASIL 2001)

As proposições das várias conferências sobre Promoção da Saúde foram incorporadas pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, ao assumir o PSF como estratégia de reestruturação do sistema de atenção à saúde. Entendeu-se, naquele momento, que o PSF tinha o potencial para estimular um amplo processo de transformações sociais, no interior das quais se observaria a incorporação de um novo conceito de saúde, que a entendesse como qualidade de vida.

Outro resultado dessas transformações seria a diminuição do grau de risco dos múltiplos fatores condicionantes e determinantes da saúde, um dos objetivos da Promoção da Saúde. (BRASIL 2001) Há, portanto, inúmeros

pontos de coincidência entre as propostas da Promoção da Saúde e a estratégia Saúde da Família.

Considerando-se que o sistema de atenção, naquele momento, encontrava-se sufocado pela alta demanda, muito acima de sua capacidade de dar cobertura a ela, estava estrategicamente colocada a necessidade de atuação sobre os determinantes daquela demanda. A SMS reconhecia, então, que, para atender às mudanças do perfil epidemiológico e demográfico da população, centrando a atenção na construção de condições de vida saudável, era indispensável a incorporação de novos conhecimentos de natureza interdisciplinar.

Ao estabelecer, como centro da atenção, a pessoa saudável, vista como parte de uma família e inserida em uma comunidade, promove uma nova forma de perceber as demandas e, conseqüentemente, a necessidade de sua reorganização. O ser humano passava a ser entendido em sua integralidade, o que exigiria a articulação das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, levando a uma crescente humanização da atenção à saúde. A intervenção, assim, visaria não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as “chances de saúde” e de vida, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os determinantes do processo saúde/doença, definindo, em sua essência, uma política pública saudável (SMS 2001).

O SUS já havia explicitado, como um de seus princípios a integralidade da assistência, entendida “como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL 1990).

Para que tal proposta se concretizasse, o empoderamento da população organizada, pela difusão ampla das evidências das relações entre

saúde e seus pré-requisitos, bem como da construção de mecanismos de atuação eficientes, tornava-se fundamental. A participação social, não é, então, uma circunstância desejável, mas uma condição indispensável para a viabilidade e efetividade das políticas públicas (BUSS 2000).

Esse empoderamento, representado pelo incremento do poder técnico e político das comunidades na fixação de prioridades, na tomada de decisões e na definição e implementação de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde, é essencial nas iniciativas de promoção da saúde, gerando o acesso contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem sobre as questões de saúde (BUSS 2000).

Atribui-se ao PSF a capacidade de implementar ações de natureza institucional ou vinculadas à própria comunidade, levando à melhoria das condições de vida e saúde, garantindo acesso a bens e serviços sociais, favorecendo, por conseqüência, a incorporação de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis à saúde, permitindo à população um maior controle sobre sua saúde e condições de vida. Para que isso possa ocorrer, os profissionais, desempenhando o papel de promotores da qualidade de vida, devem ser capazes de fazer uma avaliação crítica da realidade, devem ser autônomos e aptos ao diálogo técnico e leigo com os mais variados setores, e, ainda, estar habilitados a desempenhar atividades antes não requeridas, como a atuação política junto a grupos populacionais, institucionais e órgãos de administração pública (WESTPHAL 2003-a). O processo de mudança das condições de saúde via PSF deve contribuir para transformar as relações sociais dos profissionais com a população em relações de solidariedade, aproximando a sociedade de si mesma e das decisões que lhe interessam e que lhe dizem respeito (WESTPHAL 2003-b).

A reorientação dos serviços de saúde, superando o modelo biomédico, centrado na doença como fenômeno individual e na assistência médica curativa desenvolvida nos estabelecimentos médico-assistenciais

como foco essencial da intervenção, leva a transformações profundas na organização e financiamento dos sistemas e serviços de saúde, assim como nas práticas e na formação de profissionais (BUSS 2000). A formação dos profissionais de saúde tem como centro da atenção o indivíduo. Reverter isso é um grande desafio, que requer a incorporação de novos instrumentos, entre os quais se destacam os oferecidos pela epidemiologia, para elaboração do diagnóstico de saúde de uma população residente em um determinado território, como primeiro passo para a definição de estratégias que promovam uma melhoria do quadro de morbi-mortalidade (SMS 2001).

O rol de habilidades previstas para o Agente Comunitário de Saúde contempla essa intervenção da epidemiologia, quando prevê que ele deve realizar mapeamento institucional, social e demográfico em sua micro-área, deve analisar os riscos sociais e ambientais à saúde da população, deve realizar o cadastramento das famílias, consolidando e analisando os dados obtidos, deve dar ciência à população dessas informações. No rol de competências, encontram-se as seguintes: desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde visando a melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas sociais e das políticas públicas de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde (BRASIL 2004).

O caráter que se deu ao PSF em São Paulo, apesar de sua denominação, não de um programa, mas de uma estratégia capaz de estruturar o Sistema Único de Saúde, vem ao encontro da possibilidade de se reforçar, no interior do sistema, as ações de promoção da saúde, sabidamente as mais indicadas para equacionar o grave problema da demanda que tem assolado todos os níveis do sistema. Se fossem cumpridas todas as propostas que compõem o PSF, se colocadas em prática as recomendações da promoção da saúde, certamente ocorreria a substituição do modelo de atenção, ainda hegemônico, que privilegia o

individual em detrimento do coletivo, e que prioriza a atenção curativa em detrimento das ações de promoção da saúde.

Como se mencionou anteriormente, no rol de competências do ACS, encontra-se o trabalho em equipe para, entre outras finalidades, estimular o exercício do controle da sociedade sobre o setor saúde. Em outras palavras, o ACS, como um dos integrantes da equipe do PSF, deve atuar de forma a aumentar o grau de empoderamento dos indivíduos, dos grupos e da comunidade. Examinaremos, a seguir, as relações entre a Promoção da Saúde e o empoderamento, assumindo, em consequência, que as mesmas relações se estabelecem entre o PSF e o empoderamento.

Compreendida a Promoção da Saúde como um processo de mudança cujo controle cabe à própria comunidade que o aciona, a questão do empoderamento dessa comunidade se coloca como alvo da atenção. Somente com um ganho de poder, como afirma GUTIERREZ (1994), poder-se-á criar uma mudança em uma determinada e desejada direção. A mudança estará, então, diretamente associada às fontes de poder pessoal, social ou político. As instituições e as comunidades se transformam na mesma medida em que se transformam as pessoas que participam do processo de mudança (WALLERSTEIN et al. 1994). Para WALLERSTEIN (1992), seguidora das propostas do educador brasileiro Paulo Freire, o empoderamento contempla estas mudanças, ou melhor,

a elevação da auto-estima, a capacidade de analisar criticamente o mundo, a capacidade de assumir uma identidade grupal, a habilidade de organizar-se em movimentos sociais para provocar mudanças na comunidade, bem como mudanças reais nos campos ambiental e político.

O empoderamento é entendido como

um processo de ação social que promove a participação de indivíduos, de organizações e da comunidade, com o objetivo de aumentar o controle individual e da comunidade, ampliar a eficácia política, melhorar a qualidade de vida e promover a justiça social” (WALLERSTEIN 1992).

Se se leva em consideração esse posicionamento frente ao empoderamento, tal processo se eleva a um patamar que o coloca como central para se concretizar a promoção da saúde. Fica mais aceitável, também, assumir o papel que a promoção da saúde tem de, no interior da atenção básica em saúde, ser uma estratégia com potencial para a superação da hegemonia do modelo medicalizado e hospitalocêntrico, de caráter biomédico quase exclusivo. Portanto, por meio do empoderamento, que envolve a ampliação da consciência crítica, indivíduos, grupos sociais e a comunidade poderiam compreender o conceito do processo saúde/doença, socialmente determinado, consequência de múltiplos fatores, e que torna a saúde uma decorrência da qualidade de vida. O empoderamento permitiria também que tal conjunto de atores se tornasse protagonista do processo de transformação do sistema de atenção à saúde. Este, por sua vez, tendo incorporado esse conceito de saúde, tenderia a se estruturar de forma a permitir uma atuação intersetorial, de natureza interdisciplinar, que, numa reação em cadeia, a partir da atenção básica (a mais próxima dos novos protagonistas), resultaria no novo sistema, em que o individual mereceria o devido respeito, mas cederia para o coletivo grande parte do espaço ora ocupado; em que o biológico também continuaria prestigiado, mas cederia grande parte desse prestígio ao social. Finalmente, um novo modelo se tornaria hegemônico. Um dos pontos centrais dessa verdadeira revolução seria o empoderamento.

Uma análise de um projeto específico da implantação do Programa Saúde da Família aponta que um aspecto a destacar nele é a mobilização de usuários, famílias, comunidade e seus órgãos de representação legítimos, de forma a integrá-los e envolvê-los nas ações desenvolvidas. O objetivo é torná-los protagonistas e controladores do processo de mudança rumo a uma nova concepção do processo saúde/doença. Assim, foi possível observar um enfoque menos reducionista sobre a saúde, rompendo com o caráter meramente assistencialista, centrado na intervenção médica. O estímulo à realização de ações intersetoriais, a valorização de atividades de educação e de promoção da saúde, o incentivo à adoção de práticas multiprofissionais passaram a ser o eixo estruturante do projeto (SENNA et al. 2002).

OUELLET et al. (2000) demonstram que o contato face a face deve contemplar três fases:

*o **diálogo**, em que se estabelece uma relação de confiança e se definem os objetivos do indivíduo; a **descoberta**, em que se identificam suas forças; o **desenvolvimento**, em que os recursos são mobilizados e em que a pessoa obtém ganhos e toma consciência. A prática educativa necessária para que o empoderamento ocorra parte, então, do conhecimento existente, que interage com o saber profissional, para a consecução de um novo saber, não havendo normatização, boas respostas ou boas maneiras de fazer, tornando o indivíduo um participante dinâmico do processo de mudança.*

Assim, o processo de empoderamento é, em primeiro plano, um processo de tornar-se sujeito. Tornar-se sujeito é o que permite ao indivíduo estabelecer os pontos entre o presente e o passado, abrir-se às diferentes esferas da vida em sociedade e pôr-se em marcha rumo a um futuro escolhido.

O empoderamento, para ISRAEL et al. (1994), é

uma habilidade que o indivíduo tem em obter conhecimento e controle sobre forças pessoais, sociais, econômicas e políticas com a finalidade de promover a melhoria de sua situação de vida. Trata-se de um conceito positivo e proativo, que compreende diferentes níveis de análise e de prática, em especial, o individual, o organizacional e o comunitário, em geral inter-relacionados.

A questão do empoderamento comunitário pôde ser observada no projeto de implantação do PSF relatado por SENNA et al. (2002), no qual, nos primeiros meses, a tendência da população adscrita era a de procurar assistência médica imediata, devido, em parte, à prática hegemônica de buscar atenção à saúde para pronto-atendimento e, após dois anos, alterou-se esse comportamento, passando os moradores a prestar mais atenção em como cuidar de sua saúde, adquirindo novos hábitos, valorizando o autocuidado e aderindo aos princípios da promoção da saúde na busca da melhoria de sua qualidade de vida. Nesse processo, o que ficou muito patente foi o empoderamento dos Agentes Comunitários de Saúde, um passo básico para que se concretizasse o empoderamento dos usuários do programa. Os ACS do referido projeto foram unânimes em reconhecer como suas vidas se modificaram a partir de sua inserção no programa. Eles se sentiram mais valorizados em suas comunidades e foram vistos com outros olhos. A vinculação com as famílias melhorou sua compreensão sobre os problemas comunitários, ampliando sua percepção sobre o processo saúde/doença, seus determinantes e condicionantes, enfim, mudou sua visão de mundo.

Para uma abordagem mais sistematizada dessas impressões sobre o PSF e o empoderamento, recorreremos a autores que têm pesquisado o empoderamento.

Em relação ao empoderamento comunitário, LABONTE (1994) o vê como algo dinâmico, em que se dá e se ganha poder simultaneamente, uma dança entre o consenso e o conflito, entre a experiência profissional e o bom senso leigo, entre instituições hierárquicas e os círculos comunitários.

LABONTE (1994) identifica duas categorias de poder: “**poder sobre**” e “**poder com**”. “Poder sobre” considera a realidade das coisas --- doenças, comportamentos saudáveis, fatores de risco. “Poder com” olha para a realidade de experiências vividas nas linguagens, imagens e símbolos que as pessoas usam para dar voz a eles. “Poder sobre” tolera outros pontos de vista. “Poder com” respeita outros pontos de vista, tentando entendê-los no contexto da vida dos outros. “Poder sobre” tenta educar os outros em seus termos, seus modos de ver o mundo. “Poder com” tenta encontrar alguma interface entre aquilo que ele sabe e como ele fala sobre isso, e aquilo que as comunidades conhecem, e como elas falam sobre isso.

Para BRAITHWAITE (1994),

o empoderamento tem o status de produto, quando um grupo, uma organização sustentam seus esforços positivos por muitos anos; quando conseguem transferir a tecnologia de um problema para outro; quando há notáveis mudanças físicas nas vizinhanças ou na comunidade como resultado dos esforços comuns; quando mais membros estão envolvidos em um modo sustentado de tomada de decisões pela comunidade; quando mais pessoas estão criando e conseguindo oportunidades de emprego; quando as taxas de morbidade e de mortalidade estão melhorando.

WALLERSTEIN e BERNSTEIN (1994) afirmam que “o empoderamento comunitário incorpora um processo interativo de mudança,

em que instituições e comunidades se transformam tanto quanto pessoas que participam na mudança delas também são transformadas”. Tal conceito focaliza as mudanças individuais e comunitárias simultaneamente, ao contrário de antagonizá-las. Para esses autores,

o empoderamento se dá por meio de um processo de educação participativa em que pessoas não são objetos ou recipientes de projetos políticos e educacionais, mas atores na história, capazes de apontar seus problemas e suas soluções para transformar-se a si próprios no processo de mudança das circunstâncias opressoras.

São evidentes as semelhanças entre as propostas da Promoção da Saúde de caráter emancipatório com as propostas do PSF. Tanto em umas como em outras, sobressai o empoderamento como um processo indispensável para a consecução dos objetivos, visando à transformação do modelo de atenção, com vistas à incorporação, na prática, do conceito de saúde como decorrência da qualidade de vida.

Empoderamento e poder pertencem ao mesmo campo de significação. Daí que se torna necessário definir com que concepção de poder vamos trabalhar. A noção de poder que adotamos é a defendida por SANTOS (2000), em seus estudos sobre a emancipação, que, em resumo, trata o poder como uma relação social regulada por uma troca desigual.

Nesse sentido, a Promoção da Saúde e o PSF, ao contemplarem e estimularem a participação da sociedade na tomada de decisões, propõem o empoderamento dessa mesma sociedade para que ela atue no processo de transformação de sua realidade, incrementando sua qualidade de vida e, conseqüentemente, melhorando seu nível de saúde.

O ACS, por sua vez, estaria atuando nesse processo de empoderamento de indivíduos, de grupos e da comunidade, associando-se à tarefa de estimular a participação deles no processo de transformação da realidade, com parte das lutas emancipatórias, conforme o apontado por SANTOS (2000).

O próximo capítulo aborda o empoderamento sob a ótica de autores cujos pensamentos se complementam e nos dão uma noção mais abrangente de como compreender esse processo, servindo, assim, de base para a análise do material coletado por esta pesquisa.

Da ampla literatura existente sobre o tema, optou-se por trabalhar com três autores. Inicialmente, apresenta-se a abordagem realizada por LABONTE (1994), que procura definir espaços estruturalmente diferenciados de manifestação do empoderamento. Em seguida, resenha-se a Teoria da Ação Comunicativa desenvolvida por HABERMAS (2003), que se ocupa de processos emancipatórios baseados na interação dialógica. O capítulo se encerra com os estudos sobre emancipação realizados por SANTOS (2003).

2. O empoderamento, a Teoria da Ação Comunicativa e a emancipação

A escolha do tema “empoderamento” como objeto de estudo implica conceituar “poder”, pois, de fato, é do poder que se está tratando quando se analisam as relações estabelecidas pelos ACS em seu cotidiano. Entre os estudiosos do poder, destaca-se Foucault. Em suas análises, Foucault não considera o poder como uma realidade que possui uma natureza, uma essência que possa ser definida por suas características universais. Para ele, não existe algo unitário e global chamado poder, mas formas díspares, heterogêneas, em constante transformação. (MACHADO 2004).

Foucault, a partir de suas pesquisas, estabelece que o Estado não é o aparelho central e exclusivo de poder, havendo formas de exercício do poder diferentes do Estado, estando articuladas a ele de diferentes maneiras, formas essas muitas vezes indispensáveis para sua sustentação e atuação eficaz. Para ele, além do poder do Estado, há um poder que se expande por toda a sociedade, que assume as formas mais regionais e concretas, que investe em instituições, que toma corpo em técnicas de dominação. Suas análises evidenciaram que os poderes periféricos e moleculares não foram absorvidos pelo Estado, nem foram, necessariamente, criados pelo Estado. Os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da rede social e os micro-poderes estão integrados ou não ao Estado. (MACHADO 2004).

Para Foucault, o poder não é um objeto ou uma coisa, é sim uma relação. Pode-se dizer, então, que o poder não existe; existem práticas ou relações de poder. O poder, portanto, é algo que se exerce, que se efetua, que funciona como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda a estrutura social. (MACHADO 2004)

Em uma análise crítica aos estudos de Foucault, SANTOS (2000) aponta que “o poder nunca é exercido numa forma pura e exclusiva, mas sim como formação de poderes, isto é, como uma constelação de diferentes formas de poder combinadas de maneiras específicas”.

Segundo SANTOS (2000), para Foucault, “conceder poder às pessoas é sempre uma forma de intensificar a sua participação nos mecanismos de subjetividade-sujeição que as subjagam.” Para Foucault, segundo SANTOS (2000), “a resistência ao poder é a forma suprema de exercício de poder.” A discordância de Santos, então, está centrada no fato de que, sob essa perspectiva, toda a luta pela emancipação não seria mais que uma afirmação de vontade de regulação.

Como veremos a seguir, assumimos como parte substancial do referencial teórico que embasou nossa análise sobre o trabalho do ACS, a concepção de SANTOS (2000) sobre a emancipação, que se opõe ao enquadramento que lhe daria a análise foucaultiana.

Vejamos, então, como SANTOS conceitua o poder:

A um nível muito geral, o poder é qualquer relação social regulada por uma troca desigual. 'É uma relação social porque a sua persistência reside na capacidade que ela tem de reproduzir desigualdade mais através da troca interna do que por determinação externa. As trocas podem abranger virtualmente todas as condições que determinam a ação e a vida, os projetos e as trajetórias pessoais e sociais, tais como bens, serviços, meios, recursos, símbolos, valores, identidades, capacidades, oportunidades, aptidões e interesses.

A questão da desigualdade passa a merecer uma especial atenção de SANTOS:

No relativo às relações de poder, o que é mais característico das nossas sociedades é o fato de a desigualdade material estar profundamente entrelaçada com a desigualdade não material, sobretudo com a educação desigual, a desigualdade das capacidades representacionais/comunicativas e as expressivas e ainda a desigualdade de oportunidades e de capacidades para organizar interesses e para participar autonomamente em processos de tomada de decisões significativas.

Para uma melhor compreensão do mecanismo de ação das relações de poder, SANTOS sugere que elas têm dois modos básicos de se manifestarem: “*abertura-de-novos-caminhos*” e “*fixação-de-fronteiras*”, o primeiro é permissor e o segundo é inibidor, não se manifestando de forma simétrica.

O exemplo dado por ele é bastante esclarecedor desse fato:

Um trabalhador que luta por um melhor salário, mas considera absurdo que uma mulher possa auferir um salário igual, está, desse modo, a exercer o poder de classe (que também está a ser exercido sobre ele) no modo de abertura-de-novos-caminhos, e o poder sexista no modo fixação-de-fronteiras. Inversamente, a trabalhadora que luta pela igualdade salarial, mas considera absurdo ou impossível unir-se aos homens na luta por interesses comuns contra o capital, está, desse modo, a exercer o poder sexista (que também está a ser exercido sobre ela) no modo abertura-de-novos-caminhos, e o poder de classe no modo fixação-de-

fronteiras. Portanto, a mesma constelação de poder permite múltiplas situações e contextos em que o exercício capacitante se combina com o exercício inibidor.

Para SANTOS, “numa teoria crítica, o conceito de poder deve assentar numa idéia de emancipação relativamente às relações de poder.”

Segundo ele,

A emancipação é tão relacional como o poder contra o qual se insurge. Não há emancipação em si, mas antes relações emancipatórias, relações que criam um número cada vez maior de relações cada vez mais iguais. As relações emancipatórias desenvolvem-se, portanto, no interior das relações de poder, não como o resultado automático de uma qualquer contradição essencial, mas como resultados criados e criativos de contradições criadas e criativas. Só através do exercício cumulativo das permissões ou capacitações tornadas possíveis pelas relações de poder (o modo abertura-de-novos-caminhos) se torna viável deslocar as restrições e alterar as distribuições, ou seja, transformar as capacidades que reproduzem o poder em capacidades que o destroem. Assim, uma dada relação emancipatória, para ser eficaz e não conduzir à frustração, tem de se integrar numa constelação de práticas e de relações emancipatórias.

Continuando sua análise das relações entre poder e emancipação SANTOS afirma:

Tendo em conta o carácter intrincado e a complexidade das constelações de poder nas nossas sociedades, é difícil pensar a emancipação em termos emancipatórios: trocas mais iguais

parecem acompanhar e até confirmar trocas desiguais; práticas mais capacitantes parecem só ser possíveis se se aceitarem e até se se reiterarem as inibições ou os constrangimentos. Em tudo isto, porém, nada é mecânico, impecavelmente funcional ou totalmente determinado. As constelações de poder são conjuntos de relações entre pessoas e entre grupos sociais. Mais do que mecanismos, são como rios que, conforme a estação do ano ou o percurso, ora são perigosos, ora são tranquilos, ora navegáveis, ora não, ora rápidos, ora lentos, umas vezes enchem, outras vazam, e às vezes mudam até o seu curso. São, porém, irreversíveis, nunca regressando à nascente. Em suma, são como nós: nem vagueiam ao acaso, nem são totalmente previsíveis.

Ao abordar o conceito de emancipação, HABERMAS (1993) aponta razões pelas quais preferiu não empregar a expressão “emancipação”, substituindo-a por “entendimento” e “agir comunicativo”.

Eis o que ele afirma sobre isso:

A emancipação é um tipo especial de auto-experiência porque nela os processos de auto-entendimento se entrecruzam com um ganho de autonomia. Nela se ligam idéias ‘éticas’ e ‘morais’. Se for verdade que nas questões ‘éticas’ nós procuramos obter clareza sobre quem nós somos e quem nós gostaríamos de ser, e que nas questões ‘morais’ nós gostaríamos de saber o que é igualmente bom para todos, então é possível afirmar que na conscientização emancipatória as idéias morais estão conectadas a uma nova autocompreensão ética. Nós descobrimos quem nós somos porque aprendemos, ao mesmo tempo, a nos ver numa relação com os outros. Inovações desse tipo fazem-nos remontar, muitas vezes, até a fase da adolescência. É uma fase da vida na qual muitas vezes

conseguimos vencer --- por este caminho --- crises dolorosas. Portanto, a expressão 'emancipação' tem o seu lugar no âmbito do intercâmbio dos sujeitos consigo mesmos, ou seja, ele se refere a transformações descontínuas na autocompreensão prática das pessoas.

Habermas aponta sua preocupação em não transferir, de forma automática, aspectos inerentes à filosofia do sujeito para as condições sociais, pois, para ele, “não se pode representar os coletivos sociais, nem as sociedades em sentido global, como se fossem sujeitos em tamanho grande.” (HABERMAS 1993)

E acrescenta, ainda:

Essa é a razão que me leva a ser muito cauteloso quanto ao emprego da expressão 'emancipação' fora do contexto das experiências biográficas. No seu lugar eu coloquei os conceitos 'entendimento' e 'agir comunicativo', que passaram a ocupar o centro das minhas reflexões.

Finalmente, HABERMAS (1993) arremata:

O meu interesse fundamental está voltado primordialmente para a reconstrução das condições realmente existentes, na verdade sob a premissa de que os indivíduos socializados, quando no seu dia-a-dia se comunicam entre si através da linguagem comum, não têm como evitar que se empregue essa linguagem também num sentido voltado ao entendimento. E, ao fazerem isso, eles precisam tomar como ponto de partida determinadas pressuposições pragmáticas, nas quais se faz valer algo parecido com uma razão comunicativa. É tudo muito simples: sempre que nós pensamos no que estamos dizendo, levantamos

com relação ao que é dito a pretensão de que é verdadeiro, correto ou sincero; e através disso irrompe em nosso dia-a-dia um fragmento de idealidade. Pois essas pretensões à validade só podem ser resgatadas, no final das contas, através de argumentos; ao mesmo tempo nós sabemos, porém, que certos argumentos, que hoje nos parecem consistentes, poderão revelar-se falsos no futuro, à luz de novas experiências e informações.

Como já foi apontado anteriormente, o vínculo que o ACS deve estabelecer com sua comunidade é um dos pontos importantes para que possa contribuir com o empoderamento de indivíduos, de grupos e da própria comunidade. Para que sua atuação tenha um caráter emancipatório, deverá priorizar o agir comunicativo. Ao fazê-lo, estará, de fato, agindo para o empoderamento das pessoas com quem interage.

LABONTE (1994), em seus estudos sobre Promoção da Saúde, faz uma interessante abordagem sobre a prática profissional empoderadora, que será utilizada nesta pesquisa para analisar a prática do ACS, um profissional relativamente novo no sistema de atenção à saúde.

LABONTE (1994) elabora um modelo analítico que denomina **holosfera do empoderamento**. Esse conjunto de esferas que se interseccionam é formado por diferentes níveis de organização social e de relações pessoais: interpessoal, intragrupal, intergrupar, interorganizacional. Em seu modelo, esse autor aponta cinco níveis ou esferas, a partir das quais os indivíduos vão ampliando seu poder: **autocuidado, desenvolvimento grupal, organização comunitária, coalizão para reivindicação, ação política**.

Para esse autor, o estímulo à aquisição de crescentes graus de autonomia no campo do autocuidado é uma tarefa primordial para se

conseguir uma mudança substancial na concepção básica do Sistema de Saúde. Aqui reside o núcleo da metamorfose. Para que o Sistema deixe de ser medicalizado e hospitalocêntrico, é imprescindível que o autocuidado seja disseminado. E a consecução dessa meta passa, primeiramente, pelo provimento de cuidados pessoais fora dos limites da agência de saúde, ainda que, aparentemente, não sejam de natureza diversa daqueles cuidados dispensados no interior da agência. O envolvimento de “cuidadores” formais ou informais, a participação de voluntários da própria comunidade nessa tarefa e o estímulo à conquista de graus crescentes de autonomia passam a ser o diferencial da proposta alternativa.

CHIESA (2005) entende autonomia

como uma categoria prática que traz consigo o desafio de trabalhar as habilidades individuais dos sujeitos sociais para realizar os projetos de vida que definem como necessários, ampliando o poder desses sujeitos para transformar as condições que geram os problemas relevantes de saúde, com destaque para as ações intersetoriais.

Autocuidado é entendido, nesse contexto, não como a transferência de responsabilidade para o paciente a respeito das prescrições emanadas pelos técnicos, mas como o resultado de mudanças nas relações de poder que lhe permitam responsabilizar-se pela sua saúde. É imprescindível que haja transformações no plano sócio-econômico que gerem condições concretas para a realização do cuidado prescrito. Como exemplo disso, podemos citar a orientação sobre mudanças de hábitos alimentares e atividades de combate ao sedentarismo para indivíduos portadores de agravos de natureza crônica e não transmissível, como diabéticos e hipertensos. O autocuidado, nesses casos, não prescinde do fortalecimento desses indivíduos para que participem de processos emancipatórios visando

à transformação das relações sociais que lhes darão condições de assumirem a responsabilidade sobre a condução de suas próprias vidas.

A segunda esfera refere-se ao papel dos grupos ou pequenos grupos de desenvolvimento. Para LABONTE (1994), a comunidade é freqüentemente apresentada como a locomotiva da promoção da saúde, o veículo do empoderamento, entretanto o verdadeiro **locus** da transformação é o pequeno grupo. É nele que se forjam identidades e se criam propósitos, proporcionando aos participantes as características essenciais para o empoderamento: controle, capacidade, coerência, pensamento conectado e crítico, conscientização, enfim. Se aplicarmos tal concepção ao PSF, veremos que, ao organizar-se em equipes de trabalho responsáveis por um determinado contingente de famílias adscritas a uma pequena área geográfica, ele favorece o desenvolvimento de pequenos grupos a partir de demandas imediatas de parcelas dessa população, contribuindo para seu empoderamento.

A terceira esfera – organização comunitária – diz respeito à organização das pessoas em torno de problemas ou temas mais amplos do que as preocupações imediatas dos membros do grupo. No caso do Brasil, o SUS contempla em lei específica a participação da comunidade organizada para que se efetive seu controle social, preconizando os mecanismos de Conferência de Saúde e de Conselhos de Saúde. No PSF de São Paulo, prevê-se que essa estratégia impulsionará a participação comunitária,

que deverá traduzir-se no envolvimento da comunidade no processo de planejamento, execução e avaliação das ações, viabilizando o estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços de saúde e a população. (SMS 2001).

A quarta esfera se refere à união dos vários grupos, que passam a compartilhar uma mesma meta, organizando-se em torno de um tema maior, agindo deliberadamente para influenciar as tomadas de decisões das políticas públicas ou privadas. Essa esfera, no que se refere às práticas profissionais, é um prolongamento das anteriores, pois o papel do profissional contempla a oferta de conhecimentos, habilidades de análise, informações sobre o funcionamento das estruturas políticas e burocráticas. O plano da reivindicação organizada é, então, uma extensão do plano da organização comunitária. Para LABONTE (1994), as agências de saúde podem ajudar nessa tarefa criando análises e documentos políticos que respaldem as reivindicações da comunidade. Aponta também para o forte papel desempenhado pelas instituições na definição e na formatação do que é importante na vida social.

A quinta e última esfera, que é uma intensificação das ações iniciadas na esfera anterior, refere-se à ação política. Nessa esfera é que se dão as relações de parceria, apesar do perigo constante da instalação de conflitos, principalmente quando as organizações do movimento social criam sua própria legitimidade política e sua própria voz. Esse conflito pode e deve ser superado pelo reconhecimento, com clareza, dos propósitos e das metas de cada parceiro, pelo respeito das autonomias, pelo desenvolvimento de expectativas claras, pela criação do hábito de avaliar os passos do processo, pelo desenvolvimento da capacidade de negociação, enfim, com o respeito ao papel de cada um. No âmbito do PSF de São Paulo, prevê-se o estabelecimento de parceria com a comunidade quando,

juntamente com as lideranças e com a interlocução privilegiada dos ACS, a equipe realiza o diagnóstico da comunidade, identificando problemas coletivos, que não são exclusivos do setor saúde, mas são fundamentais para a saúde da comunidade. (SMS 2001).

Como afirmam OUELLET et al. (2000), “o processo de empoderamento é, em primeiro plano, um processo de tornar-se sujeito”. E esse processo de “tornar-se sujeito” é o objeto central da Teoria da Ação Comunicativa, elaborada por HABERMAS (2003), que vê no diálogo o núcleo dessa ação transformadora. Para compreender o trabalho do ACS como um agente empoderador, que utiliza o diálogo como ferramenta de seu trabalho, passamos a uma breve sistematização da Teoria da Ação Comunicativa.

Como foi apontado anteriormente, o Programa Saúde da Família assume o caráter de estratégia para implementar ações de cunho transformador, possibilitando a superação progressiva do modelo de atenção à saúde, de cunho individualista, centrado no papel do médico e do medicamento, garantindo ao hospital um papel quase idealizado de **locus** privilegiado para garantir a preservação da saúde. Assim compreendido, o PSF proporcionaria a incorporação, por parte de suas equipes e por parte dos usuários do sistema, de uma nova concepção do processo saúde/doença. Essa nova forma tenderia a considerar a saúde como qualidade de vida, muito mais do que a mera ausência da doença. A saúde seria, então, entendida como parte de um processo socialmente determinado; para garantir que ela seja preservada, torna-se imprescindível a eliminação ou a redução da força de seus fatores determinantes e condicionantes. O PSF teria, portanto, essa capacidade de transformação do sistema de atenção baseada nessa nova concepção de saúde. E, a partir da atenção básica, nível do sistema de atenção na qual o PSF está inserido, ele teria o poder de ir transformando todo o restante do sistema, sob essa nova ótica. Pode-se citar, como um exemplo do que poderia ocorrer, a alteração que se propunha para a questão sempre candente e polêmica da alta demanda de usuários portadores de agravos à saúde nas unidades de todos os níveis.

Para dar conta dessa proposta, o PSF precisa manter uma relação estreita com um determinado território, bem delimitado, e do qual se pretende apreender o máximo de elementos para nortear a intervenção. Mas esse território não deve ser visto apenas como um território-solo, assim definido por critérios geopolíticos. Para que o PSF possa dar visibilidade à sua dimensão de vigilância da saúde, é necessário que o território seja entendido como um espaço em permanente construção. Como afirma MENDES (1999), esse território é “produto de uma dinâmica social em que se tensionam sujeitos sociais colocados, em situação, na arena política”. Trata-se, então, de um território-processo.

Para MENDES (1999),

esse território-processo, além de nunca pronto, não admite simetrias. Seu esquadrinhamento faz-se para desnudar as assimetrias espaciais que correspondem às localizações diferenciadas de distintos conjuntos sociais no seu interior, com suas necessidades, demandas e representações de interesses.

O PSF, então, por sua própria dinâmica, apresenta-se como uma forma privilegiada de apreensão dessas assimetrias espaciais, permitindo a definição de formas diversas de atuação em correspondência com tal diversidade. Cada parte desse território pode estar a exigir um determinado tipo de intervenção, na exata medida das necessidades apresentadas por esses distintos conjuntos sociais, bem como na medida de suas demandas e de suas representações sociais. Não há, então, um único PSF, mas tantos quantas forem as assimetrias espaciais.

Esse território-processo, inacabado, portanto, “deverá ser esquadrinhado de modo a configurar determinada realidade de saúde, sempre em movimento. Isto é, uma situação de saúde determinada pela dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas que se reproduzem

historicamente, entre indivíduos e grupos populacionais existentes no território, reprodução esta condicionada por sua inserção no conjunto da sociedade.” (MENDES 1999)

No modelo hegemônico, dado seu caráter eminentemente individualista, não há a preocupação dessa apreensão do território, uma vez que a resolução do problema estaria circunscrita ao aspecto biológico. Desta forma, aguarda-se que os problemas de saúde surjam para que se dê a eles algum cuidado, havendo poucas intervenções voltadas para os determinantes e condicionantes dos estados mórbidos. Assim, o que se observa é uma pletora de demanda que, invariavelmente, fica sem o atendimento adequado.

Como uma espécie de engrenagem, a impossibilidade da oferta de serviços de atenção em quantidade e qualidade para esse enorme contingente contamina os demais níveis, comprometendo sobremaneira o princípio da integralidade, tão vital quando se focaliza a resolubilidade do sistema como um todo. É como se o comprometimento de um nível se alastrasse celeremente para os demais. E, assim, todos passam a ter um desempenho bastante sofrível.

O PSF, para enfrentar tal estado de coisas, não seria baseado no atendimento da demanda espontânea; ao contrário, organizaria suas unidades em torno de uma demanda estimulada a partir do conceito de risco, o que prevê um novo tipo de atenção (em qualidade e quantidade) que passaria a ser ofertado para indivíduos ainda sadios, mas pertencentes a grupos sociais com determinado grau de risco de adoecer (seja por questões genéticas ou familiares, seja pelo ambiente físico e social em que se encontram).

Sobre esse aspecto, a SMS assim se manifestou:

Esse aspecto é de extrema importância quando são apresentados desafios como centrar a atenção no sentido de se alcançar a pessoa saudável e garantir a equidade, priorizando os grupos de maior risco de adoecer e morrer. A priorização da demanda espontânea surge da percepção individual da necessidade de um serviço de saúde. Ao estabelecer como centro da atenção a pessoa saudável, vista como parte de um coletivo, promove-se uma nova forma de perceber as demandas e conseqüentemente a necessidade de sua organização, entendendo-se a importância de atender também as necessidades decorrentes de intercorrências de doenças. (SMS 2001)

Para que isso se torne realidade, no entanto, é imprescindível que tanto a equipe que provê a atenção quanto o beneficiário dela já tenham passado por um processo de transformação, de incorporação de um novo saber, isto é, já tenham incorporado o novo conceito de saúde, bem como já tenham compreendido e aceito o novo modelo de atenção. E isso, certamente, não ocorre por um passe de mágica ou pela mera vontade de quem está liderando o processo de mudança. É um longo e complexo processo esse que se instaura rumo a uma nova postura frente à saúde, à doença e à maneira de abordá-las. Forças que se opõem a esse movimento estão cotidianamente presentes, até porque o individualismo como valor tem-se tornado manifesto cada vez mais. Medidas voltadas para o bem comum geram desconfiança. A solidariedade como princípio norteador de condutas no âmbito da vida em sociedade tem-se feito cada vez mais ausente. No entanto, o crítico quadro de saúde que nos assola e o precário sistema de atenção que conseguimos engendrar (não obstante os avanços do SUS) obrigam-nos a encontrar meios de eliminar os entraves à consecução de um novo paradigma.

Nesse contexto, a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas aponta um caminho, mesmo que não se possa dar a ela a condição de panacéia, como observado pelo próprio autor.

Para ele, o núcleo da ação transformadora reside no diálogo, pois, através dele, o homem pode retomar seu papel de sujeito. A subjetividade do indivíduo, para HABERMAS (2003), não é constituída através de um ato solitário de auto-reflexão, mas sim, é resultante de um processo de formação que se dá em uma complexa rede de interações. A interação social é, ao menos potencialmente, uma interação dialógica, comunicativa. A racionalidade instrumental, penetrando no âmbito da ação humana interativa, produz um esvaziamento da ação comunicativa. Ao reduzir a ação comunicativa à sua própria estrutura de ação, gerou, no homem contemporâneo, formas de sentir, pensar e agir que estão na base dos problemas sociais, pois são fundadas no individualismo, no isolamento, na competição, no cálculo e no rendimento.

Em todas as interações sociais estão presentes relações com três mundos diversos: o mundo objetivo das coisas, o mundo social das normas e instituições e o mundo subjetivo das vivências e dos sentimentos. O **mundo subjetivo** é o que representa a totalidade das vivências às quais só o próprio indivíduo tem um acesso privilegiado; o **mundo objetivo** representa a totalidade dos fatos e o **mundo social** representa a totalidade das relações interpessoais que são reconhecidas pelos integrantes como legítimas.

A atitude expressiva de um sujeito que revela o que está pensando expõe um desejo, que expressa um sentimento, ou que descobre diante dos outros uma parcela de sua subjetividade, distingue-se de forma característica tanto da atitude objetivante que o sujeito que manipula ou observa adota diante das coisas e resultados, quanto da atitude de

conformidade (ou não conformidade) que um participante adota diante das expectativas de seu entorno na interação.

Ao atuarem comunicativamente, os sujeitos se entendem sempre no horizonte de um **mundo da vida**, que acumula o trabalho de interpretação realizado pelas gerações passadas e é formado de convicções de fundo, mais ou menos difusas, porém sempre apromáticas. Os elementos estruturais do mundo da vida são a cultura, a sociedade e a personalidade. **Cultura** corresponde ao acervo de saber, em que os participantes de uma comunicação procuram as interpretações para o entendimento sobre algo no mundo; **sociedade** são as ordenações legítimas que regulam, para os participantes da interação, seu pertencimento a grupos sociais, assegurando a solidariedade; **personalidade** são as competências que tornam um sujeito capaz de linguagem e ação, capacitando-o a tomar parte em processos de entendimento, permitindo-lhe afirmar sua própria identidade.

Partindo da premissa de que o homem, através do diálogo, pode retomar seu papel de sujeito, HABERMAS (2003) analisa os atos de fala, classificando-os em **imperativos, constatativos, regulativos e expressivos**.

Com os atos imperativos, o falante se refere a um estado que deseja ver realizado no mundo objetivo, no sentido de mover o interlocutor a produzir este estado. O rechaçar de um imperativo significa que o interlocutor está rechaçando uma pretensão de poder, sendo tal fato a expressão de uma vontade.

Com os atos constatativos, o falante se refere a algo no mundo objetivo, no sentido de refletir um estado de coisas. A negação de tais emissões significa que o interlocutor questiona a pretensão de verdade que o falante apresenta com a proposição que afirma.

Com os atos regulativos, o falante se refere a algo em um mundo social comum, no sentido de estabelecer uma relação interpessoal que seja reconhecida como legítima. A negação de tais emissões significa que o interlocutor questiona a retidão normativa que o falante pretende que tenha sua ação.

Com os atos expressivos, o falante se refere a algo pertencente a seu mundo subjetivo, no sentido de desvelar, diante de um público, uma vivência à qual ele tem acesso privilegiado. A negação de tais emissões significa que o interlocutor põe em dúvida a pretensão de veracidade com que o falante acompanha a apresentação que faz de si mesmo.

Prosseguindo em sua análise dos atos de fala, HABERMAS (2003) se utiliza das categorias criadas por AUSTIN (1962): **ato locucionário, ato ilocucionário e ato perlocucionário.**

Ato locucionário refere-se ao conteúdo das orações enunciativas ('p') ou das orações enunciativas nominalizadas ('que p'). Com esses atos locucionários o falante expressa estados de coisas, diz algo. Corresponde, então, ao que HABERMAS (2003) classifica como atos de fala constatativos.

Com os atos ilocucionários, o agente realiza uma ação dizendo algo. Trata-se do modo como se emprega uma oração ('M p'): afirmação, promessa, mandato, confissão. Em condições padrão, o modo se expressa mediante um verbo realizativo, empregado em primeira pessoa do presente do indicativo. Na prática, é comum que tal forma verbal seja acompanhada da expressão referente ao meio utilizado para veicular a promessa: "pela presente, prometo-te que p".

Com os atos perlocucionários, o falante tenta causar um efeito sobre seu ouvinte. Mediante a execução de um ato de fala causa algo no mundo.

Em resumo, pode-se traduzir essas três categorias de atos da seguinte forma: ato locucionário = dizer algo; ato ilocucionário = fazer dizendo algo e ato perlocucionário = causar algo mediante o que se faz dizendo algo.

Associado a essas categorias de atos de fala, portanto, segundo HABERMAS (2003), está o objetivo que o falante tem ao fazer uma emissão, que poderá ser ilocucionário ou perlocucionário. O objetivo ilocucionário deriva do próprio significado do dito, que é elemento constitutivo do ato de fala. Mediante ele, o falante faz saber que o que diz quer vê-lo entendido como saudável, como mandato, como admoestação, como explicação. Sua intenção comunicativa se esgota no fato de que o ouvinte chegue a entender o conteúdo manifesto do ato de fala. O objetivo perlocucionário de um falante não surge do conteúdo manifesto do ato de fala, ele só pode ser determinado averiguando a intenção do agente. Assim como um observador vê correr um conhecido pela rua e não sabe qual o motivo de sua pressa, também, o ouvinte que entende uma exigência a ele dirigida não sabe o que é que, de fato, pretende o falante ao emití-la. O ouvinte poderá inferir os fins perlocucionários do falante a partir do contexto.

HABERMAS (2003) sugere, para uma melhor compreensão do conceito, alguns exemplos:

*[1] H afirmou diante de Q que estava deixando sua empresa.
Com a emissão de [1], H terá alcançado um êxito ilocucionário
se Q entende sua afirmação e a aceita como verdadeira.*

*[2] Q advertiu H de que não podia deixar sua empresa.
Com a emissão [2], Q terá conseguido um êxito ilocucionário,
se H entende sua advertência e a aceita como verdadeira ou
correta.*

[3] Quando H disse a O que deixaria sua empresa, este se aterrorizou (que era o que H pretendia).

Dessa descrição, segue-se que o êxito ilocucionário da afirmação descrita em [1] não constituiu uma condição suficiente para obter um efeito perlocucionário. Em um contexto diverso, o ouvinte poderia muito bem ter reagido com alívio frente a essa mesma emissão.

[4] O inquietou H com sua advertência de que não podia deixar sua empresa.

Em um contexto diverso, essa mesma advertência poderia também ter reforçado H em seu propósito, por exemplo, se H imagina que O lhe quer mal. A descrição de efeitos perlocucionários tem que fazer referência a um contexto de ação teleológica que ultrapasse o ato de fala.

Os fins perlocucionários são algo que o falante, se quiser ter êxito, não pode expor, abertamente, enquanto que os fins ilocucionários só podem ser conseguidos se se tornarem expressos. As ilocuições são emitidas abertamente; as perlocuções não podem ser “confessadas” como tais. Essa diferença se manifesta também no fato de os predicados com que se descrevem atos perlocucionários (aterrorizar, inquietar, perder-se em dúvida, despistar, incomodar, ofender, humilhar) não podem aparecer entre os predicados que se empregam para realizar os atos ilocucionários com que se conseguem os efeitos perlocucionários correspondentes. Fins perlocucionários só podem ser perseguidos pelo falante quando consegue ocultar a seu interlocutor que está atuando estrategicamente.

O potencial de ação típico dos atos de fala fica manifesto na pretensão que, nos casos de atos de fala explícitos, o falante vincula ao que diz, valendo-se de um verbo realizativo. Ao reconhecer essa pretensão do falante, o ouvinte aceita a oferta que lhe é feita com o ato de fala. Este êxito

ilocucionário é relevante para a ação, porque com ele se estabelece uma relação interpessoal entre falante e ouvinte que tem efeitos coordenadores, que ordena os espaços de ação e as seqüências da interação e que, através das alternativas gerais da ação com que o ouvinte conta, abre a ele distintas possibilidades de prosseguir a interação.

São três os possíveis planos de reação a um ato de fala:

- 1) o ouvinte entende a emissão, capta o significado do que foi falado;
- 2) o ouvinte toma posição com um **sim** ou um **não** diante da pretensão vinculada ao ato de fala, isto é, aceita ou rejeita a oferta que o ato de fala traz em seu âmago;
- 3) atendo-se ao acordo alcançado, o ouvinte orienta sua ação conforme as obrigações de ação convencionalmente estabelecidas.

Chama-se **ação comunicativa** a essa classe de interações em que todos os participantes harmonizam entre si seus planos individuais de ação e perseguem, por fim, sem nenhuma reserva, seus objetivos ilocucionários. É um tipo de interação sobre a qual não pesam as assimetrias e restrições próprias das perlocuções. São, portanto, interações mediadas linguisticamente em que todos os participantes perseguem, com seus atos de fala, fins ilocucionários e só fins ilocucionários. A ação comunicativa distingue-se das interações do tipo estratégico porque todos os participantes perseguem, sem reservas, fins ilocucionários com o propósito de chegar a um acordo que sirva de base a uma coordenação combinada dos planos de ação individuais.

O conceito de ação comunicativa pressupõe a linguagem como um meio dentro do qual tem lugar um tipo de processo de entendimento em cujo transcurso os participantes, ao relacionar-se com um mundo, apresentam-se uns aos outros com pretensões de validade que podem ser reconhecidas ou postas em questão.

Uma ação orientada para o entendimento se reveste de três pretensões de validade: o enunciado é verdadeiro, o ato de fala é correto em relação com o contexto normativo vigente, a intenção manifestada pelo falante coincide realmente com o que ele pensa. A razão pela qual, na ação comunicativa, um falante escolhe uma expressão lingüística inteligível é para entender-se com um ouvinte sobre algo e, por sua vez, dar-se a entender a si mesmo. A intenção comunicativa do falante compreende:

- a) realizar um ato de fala que seja correto em relação ao contexto normativo dado, para poder com isso estabelecer uma relação interpessoal com o ouvinte, que se possa considerar legítima;
- b) fazer um enunciado verdadeiro (ou pressuposições de existência ajustadas à realidade, para que o ouvinte possa assumir e compartilhar o saber do falante);
- c) expressar com veracidade opiniões, intenções, sentimentos, desejos, para que o outro possa acreditar no que ouve.

A fim de compreender melhor tal situação, imaginemos um falante que vincula a sua emissão uma única pretensão de validade. Com uma promessa [1], reclama validade para uma declaração de intenção; com uma ordem [2], reclama validade para uma exigência; com uma confissão [3], reclama validade para a expressão de seus sentimentos; com a predição [4], reclama validade para um enunciado. Semelhantemente, quando um destinatário toma posição com um **não**, discute a retidão de [1] e [2], a veracidade de [3] e a verdade de [4]. Nos contextos da ação comunicativa, os atos de fala podem sempre ser rechaçados sob cada um desses três aspectos: sob o aspecto da **retidão** que o falante reclama para sua ação em relação com um determinado contexto normativo (e, indiretamente, portanto, para essas mesmas normas); sob o aspecto da **veracidade** que o falante reclama para a demonstração que fez de algumas vivências subjetivas às

quais ele tem um acesso privilegiado; e, finalmente, sob o aspecto da **verdade** que com sua emissão o falante reclama para um enunciado.

Para uma melhor compreensão do que seja a ação comunicativa, é necessário que se conceituem os vários tipos de ação racional com vistas a fins: a ação instrumental, a ação estratégica e a ação comunicativa. Uma ação é **instrumental** quando é considerada sob o aspecto de observância de regras de ação técnicas e se avalia o grau de eficácia da intervenção que ela representa em um contexto de estados e sucessos. Uma ação é **estratégica** quando é considerada sob o aspecto da observância de regras de escolha racional e se avalia seu grau de influência sobre as decisões de um oponente racional. Uma ação é **comunicativa** quando os planos de ação dos atores não se coordenam através de um cálculo egocêntrico de resultados, mas mediante atos de entendimento.

Na ação comunicativa, os participantes não se orientam primariamente ao próprio êxito, porém perseguem seus fins individuais sob a condição de que seus respectivos planos de ação possam harmonizar-se entre si sobre a base de uma definição compartilhada da situação.

Ao analisar a evolução das formações sociais, HABERMAS (2003) chama a atenção para o fato de que a ação comunicativa não ocorre de forma isolada do sistema, sofrendo, constantemente, suas influências.

PINTO (1996) sintetiza em dois pontos as teses de Habermas sobre as interfaces entre o mundo da vida e o sistema:

1 – o processo de evolução social é marcado pela crescente racionalização do mundo da vida, a qual implica progressiva demanda, como agente de coordenação da ação, pelos mecanismos de alcançar o entendimento mediados lingüisticamente, os quais acabam sobrecarregados;

2 – esta sobrecarga sobre os processos comunicativos, aliada à crescente diferenciação sistêmica, acaba por abrir caminho para que os meios deslingüísticos (dinheiro, via mercado, e poder, via administração burocrática) assumam cada vez mais as funções de coordenar as ações, alijando para a periferia do sistema os processos comunicativos mediados lingüisticamente. Ocorre uma reificação das estruturas simbólicas do mundo da vida levada a efeito pelos imperativos sistêmicos que se tornaram auto-suficientes.

Para HABERMAS (1987),

À medida que o sistema econômico sujeita a seus imperativos as formas de vida do lar privado e a conduta de vida dos consumidores e empregados está aberto o caminho para o consumismo e para o individualismo exacerbado. A prática comunicativa cotidiana é racionalizada de forma unilateral num estilo de vida utilitário. Esta mudança induzida pelos meios diretores para uma orientação de natureza teleológica gera, como reação, um hedonismo liberto das pressões da racionalidade. Assim como a esfera privada é solapada e erodida pelo sistema econômico, também a esfera pública é pelo sistema administrativo. O esvaziamento burocrático dos processos de opinião espontâneos e de formação da vontade abrem caminho para a manipulação da lealdade das massas e torna fácil o desatrelamento entre as tomadas de decisão políticas e os contextos de vida concretos e formadores de identidade.

Mediante a Teoria da Ação Comunicativa de HABERMAS, pretendemos avaliar a forma de trabalho do Agente Comunitário de Saúde, buscando compreender o contexto da realidade em que exerce sua atividade, verificando em que grau se pode dizer que ele faz uso da ação comunicativa.

O desenvolvimento de um processo de trabalho leva-nos a criar uma grande expectativa a respeito do resultado. Mesmo que se considere o tempo de atuação do Agente Comunitário de Saúde ainda muito exíguo, procuraremos avaliar o quanto se pode captar de resultados associados a uma mudança positiva da realidade em que ele se insere. Como afirmamos anteriormente, o PSF, conforme proposto pela SMS, se insere no conjunto de práticas do campo da Promoção da Saúde de caráter emancipatório. Para uma compreensão mais ampla do que seja esse caráter emancipatório, utilizamos os estudos de SANTOS (2003) sobre a **emancipação**, em especial suas análises sobre os paradigmas da modernidade e da pós-modernidade.

A fim de analisar as transformações sociais que estão ocorrendo no mundo atual, SANTOS (2003) propõe, em contraposição a uma utopia, uma heterotopia a que denomina Pasárgada 2. Para ele, Pasárgada 2 não é um lugar inventado, mas somente um nome inventado para “um lugar de nossa sociedade, de qualquer sociedade onde vivamos, a uma distância subjetivamente variável do lugar onde vivemos.”

Em Pasárgada 2, segundo SANTOS (2003), vigora a idéia de que está ocorrendo uma transição paradigmática, ainda incipiente, que não revelou totalmente seus traços, mas que deixa entrever fragmentos pré-paradigmáticos, constituintes de um paradigma virtual.

Para SANTOS (2003), a idéia de socialismo, agora sem a conotação depreciativa de “socialismo real” é uma utopia necessária, a utopia de uma sociedade mais justa, a utopia de uma vida melhor. Pode-se designar o conjunto de práticas emancipatórias de socialismo, isto é, um princípio que regula a transformação emancipatória do que existe, sem, contudo, nunca se transformar em algo existente. Enquanto futuro, ele será sempre uma qualidade ausente. A emancipação torna-se, então, um conjunto de lutas processuais, sem fim definido. O que a distingue de outros conjuntos de lutas é o sentido político da processualidade das lutas. Trata-se da ampliação e do aprofundamento das lutas democráticas em todos os espaços estruturais da prática social: o socialismo é a democracia sem fim.

Sendo uma qualidade ausente, o socialismo recebe tantos adjetivos quanto forem as lutas democráticas: socialismo ecológico, feminista, antiprodutivista, pacifista, anti-racista. O número de adjetivos é proporcional à ação de desocultar as opressões e as exclusões. O socialismo, então, será o conjunto de seus adjetivos em equilíbrio dinâmico, também eles dinamizados pela democracia sem fim. Esboça-se assim uma nova cidadania, que se constitui tanto na obrigação política vertical entre os cidadãos e o Estado, como na obrigação política horizontal entre cidadãos. Revaloriza-se, portanto, o princípio da comunidade e a idéia da igualdade sem “mesmidade”, a idéia de autonomia, a idéia de solidariedade.

SANTOS (2003) advoga a idéia de que um novo paradigma se contrapõe à modernidade, ainda em formação, sem um caráter bem definido. É possível mesmo que ele nem venha a ter a mesma coerência global e pretensão totalizadora que ela teve. Talvez os paradigmas emergentes sejam vários e permaneçam vários e conflituem tanto entre si como, em conjunto, conflituam com a modernidade. Hoje já se poderia notar a presença de três grandes áreas de conflitos que vão constituindo o novo paradigma: **conhecimento e subjetividade, padrões de transformação social, poder e política.**

O conflito que se manifesta na primeira área é muito evidente: ciência moderna x ciência pós-moderna ou nova ciência. No velho paradigma, entende-se ciência como uma prática social muito específica, que produz a única forma de conhecimento válido. Essa validade pode ser demonstrada e a verdade a que aspira é intemporal, permitindo fixar determinismo e formular previsões. Trata-se de um conhecimento cumulativo, garantindo o progresso da sociedade, mediante o desenvolvimento tecnológico assegurado pelo progresso científico. A racionalidade cognitiva e instrumental e a busca permanente da realidade para além das aparências tornam a ciência uma entidade única, totalmente distinta de outras práticas intelectuais como as artes ou as humanidades.

O novo paradigma pretende ser uma alternativa a cada um desses traços que constituem o velho paradigma. Para o novo paradigma há muitas formas de conhecimento, tantas quantas sejam as práticas sociais que as geram e as sustentam. Práticas sociais alternativas geram formas de conhecimento alternativas. Não reconhecê-las implica deslegitimar as práticas sociais que as sustentam e, nesse sentido, promover a exclusão social dos que as promovam. Se hoje se instala um sentimento de bloqueamento pela ausência de alternativas globais ao modo como a sociedade está organizada, é porque durante séculos, sobretudo depois que a modernidade se reduziu à modernidade capitalista, se procedeu à liquidação sistemática das alternativas, quando elas, tanto no plano epistemológico, como no plano prático, não se compatibilizaram com as práticas hegemônicas.

O novo paradigma revaloriza os conhecimentos e as práticas não hegemônicas, preconiza que se deve aprender com os oprimidos pelas diferentes formas de poder, estabelecendo uma relação horizontal entre conhecimentos, horizontalidade entendida como ponto de partida, e não necessariamente como ponto de chegada. Este ponto de chegada não é

totalmente determinado pelas condições do ponto de partida. Ele depende do processo argumentativo no interior das comunidades interpretativas. O conhecimento do novo paradigma não é validável por princípios demonstrativos de verdades intemporais. Ele é um conhecimento retórico cuja validade depende do poder de convicção dos argumentos em que é traduzido. Por isso o novo paradigma tem como objetivo principal garantir e expandir a democraticidade interna das comunidades interpretativas, garantindo o acesso ao discurso argumentativo.

Outro princípio regulador da validação, segundo SANTOS (2003), é um valor ético intercultural, o valor da dignidade humana. No novo paradigma não há distinção entre meios e fins, entre cognição e edificação. O conhecimento tem um conteúdo ético próprio, já que está vinculado a uma prática e a uma cultura. Tal conteúdo é diverso nos diversos tipos de conhecimento, mas há comunicação e permeabilidade no interior dessa diversidade, mantendo-se a unicidade em torno do princípio da dignidade humana.

Para o novo paradigma, o conhecimento é temporal como as práticas e a cultura a que se vincula. É um conhecimento incompleto, uma vez que, sendo um conhecimento presente, só permite a inteligibilidade do presente. Se todos os conhecimentos são contemporâneos, são igualmente contemporâneas as práticas sociais e os sujeitos ou grupos sociais que nelas intervêm. Não há primitivos nem subdesenvolvidos, há, sim, opressores e oprimidos. E, porque o exercício do poder é sempre relacional, todos somos contemporâneos.

O novo paradigma não aceita também a forma com que o velho paradigma impõe a distinção entre aparência e realidade. Neste, a ciência tem por objetivo identificar, denunciar a aparência, ultrapassando-a para atingir a realidade. Para o novo paradigma, a distribuição entre aparência e

realidade nem sempre faz sentido e, quando faz, é sempre relativa. A aparência não é, necessariamente, o lado inferior do par.

Por último, o novo paradigma aspira a uma nova psicologia, à construção de uma nova subjetividade. Ao aspirar a um conhecimento complexo, permeável a outros conhecimentos, local e articulável em rede com outros conhecimentos locais, determina uma subjetividade com características similares ou compatíveis.

O novo paradigma aspira a uma ressocialização da equação interesse-capacidade e, portanto, a uma subjetividade que seja capaz de concretizá-la. Uma de suas principais características é sua multidimensionalidade, o que exige que as energias emancipatórias sejam simultaneamente muito amplas e muito concretas. Nele ocorrem o alargamento das razões com que se podem justificar as condutas, um alargamento da racionalidade cognitivo-instrumental para uma racionalidade mais ampla, um alargamento da demonstração racional para a argumentação racional, em suma, uma alargamento da racionalidade para a razoabilidade. Mas a ampliação das energias emancipatórias só faz sentido se sua extensão for igualada por sua intensidade, se a energia emancipatória se souber condensar nos atos concretos de emancipação protagonizados por indivíduos ou grupos sociais.

Segundo SANTOS (2003), a conflitualidade entre o novo e o velho paradigma se manifesta também no domínio dos padrões de transformação social, em especial entre dois paradigmas de desenvolvimento social: o capital-expansionista e o eco-socialista. O primeiro é o dominante e tem as seguintes características: o desenvolvimento social é medido pelo crescimento econômico; o crescimento econômico é contínuo e assentado na industrialização e no desenvolvimento tecnológico virtualmente infinitos; reforça a descontinuidade entre sociedade e natureza, sendo esta valorizada como condição material de produção; a produção tem base na propriedade

privada, em especial, dos bens de produção. O segundo – eco-socialista – é o paradigma emergente, caracterizando-se por: aferição do desenvolvimento social pelo modo de satisfação das necessidades humanas fundamentais; assunção de que a natureza é a segunda natureza da sociedade, não lhe sendo descontínua; proposição de um equilíbrio entre três formas de propriedade (individual, comunitária e estatal), cada qual operando com vistas a seus objetivos com o mínimo de controle do trabalho das demais.

O paradigma eco-socialista é fruto de um diálogo horizontal intercultural, com base dupla: a pouca variabilidade das necessidades humanas fundamentais no sistema mundial (variam os meios para satisfazê-las), a presença de um valor único em todas as culturas, a dignidade humana. Tal fato permite uma hermenêutica transvalorativa e multicultural, que se constitui no principal desafio do paradigma emergente.

As manifestações, múltiplas e diversas, do paradigma emergente estão presentes em movimentos sociais e organizações não governamentais, com a característica comum de serem um campo de experimentação social onde se forja a luta civilizacional que o paradigma propõe. É o processo pelo qual o paradigma emergente se constrói, em constante competição e concorrência com o velho modelo. Visa a tornar a concorrência entre eles algo prático, controlável e avaliável. Essa concorrência tem uma dimensão da contradição e uma dimensão da competição. A primeira preocupa-se em esclarecer, analítica e normativamente, a diferença entre os paradigmas; a segunda visa criar a subjetividade adequada a cada um deles, a energia e a paixão necessárias para lutar por eles.

A concorrência entre os paradigmas se dá no interior de todos os espaços estruturais (espaço-tempo), com formas particulares em cada um deles. Questões como as que ocorrem no interior do domicílio (divisão

sexual do trabalho, reprodução da força de trabalho, satisfação de necessidades), com as que ocorrem no espaço da produção (produção cooperativa, pequena agricultura familiar, serviços comunitários), como as que ocorrem no espaço da cidadania (obrigação política vertical e obrigação política horizontal), como as que ocorrem no espaço mundial (desenvolvimento desigual, desenvolvimento sustentável, soberania excludente, soberania reciprocamente permeável) são consideradas para o entendimento do que seja o paradigma emergente.

Destacamos da ampla consideração realizada por SANTOS (2003), suas observações sobre os espaços da produção e da cidadania, uma vez que elas nos ajudam a compreender melhor a polaridade entre os paradigmas.

No interior do espaço da produção há a manifestação de um conflito que merece um destaque: o que se dá entre o paradigma consumista, individualista e o paradigma das necessidades humanas e de consumo solidarista. No primeiro, as necessidades estão a serviço dos satisfatores; no segundo, os satisfatores estão a serviço das necessidades. Para o primeiro, o mercado é a única instituição organizadora do consumo e as necessidades são convertidas em preferências objetivadas em objetos. Para o segundo, o mercado é uma instituição como outra qualquer e as necessidades são experiências subjetivas que podem expressar-se de diversos modos, conforme os contextos e as culturas. Para o primeiro, as necessidades são uma privação; para o segundo, as necessidades são simultaneamente uma privação e um potencial.

No espaço da cidadania, o conflito paradigmático ocorre entre o paradigma da obrigação política vertical e o paradigma da obrigação política horizontal. Pelo primeiro, os cidadãos são formalmente iguais e estão todos igualmente sujeitos ao poder de império do Estado. O segundo confere ao Estado o monopólio da violência legítima, mas não o monopólio da produção

do direito, ocorrendo, então, uma pluralidade de ordens jurídicas. Na constituição da cidadania, ambas as obrigações são importantes. O objetivo central do paradigma emergente é, portanto, lutar contra o *apartheid* identitário e cultural que está presente no velho paradigma, um *apartheid* que se reproduz incessantemente na sociedade, sendo mesmo um recurso estratégico do paradigma capital-expansionista.

Continuando em sua análise, SANTOS (2003) aponta que a terceira área de contradição e competição paradigmática é o poder e a política, área em que se forjam as coligações capazes de conduzir a transição paradigmática, o que exige, para além da luta de classes, uma luta de civilizações. Ainda são fracos, fragmentados e localizados os grupos e as lutas pela saída civilizacional. Falta-lhes legitimidade para, a partir de espaços sociais circunscritos, propor transformações que só são eficazes se forem globais. É necessário, portanto, elevar o nível crítico de legitimidade dos grupos em luta pelo paradigma emergente, mediante a explicitação das mediações entre o local e o global.

O conflito, nesta área, é o que se dá entre o paradigma da democracia autoritária e o paradigma da democracia eco-socialista. O Estado moderno liberal, democrático autoritário, concebe apenas uma das formas de poder que circulam na sociedade como política e limita a ela o dispositivo democrático, limitado à democracia representativa. Ao Estado é conferido o monopólio do poder político pela aplicação do princípio da obrigação política vertical entre ele e o cidadão, monopólio este exercido na dependência financeira e ideológica dos interesses econômicos hegemônicos.

Ao considerar tão somente a cidadania como forma política de poder, o paradigma dominante exime-se da obrigação de democratização das demais formas de poder. Fechando-se em torno da democracia representativa, permite a manifestação do despotismo nas outras formas de

poder. A democracia representativa, por sua vez, potencializa seu eixo vertical (Estado-cidadão) em detrimento de seu eixo horizontal (cidadão-cidadãos); a fraqueza do segundo potencia o autoritarismo do primeiro, permitindo que ele seja exercido desigualmente em relação a diferentes grupos de cidadãos. Esse autoritarismo, sob novas formas, menos visíveis, mais perigosas, mais difíceis de erradicar: destruição do meio ambiente, consumismo compulsivo, dívida externa, leis de emigração, imperialismo cultural.

O paradigma emergente é radicalmente democrático, pois visa instaurar a democracia a partir das diferentes raízes do autoritarismo. As relações sociais dos quatro espaços-tempo são relações de poder e de desigualdade, portanto fontes de autoritarismo. O projeto democrático tem que combatê-las, construindo não apenas uma, mas quatro formas estruturais de democracia, permitindo-lhe, ainda, variações internas. É necessário transformar as relações de poder em relações de autoridade partilhada.

Em cada um dos espaços-tempo, o paradigma emergente vincula-se à transformação das relações sociais, de relações de poder em relações de partilha da autoridade. Essa transformação assume, necessariamente, formas diferentes nas unidades eco-socialistas de consumo e nas unidades eco-socialistas de produção, por exemplo.

O paradigma emergente, ao contrário do antigo, exige que se pense em uma nova escala, diversa da escala nacional, eleita pelo pensamento democrático da modernidade como a “escala natural”, suprimindo a tradição da democracia local.

O paradigma emergente amplia o conceito de democracia para uma direção intertemporal e intergeracional: a proximidade do futuro é tão grande

que nenhum presente é democrático sem ele; as gerações futuras votam com igual peso que as gerações presentes.

A democracia eco-socialista é internamente muito diversa, pois é o resultado de transformações paradigmáticas que visam constituir formas de autoridade partilhada. Ela é, em outras palavras, uma democracia sem fim.

Uma luta democrática tão ampla está baseada, segundo SANTOS (2003), em quatro posições subjetivas estruturais, combinadas e articuladas de diferentes formas na prática social dos sujeitos individuais ou coletivos: a família, a classe, a cidadania e a nacionalidade. Por isso, são possíveis constelações contraditórias de subjetividades parciais, somando-se no mesmo indivíduo ou no mesmo grupo social posições de subjetividade incongruentes. Tal fato dá origem a padrões de ação que a racionalidade moderna considera tortuosos, ineficazes, contraditórios, absurdos. É comum que, numa situação de transição paradigmática, o indivíduo e a sociedade estejam divididos, com algumas de suas dimensões de subjetividade próximas do paradigma dominante e outras, próximas do paradigma emergente. As coligações a favor do paradigma emergente são possíveis na exata medida em que a ele aderem, uma a uma, as diferentes dimensões da subjetividade dos indivíduos e dos grupos sociais.

O ACS, quando escolhe como ferramenta de trabalho o diálogo, quando persegue somente fins ilocucionários, está atuando no sentido de criar um vínculo com a comunidade, vínculo este necessário para que se dê início à transformação do modelo de atenção. Assim, sua atuação é potencialmente empoderadora. Pelo diálogo, ele estará colaborando para que seus interlocutores se tornem sujeitos. E o advento do novo paradigma está condicionado ao fato de que os usuários do sistema de atenção se tornem sujeitos do processo de mudança.

Parafraseando SANTOS (2002), também o ACS terá parte de suas dimensões de subjetividade próximas do paradigma emergente, mas, certamente, manterá outras próximas do paradigma dominante. Para que ele desenvolva seu potencial de empoderamento em relação à sua comunidade, ele terá que mover-se em direção ao primeiro. Ele próprio deverá empoderar-se, primeiramente, para que possa interferir a favor do paradigma emergente.

Com base neste referencial teórico estaremos, ao longo dos próximos capítulos, avaliando em que medida o ACS já se comprometeu, com eficácia, com o novo paradigma, e em que medida sua atuação no interior do PSF já provoca alterações perceptíveis no modelo de atenção à saúde que representa o paradigma dominante.

III. OBJETIVOS

1. Objetivo

Geral

Avaliar o potencial de empoderamento do Agente Comunitário de Saúde do PSF da Coordenadoria de Saúde da Lapa, no município de São Paulo, com vistas à mudança do modelo de atenção à saúde.

2. Objetivos Específicos

1. Avaliar o potencial de empoderamento presente no conteúdo e na metodologia da capacitação do ACS.
2. Avaliar o potencial de empoderamento do ACS em sua área de atuação, em relação à população adscrita:
 - nos contatos face a face nos domicílios;
 - nas atividades grupais;
 - nas atividades comunitárias;
 - nas atividades coletivas, advogando por políticas públicas saudáveis.
3. Avaliar a contribuição do ACS para a mudança do modelo de atenção à saúde.

I. CENÁRIO DO ESTUDO

I. Cenário do Estudo

A pesquisa de campo que ensejou o presente estudo foi realizada no Programa Saúde Família da Subprefeitura Lapa, no município de São Paulo. O termo **subprefeitura** é decorrente da última reforma administrativa elaborada pela municipalidade, que reorganizou a cidade em trinta e um conjuntos com essa denominação, de acordo com a Lei 13.399, de 01 de agosto de 2002. Cada uma das subprefeituras compreende um determinado número de Distritos Administrativos (DA), figura há muito existente e que serve de base para inúmeros atos da vida civil, com destaque para a coleta e análise de dados vitais pelos organismos oficiais, como cartórios, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Anteriormente a essa reforma, a administração municipal se organizava em Administrações Regionais (AR). Estas já eram compostas por vários DA, ocorrendo, por ocasião da reforma, algumas trocas de uma para outra região. Esse foi exatamente o caso do DA Jaguaré, atualmente compondo a Subprefeitura Lapa, e anteriormente, pertencendo à AR Butantã.

Desta forma, a Subprefeitura Lapa passou a ser constituída por seis DA: Barra Funda, Jaguará, Jaguaré, Lapa, Perdizes e Vila Leopoldina. Seu território, de 40,1 km², fica na região oeste do município, fazendo divisa com o município de Osasco. É cortada pelos dois grandes rios da cidade, o Pinheiros e o Tietê, com suas respectivas avenidas marginais, de tráfego intenso e ininterrupto. Três das mais importantes rodovias do Estado têm acesso pelo seu território: Rodovia Presidente Castelo Branco, Rodovia dos Bandeirantes e Rodovia Anhangüera. A Subprefeitura Lapa conta ainda com uma estação do metrô, no DA Barra Funda, que é o terminal de um de suas linhas (ligação leste-oeste), acoplado a um terminal rodoviário e a uma estação da rede ferroviária. Além dessa ferrovia, que corta o território rumo à região metropolitana oeste, seu território é cortado por mais um ramal ferroviário, que faz a ligação da região sul do município com a região

metropolitana oeste. Na divisa sul de seu território, embora geograficamente pertencendo à Subprefeitura Pinheiros, estão mais duas estações do metrô da linha Oratório - Vila Madalena.

Em seu território, encontram-se também alguns pólos turísticos, esportivos e culturais que atraem grandes contingentes de pessoas, entre os quais merecem destaque o Memorial da América Latina, o Play Center, o Estádio da Sociedade Esportiva Palmeiras, o Parque da Água Branca, uma unidade do Serviço Social do Comércio, SESC Pompéia, a Pontifícia Universidade Católica (PUC), com seu tradicional teatro, o TUCA, a Estação Ciência, e a Companhia de Entrepósitos e Armazéns Gerais de São Paulo (CEAGESP), maior central de abastecimento de produtos alimentícios do país. Inúmeras instituições de ensino superior instalaram *campi* no território da Subprefeitura Lapa: Universidade Paulista (UNIP), Centro Universitário Nove de Julho (UNINOVE), Centro Universitário São Camilo, Faculdades Rio Branco, Universidade de Mogi das Cruzes (UMC), além da já mencionada PUC.

Muitas indústrias instalaram-se na Subprefeitura Lapa, fazendo mesmo parte de seu nascimento como um bairro de São Paulo, no atual DA Lapa. Com a expansão da lavoura de café, em 1867, inaugurou-se a Estrada de Ferro Santos-Jundiaí, que instalou a estação de Água Branca, na Lapa. Em 1880, inicia-se o loteamento das terras e a conseqüente urbanização, passando a atrair grandes contingentes de imigrantes europeus, em especial italianos, que criaram a Vila Romana, um dos bairros mais tradicionais do DA Lapa. Em 1896, operários franceses e italianos chegaram para trabalhar na Vidraria Santa Marina, a mais tradicional fábrica de vidros do Brasil; em 1919, o Frigorífico Armour traz um grande número de imigrantes do Leste Europeu. Esse aglomerado de imigrantes, previamente politizados em seus países de origem, transformou a Lapa, no início do século XX, em um bairro operário em que o sindicalismo encontrou em fértil terreno.

O comércio da Lapa foi-se desenvolvendo a partir da chegada do bonde a uma de suas mais famosas ruas, a Guaicurus, onde foi instalado o Tendal da Lapa. O centro do DA Lapa passou a receber grande fluxo de pessoas vindas de outras regiões, principalmente dos bairros ao norte (Pirituba, Freguesia do Ó), bem como de cidades da região metropolitana oeste (Osasco, Jandira, Barueri, Itapevi) e da norte (Franco da Rocha, Francisco Morato), dada a facilidade de acesso por ônibus e trem, impulsionando o desenvolvimento do forte comércio de cunho popular, transformando a Lapa em um pólo de atração metropolitano.

Em relação a equipamentos destinados à atenção à saúde da população, um hospital foi implantado pela Associação dos Ferroviários (Hospital Sorocabana), tornando-se um marco tradicional da saúde no bairro. Próximo a ele, o Estado implantou um de seus maiores Centros de Saúde, situado na Rua Roma, passando ele também a ser uma referência em atenção básica para todos que demandavam o centro da Lapa. Ambos, apesar de inúmeras transformações que os descaracterizaram, continuam prestando atenção à saúde a muitos usuários do SUS.

Com o avanço da urbanização da cidade, com o enorme volume de lixo que se passou a produzir, no DA Vila Leopoldina, instalou-se uma Usina de Compostagem, para transformar o lixo urbano orgânico em adubo. Recentemente, ela foi desativada, pois passou a ser incompatível sua convivência com a intensa urbanização a seu redor, principalmente em função do desagradável odor que exalava.

A Subprefeitura Lapa é uma boa amostra da cidade de São Paulo, pois nela há distritos com os maiores índices de desenvolvimento, como Perdizes, e distritos com grandes carências, como Jaguaré, onde se encontra uma das maiores favelas de São Paulo, com aproximadamente 12.000 moradores. Há também distritos com alto grau de diversidade sócio-econômica dentro de seus próprios limites, como Vila Leopoldina, que passa

por uma intensa expansão imobiliária verticalizada, mas que continua abrigando inúmeras pessoas em condições precárias, em habitações subnormais, principalmente nas áreas fronteiriças ao CEAGESP. Tal diversidade da Subprefeitura Lapa é confirmada pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de seus seis distritos: Barra Funda (0,575), Jaguará (0,523), Jaguaré (0,573), Lapa (0,661), Perdizes (0,762) e Vila Leopoldina (0,542). Outro indicador que revela essa diversidade de forma até mais expressiva é o coeficiente de mortalidade infantil do ano de 2004: Perdizes (3,5) e Jaguará (16,3).

Seguindo as prioridades traçadas pela Secretaria Municipal de Saúde, no início de 2001, época em que o DA Jaguaré ainda pertencia ao Butantã, o então Distrito de Saúde da Lapa optou por implantar o PSF apenas nos DA Jaguará e Vila Leopoldina. Por esse motivo, detalharemos apenas o cenário específico desses dois distritos, local em que buscamos elementos para o desenvolvimento deste estudo.

1. Distrito Administrativo Vila Leopoldina

O DA Vila Leopoldina está situado a oeste da Subprefeitura Lapa, fazendo divisa com o município de Osasco, na confluência dos rios Tietê e Pinheiros, tendo por isso boa parte de seu território em terras de várzea. É margeado pelas duas vias de tráfego mais intenso da cidade, as Avenidas Marginais dos respectivos rios. Fica, ainda, em seu interior a saída para as rodovias Presidente Castelo Branco, dos Bandeirantes e Anhangüera, que rumam para o oeste e norte do Estado e estados vizinhos. Passam também pelo seu território as duas ferrovias já mencionadas anteriormente. É nele que se situa a CEAGESP, que atrai um grande número de pessoas, um enorme número de caminhões transportadores dos alimentos ali comercializados. Assim sendo, o DA Vila Leopoldina é palco de intenso tráfego, com uma grande população flutuante.

Vila Leopoldina conta, ainda, com três equipamentos de médio porte e de natureza muito diversa entre si: o Cemitério da Lapa, o Centro Esportivo “Edson Arantes do Nascimento”, carinhosamente denominado “Peleção”, e um complexo penitenciário conhecido como “Cadeião de Pinheiros”. Merecem também destaque, pelo porte e pela importância na vida dos moradores do distrito, um complexo esportivo-cultural-educacional do Serviço Social da Indústria (SESI) e o edifício sede da Empresa de Correios e Telégrafos (ECT).

Este distrito reproduz, em seu território, a mesma diversidade social já apontada para a Subprefeitura Lapa. A partir de 1920, a Cia City iniciou os loteamentos do Alto da Lapa e Bela Aliança, regiões em que se fixaram moradores de classe média alta, dando ao bairro ares de primeiro mundo, com residências luxuosas, em grandes terrenos e ruas arborizadas, com grande número de praças. Em 1926, deu-se o loteamento da Vila Leopoldina, com suas áreas de várzea sendo ocupadas por galpões de inúmeras empresas, com destaque para a Votorantim, empresa produtora de cimento. Em 1966, instalou-se na área da várzea do Rio Pinheiros a CEAGESP. Em suas proximidades, mais para o interior do território, expandiu-se uma atividade intensa e geradora de enormes problemas sociais, a denominada “Caixaria”. Trata-se de um espaço com infra-estrutura extremamente precária, onde se fabricam caixotes de madeira para uso na comercialização de produtos agrícolas da CEAGESP. Suas condições ambientais são as piores possíveis, não sendo diferentes as condições de trabalho e de moradia em seu interior. Por ocasião da epidemia de Dengue que eclodiu em toda a parte oeste da região metropolitana, foi exatamente na “Caixaria” que o número de casos foi maior, sendo também o local que mais trabalho exigiu para a execução das ações de controle.

Os espaços restantes de áreas ocupadas pelas empresas passaram a ser ocupados por moradores carentes, que ergueram centenas de barracos,

constituindo núcleos de favelas que persistem até hoje, em condições insalubres.

Nos últimos anos, o espigão da Vila Leopoldina foi assomado por intensa explosão imobiliária, atraindo moradores de classe média e classe média alta, aumentando ainda mais o contraste social.

Em 2004, o DA Vila Leopoldina passou a integrar um amplo projeto de intervenções de grande porte e impacto denominado “Operação Urbana Vila Leopoldina-Jaguareé”. Esse projeto propõe a ligação dos dois distritos, com revitalização de ambas as áreas, com complexos esportivos, complexos residenciais, abertura de novas avenidas, construção de duas novas pontes sobre o Rio Pinheiros, criação de dois grandes parques onde ainda estão as instalações da Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (SABESP) e da Usina de Compostagem.

A população do distrito, estimada para 1º de julho de 2005, pela Fundação SEADE, é de 26.872 habitantes, dos quais 24,51% são crianças e adolescentes (0 – 19 anos) e 15,64% são pessoas com 60 anos ou mais.

Há neste DA apenas uma Unidade Básica de Saúde, a UBS Parque da Lapa, que, desde 2001, implantou o PSF com cinco equipes, cobrindo cerca de 70% do território.

2. Distrito Administrativo Jaguara

Situado a noroeste da Subprefeitura Lapa, fazendo divisa com o município de Osasco, próximo à confluência dos rios Tietê e Pinheiros, na margem direita do primeiro, também possui parte de suas terras na outrora várzea do Rio Tietê. Um dos seus limites é o próprio Rio Tietê, com sua Avenida Marginal, formando um ângulo quase reto com outro importante limite, a Rodovia Anhangüera. Suas demais fronteiras se dão com o

município de Osasco, ficando o DA Jaguará como uma espécie de enclave, mantendo com aquele município um íntimo relacionamento, pois apenas uma rua serve como limite entre ambos. Parte de seu território é ocupada por uma colina no centro da qual está situado o Parque dos Remédios, conhecido pela população local como “Matão”, por se tratar de um remanescente da Mata Atlântica. No alto de sua colina, fica um reservatório de água da SABESP, responsável pelo bombeamento de água para os reservatórios de Osasco, Carapicuíba e Barueri, municípios vizinhos.

Ao contrário do DA Vila Leopoldina, o DA Jaguará não conta com linhas ferroviárias, sendo servido por ônibus municipais e intermunicipais. Por sua proximidade seus moradores mantêm vínculos fortes com Osasco e com o bairro de Pirituba, pertencente ao município de São Paulo.

Assim como acontece com o DA Vila Leopoldina, em suas terras de várzea, instalaram-se algumas importantes empresas, em especial de transporte de carga (Mercúrio) e de transporte urbano (Santa Brígida), merecendo destaque entre as demais a Unilever, multinacional de renome no mercado de produtos de higiene pessoal.

Em relação a suas características sócio-econômicas, o DA Jaguará não apresenta a intensa diversidade encontrada no DA Vila Leopoldina. A grande maioria de seus moradores pertencem à classe média, não existindo bolsões importantes de classes superiores ou inferiores. A verticalização residencial é incipiente, não havendo indícios de que esteja em vias de expansão. São poucos os moradores que vivem em habitações subnormais, com destaque para um pequeno núcleo de favela conhecido como “Favela do Razzo”, por ficar contígua a uma empresa com este nome.

Existem dois pólos nítidos no interior do distrito, um deles representado pela vila que lhe dá o nome, Vila Jaguará, e o outro, pela Vila Piauí, no extremo noroeste. Este segundo pólo tem parte do território em um

vale formado pelo Ribeirão Vermelho, vindo do município de Osasco, responsável por reincidentes enchentes causadoras de vultosos prejuízos à população. O persistente trabalho de rebaixamento da calha do Rio Tietê diminuiu muito a incidência de enchentes ao longo de seu curso, restando, porém, as provocadas por seus afluentes, como é o caso do Ribeirão Vermelho. Além disso, a várzea do Rio Tietê conta com um reduzido número de residências, o que colabora para amenizar a situação, ao contrário do que ocorre com seu afluente.

Sua população, estimada pela Fundação SEADE para 1º de julho de 2005, é de 24.097 habitantes. Na faixa etária entre 0 e 19 anos, encontram-se 26,48% da população, enquanto que com 60 anos e mais encontram-se 15,03%.

Este DA conta com duas Unidades Básicas de Saúde (UBS Vila Jaguara e UBS Vila Piauí). A primeira é uma unidade municipal, que implantou o PSF em 2001, com três equipes, cobrindo 100% de sua área de abrangência. A segunda é uma unidade estadual que foi municipalizada, tendo implantado o PSF em 2003, com duas equipes. Continuou por longo tempo como uma unidade mista, com o PSF convivendo com o modelo tradicional, até que, no final de 2005, passou a ter 100% de seu território coberto pelo PSF, com a estruturação de mais uma equipe.

Tendo em vista essa defasagem de implantação, a UBS Vila Piauí não fez parte deste trabalho.

Subprefeitura Lapa

Subprefeitura Lapa
População Estimada 2005

Fonte: IBGE e Fundação SEADE

II. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a apreensão do objeto de estudo optou-se por empregar metodologia de natureza qualitativa, com a utilização de múltiplas técnicas, complementares entre si no cumprimento dos objetivos propostos. Este estudo configura-se, portanto, como um estudo de caso, pois, conforme apontam LÜDQUE e ANDRÉ (2001), “ao desenvolver o estudo de caso, o pesquisador recorre a uma variedade de dados, coletados em diferentes momentos, em situações variadas e com uma variedade de tipos informantes”. A natureza do objeto de estudo, com sua exuberante complexidade, isto é, algo que não se apresenta como uma variável contínua, de fácil mensuração, justifica essa opção metodológica. Embora entendendo que o estudo de caso não permite generalizações, para o fim a que nos propusemos – avaliar o potencial de empoderamento de uma determinada categoria profissional – ele se mostra bastante adequado, pois favorece a apreensão de um contexto em que práticas sociais ocorrem, permitindo, a partir dele, a elaboração de ilações válidas para o conjunto dessa categoria.

O emprego de variadas técnicas de apreensão do objeto permitiu engendrar uma avaliação do potencial de empoderamento do ACS. A metodologia utilizada não se resumiu, entretanto, a uma mera somatória de técnicas, mas consistiu na seleção de técnicas que permitissem verificar, mediante a triangulação de dados, se o ACS, com a capacitação que teve, foi capaz de empoderar os indivíduos com os quais dialogou, ampliando a autonomia dos mesmos no seu autocuidado. Possibilitou ainda verificar se mobilizou grupos da população para identificarem os determinantes de saúde ou para se organizarem para exigir do governo as mudanças necessárias. Finalmente, possibilitou oferecer subsídios para verificar se os ACS conseguiram ampliar a mobilização dos grupos no nível comunitário e mobilizar as comunidades para advogar junto a outros setores por políticas públicas saudáveis. Para essa tarefa, muito contribuiu o esquema teórico proposto por LABONTE (1994), a holosfera do empoderamento, apresentada no Capítulo II da Parte I.

A seleção de técnicas baseou-se na triangulação, com base no princípio segundo o qual “as ações sociais e as falas têm que ser circunstanciadas”, isto é, é necessário fazer “uma análise das relações do contexto com as ações e falas” (BÓGUS 1997). Nesse sentido, cada técnica foi escolhida pela sua especificidade em apreender parcelas do objeto, respeitando uma sequência temporal na utilização de cada uma delas, sendo a própria escolha da sequência parte do procedimento metodológico.

Para testar se o conjunto de temáticas escolhidas fazia sentido aos ACS foi planejado um **grupo focal** com ACS da UBS Vila Dalva, da Coordenadoria de Saúde do Butantã, área geográfica contígua ao cenário do estudo, com características demográficas, econômicas e sociais semelhantes às deste cenário. A escolha dessa técnica se justifica dada a sua relativa facilidade de aplicação, bem como pela sua adequação à tendência de deslocamento das questões centradas nos indivíduos para questões que dizem respeito a grupos. O grupo focal é um método de pesquisa qualitativa que se utiliza para a compreensão de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, uma prática, um produto ou serviços (KRUEGER 1988; MORGAN 1988).

Para servir de guia para o moderador do grupo, que foi o próprio pesquisador, foi elaborado um roteiro de tópicos relacionados ao objeto pesquisado; isso garantiu o equilíbrio entre a discussão franca e os desvios de rota, habituais nessas situações. Esse roteiro (Anexo1) foi elaborado a partir das categorias analíticas propostas por LABONTE (1994), já referidas no Capítulo II da Parte I.

Para a execução do grupo focal procurou-se seguir as recomendações feitas por CARLINI-COTRIM (1996).

O que se pretendeu com esse grupo focal foi situar melhor o pesquisador em relação ao objeto pesquisado, uma primeira aproximação

mais sistematizada com tal objeto. O próprio pesquisador atuou como moderador, auxiliado por um assistente que se encarregou do registro magnético e das anotações dos atos de comunicação não verbal que porventura foram surgindo. A transcrição do material coletado foi realizada pelo próprio pesquisador, seguindo-se intenso trabalho de análise de sua íntegra. Essa análise consistiu em agrupar os vários atos de fala em tópicos por abordagem de determinados temas que se tornaram reincidentes. Os temas mais recorrentes foram então organizados em capítulos constituídos por várias falas de conteúdos semelhantes, que permitiram uma segunda análise, com o intuito de orientar as próximas etapas da pesquisa, agora já no cenário do estudo. (Íntegra da transcrição no Anexo 2)

Da análise do material do Grupo Focal ficou evidente que o diálogo se destacava entre todos os itens abordados pelos ACS participantes, quer seja no processo de seleção, quer seja no processo de capacitação e, em especial, no processo de atuação cotidiana dos ACS. Tal fato foi utilizado para orientar a pesquisa de campo que seria realizada no território da Coordenadoria de Saúde da Lapa.

Outro ponto que se salientou na análise do Grupo Focal foi o papel relevante que a visita aos domicílios desempenhava no trabalho cotidiano do ACS. Isso nos levou a enfatizar a observação do desempenho do ACS nessa atividade, priorizando nela a apreensão das características da interação dialógica que se estabelecia entre o ACS e o morador visitado.

O segundo passo constituiu-se na **análise documental**. Este é um procedimento que se baseia na minuciosa análise do conteúdo dos documentos, pois, segundo LAVILLE e DIONNE (1999), “os dados estão lá, resta fazer sua triagem, criticá-los, isto é, julgar sua qualidade em função das necessidades da pesquisa, codificá-los ou categorizá-los”. Para GIL (1995), “algumas pesquisas elaboradas a partir de documentos são importantes não porque respondem definitivamente a um problema, mas

porque proporcionam melhor visão desse problema ou, então, hipóteses que conduzem à sua verificação por outros meios”.

Fez parte do rol de documentos analisados o material didático utilizado na capacitação dos ACS, incluindo programas dos cursos e relatórios de avaliação. Esse material foi cedido ao pesquisador pela coordenação do PSF da Coordenadoria de Saúde da Lapa (Anexo 6). Seguindo a recomendação dos autores acima mencionados, os documentos foram analisados detalhadamente, em suas frases e palavras, tanto em seu sentido explícito quanto em suas intenções. Procurou-se apreender desses documentos a concepção de educação que norteou a capacitação, através da metodologia empregada para desenvolver os conteúdos. Uma análise desses conteúdos complementou esta etapa.

A próxima etapa da pesquisa se baseou na técnica **observação não-participante** com a qual os ACS foram observados pelo pesquisador em sua prática cotidiana em visita ao domicílio e em trabalhos de grupo na comunidade. Os agentes a serem observados (três de cada UBS) foram escolhidos por sorteio, constituindo uma amostra casual simples.

QUIVY e CAMPENHOUDT (1998) apontam como vantagens dessa técnica “a apreensão dos comportamentos e dos acontecimentos no próprio momento em que se produzem; a recolha de um material de análise não suscitado pelo investigador; a autenticidade relativa dos acontecimentos em comparação com as palavras e os escritos”.

LAVILLE e DIONNE (1999) reforçam a idéia de que “o pesquisador deve principalmente estar atento a tudo o que diz respeito à sua hipótese e não simplesmente selecionar o que lhe permitirá confirmá-la”. O pesquisador seguiu o preconizado por LAKATOS e MARCONI (1988), dando à pesquisa um caráter não-participante, entrando em contato com a realidade estudada, mas sem integrar-se a ela, presenciando o fato, mas não participando dele.

O ACS foi comunicado de que fora sorteado para a pesquisa no dia anterior à realização da observação. Antes de deixar a unidade de saúde para realizar a atividade, o ACS foi esclarecido sobre os objetivos do trabalho de modo a poder decidir se desejava ou não participar dele, sem, no entanto, esclarecimentos detalhados sobre o âmbito do que o pesquisador estaria procurando apreender. O pesquisador apresentou-lhes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 7), que foi assinado por eles, após atenta leitura.

Chegando ao domicílio, que fazia parte de sua rotina e cuja escolha não teve nenhuma interferência do pesquisador, o próprio ACS apresentava o pesquisador ao morador e, em breves palavras, explicava o propósito de sua presença. O pesquisador, então, solicitava a autorização para gravar os diálogos que seriam travados, bem como solicitava a leitura e assinatura do termo de consentimento. Em algumas situações, após o término do trabalho rotineiro do ACS, o morador dirigia a palavra ao pesquisador, sendo que, a partir daí, já não se gravava o diálogo. Não houve nenhuma recusa por parte dos ACS sorteados e nem dos moradores. Em alguns casos, foi feita mais de uma visita por ACS. Não se observou nenhum caso explícito de inibição dos interlocutores pelo fato de haver um estranho presente e nem mesmo por aquele diálogo estar sendo gravado. Foram raros os momentos de dificuldade de captar os diálogos, e isso se deu, principalmente, quando várias pessoas falavam ao mesmo tempo.

A transcrição dos diálogos foi realizada pelo próprio pesquisador, no período mais imediato possível em relação ao evento gravado.

O pesquisador observou também a participação do ACS durante a realização de grupos de moradores em ambiente externo à unidade de saúde, como uma das rotinas do PSF. Nessas ocasiões, o pesquisador

procurou fazer anotações sobre as diversas situações que ocorrem durante o grupo, não participando dele e nem gravando as falas.

Com o intuito de complementar algum ponto que tenha ficado mais obscuro na etapa anterior, passou-se à fase seguinte do trabalho, que consistiu em realizar **entrevistas semi-estruturadas** com os ACS, a partir de um roteiro previamente elaborado. (Anexo3)

Apesar de usar o roteiro como fio condutor, o pesquisador não se prendeu a ele, valendo-se da posição adotada por ANDER-EGG (apud LAKATOS e MARCONI 1988) para quem “o entrevistador tem liberdade de fazer as perguntas que quiser: sonda razões e motivos, dá esclarecimentos, não obedecendo, a rigor, a uma estrutura formal”. Essa modalidade de técnica foi escolhida por apresentar, segundo LAKATOS e MARCONI (1988), diversas vantagens, das quais destacamos duas:

- *há maior flexibilidade, podendo o entrevistador repetir ou esclarecer perguntas, formular de maneira diferente, especificar algum significado, como garantia de estar sendo compreendido;*
- *oferece maior oportunidade para avaliar atitudes, condutas, podendo o entrevistado ser observado naquilo que diz e como diz: registro de reações, gestos etc.*

LAVILLE e DIONNE (1999), reportando-se ao caráter de espontaneidade que deve imperar nessa técnica, enfatizam que a flexibilidade favorece que se explore mais profundamente os saberes, as representações, as crenças, os valores do entrevistado, ampliando a possibilidade da apreensão do objeto central da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas na unidade de saúde, em ambiente isolado, sendo que os entrevistados se mostraram à vontade durante o

evento. Elas foram gravadas em meio magnético e transcritas pelo autor, conforme o recomendado por QUEIROZ (1983), para quem o pesquisador, “em princípio, é que está apto a realizar o trabalho de maneira que a escrita reproduza, o mais fielmente possível, a gravação”. Para ela,

transcrever significa, assim, uma nova experiência da pesquisa, um novo passo em que todo o processamento dela é retomado, com seus envolvimento e emoções, o que leva a aprofundar o significado de certos termos utilizados pelo informante, de certas passagens, de certas histórias que em determinado momento foram contadas, de certas mudanças na entonação da voz.

DEMARTINI (1998), ao analisar a questão da transcrição, também recomenda que ela seja feita pelo próprio pesquisador e lembra, ainda, que deve existir uma dialética entre os registros oral e escrito. Assim,

o pesquisador, mesmo ao trabalhar apenas com o material escrito, está constantemente utilizando as imagens que ele próprio registrou em sua mente, e que, embora às vezes incompletas, lhe permitem estabelecer a todo momento a ligação entre uma informação particular dada por um informante e o contexto do qual ela foi tirada.

Para cada entrevistado foi elaborada uma **ficha de informante**, contendo informações necessárias para a consecução dos objetivos da pesquisa. (Anexo 5)

No decorrer dessas duas últimas etapas, adotou-se o procedimento de não prosseguir com a realização das técnicas de coleta a partir do momento em que se julgou que não estavam mais acrescentando algo de relevante.

A última etapa do trabalho de campo consistiu na realização de entrevista semi-estruturada com dirigentes que estiveram à frente do processo de implantação do PSF na Coordenadoria de Saúde da Lapa. Nenhum deles, no momento da entrevista, estava ocupando este posto de dirigente, mas o fizeram na maior parte do tempo no período do governo que implantou o PSF. Um deles ocupou o cargo de Coordenador de Saúde ao longo dos quatro anos de governo; um ocupou o cargo de Coordenador de Unidade Básica no mesmo período e o terceiro ocupou o mesmo cargo em outra unidade nos primeiros três anos.

Procedeu-se de forma semelhante ao que se fez na etapa anterior, ou seja, as entrevistas foram realizadas como o auxílio de um roteiro (Anexo 4), gravadas em meio magnético e transcritas pelo pesquisador.

Uma vez coletado e organizado todo esse material da pesquisa de campo, passou-se à análise dele, iniciando-se pelo seu cotejamento com as categorias analíticas de LABONTE (1994), a holosfera do empoderamento. Em seguida, as observações não-participantes foram estudadas em relação às habilidades demonstradas pelo ACS na técnica de entrevista, segundo categorias elaboradas por IVEY (1971); finalmente todo o material coletado foi cotejado com o referencial teórico proposto por HABERMAS (2003) em sua Teoria da Ação Comunicativa e por SANTOS (2003), em seus estudos sobre emancipação.

Procurou-se, deste modo, avaliar o desempenho do ACS sob a ótica dos pressupostos teóricos de autores que foram selecionados como orientadores da análise que se faria a partir da coleta de dados, pressupostos estes voltados para os conceitos de poder, empoderamento e emancipação.

I. A Capacitação do Agente Comunitário de Saúde

I. A Capacitação do Agente Comunitário de Saúde

Considerando-se o que se expôs, no Capítulo I da Parte I, sobre o que se espera do desempenho do ACS, é indiscutível a necessidade de uma intensa capacitação para que ele possa absorver, pelo menos em parte, suas atribuições e dar conta delas. Ainda mais se lembrarmos o fato de que há uma exigência de que o ACS seja morador da micro-área em que irá atuar, pois isso aumenta a probabilidade de que, em áreas mais carentes, o ACS tenha um nível de escolaridade formal pouco avançado.

Se se considerar que tal realidade, ao contrário de se configurar em ponto negativo para o desenvolvimento do PSF, pode-se tornar um ponto favorável à mais completa apreensão do território-processo de sua micro-área, pela facilidade de interação do ACS com seus iguais, é necessário pensar-se em uma capacitação que não o desfigure, não o transforme em algo “diferente”.

Apesar disso, a capacitação deve dar a ele as condições de atuar segundo os pressupostos que embasam o PSF e que não são absorvidos e compreendidos naturalmente, sem algum esforço. Como afirma FREIRE (1979), “o caráter inacabado dos homens e o caráter evolutivo da realidade exigem que a educação seja uma atividade contínua. A educação é, deste modo, continuamente refeita pela práxis. Para ser, deve chegar a ser.”

O que se espera do ACS é que tenha uma práxis condizente com as bases do PSF, que ele não conhece antes de “chegar a ser” ACS. É necessário, então, que ele se familiarize com esse novo campo de práticas e com os conceitos que lhe servem de substrato.

Dado que se pretende que a atuação do ACS se revista de caráter emancipatório, é imprescindível que sua capacitação também se revista

desse mesmo caráter. Se a intenção é que o ACS venha a ter um papel significativo no empoderamento de indivíduos, de grupos e da comunidade da sua área de atuação, é necessário que a capacitação que lhe será dada seja também empoderadora.

Para cumprir tal propósito, uma opção é a educação problematizadora. Para FREIRE (1979), “a educação problematizadora está fundamentada sobre a criatividade e estimula uma ação e uma reflexão verdadeiras sobre a realidade, respondendo assim à vocação dos homens que não são seres autênticos senão quando se comprometem na procura e na transformação criadoras.”

Tendo em vista que esta pesquisa foi realizada após quatro anos da implantação do PSF na Coordenadoria de Saúde da Lapa, a análise que faremos não é baseada na observação (participante ou não-participante) da capacitação que foi ministrada aos ACS. Foi possível apenas a realização da análise documental do material utilizado, com explicitação de conteúdos e sugestões de metodologia a ser empregada, bem como de relatórios de avaliação do assim denominado Momento I. Esse material foi cedido ao pesquisador pela coordenação do PSF da Coordenadoria de Saúde da Lapa, responsável pela capacitação. (Anexo 6)

Um primeiro momento da capacitação foi denominado “Conhecendo o PSF”, que pretendia expor a proposta do PSF e discutir o papel do ACS na construção de um novo modelo de atenção. A opção por um processo pedagógico participativo estava muito bem definida, assumindo-se o posicionamento defendido por Paulo Freire quanto ao estabelecimento de uma relação pedagógica dialética. Na apresentação do referido curso, consignou-se o seguinte:

O presente curso deve ser um espaço de troca de saberes no qual se pretende identificar os conceitos básicos que esses

trabalhadores trazem consigo e discutir a nova forma de entender a atenção à saúde, fundamentada em princípios e conceitos provavelmente diferentes do que eles trazem.

Na explicitação da proposta de estratégia pedagógica, este ponto foi mais detalhado:

Todos os temas deverão ser abordados a partir do princípio de que os ACS como usuários de um sistema de saúde e membros da comunidade têm um saber sobre todos os temas apresentados. Dessa forma, inicialmente sempre deverá se buscar identificar os conceitos e conhecimentos que os ACS têm sobre cada tema e o que eles idealizariam como modelo a ser buscado. A partir da explicitação desses conteúdos o professor deve organizar a discussão de modo a esclarecer as relações entre o que eles idealizam e o que o PSF propõe.

A análise dos objetivos desse primeiro módulo da capacitação deixa claro que seus organizadores se preocuparam em respeitar os passos do processo pedagógico participativo, ou seja, a auto-reflexão, a escuta, o diálogo, a ação e a síntese. Assim, pode-se observar como objetivo proposto para o tema **“Mudança do modelo de atenção à saúde”** o seguinte: “Refletir sobre o atual modelo de atenção à saúde de modo a perceber as necessidades de mudança para melhoria da qualidade da atenção à saúde”.

O desenvolvimento das atividades propostas para a apreensão desse tema confirma a opção pelo processo pedagógico participativo. Inicialmente se propôs uma dramatização de como se dá o atendimento nos diferentes serviços de saúde (Unidade Básica, Pronto Socorro, Hospital, Convênio). Como contraponto, um dos grupos dramatizaria o atendimento ideal a ser dispensado por uma Unidade Básica de Saúde.

A partir do exercício de dramatização, os observadores foram estimulados a comentar os comportamentos e situações que permearam sua realização, tais como demora no atendimento, falta de condições para a espera do atendimento, não olhar para o usuário, não escutar a queixa, falta de privacidade, despersonalização.

Para garantir uma participação mais ampla, um grupo de pessoas escolhidas aleatoriamente foi escalado para escrever em tiras de papel, expostas ao final dos trabalhos, qual sua opinião sobre os determinantes daqueles comportamentos e situações.

Em seguida, solicitou-se uma comparação entre as representações da realidade e a idealizada, passando-se a discutir o que mudou e se essas mudanças eram suficientes para melhorar a saúde das pessoas.

O roteiro de orientação para o professor chama a atenção para perceber se as mudanças apontadas referem-se apenas à forma ou se já incorporaram uma nova atitude.

O emprego da dramatização é uma forma privilegiada de elaborar e incorporar um conhecimento. A seguinte abordagem, realizada por ROMANA (1987), é bastante esclarecedora de como isso se dá:

Cremos, em princípio, que nenhum conhecimento adquire vida dentro de um aluno, aprendiz ou treinando (seja qual for a sua idade), se não há um campo propício ou disponibilidade para isso. Acreditamos que, de modo geral, ou seja, na atitude didática tradicional, utilizamos percentagem mínima do interesse, ou do compromisso, ou da contribuição, ou da participação --- como queiramos chamá-la --- que o aluno nos possa proporcionar. Quando dramatizamos o conhecimento a nível da realidade ou da experiência, nosso objetivo é o de

“carregar” o campo do conhecimento com a maior quantidade de experiência que o grupo possa fornecer com relação a ele, e além disso o de dar àquele conhecimento o “tom afetivo” próprio desse grupo. Por isso, em geral o conhecimento surge, inicialmente, proposto pelo grupo que o enfoca de uma maneira, com base no que “se sabe” a respeito das coisas ou de como elas ocorrem, com um mínimo de elementos e de ação. Pouco a pouco, procuramos fazer com que a cena adquira mais vida, atividade, compromisso e riqueza.

O tema **“As relações do ACS com a comunidade”** também apresenta em seu objetivo o requisito da reflexão, assim emanado: “Refletir sobre a importância do respeito, da ética, do vínculo e do compromisso que o ACS tem com os cidadãos de sua área de atuação”.

A atividade proposta para o desenvolvimento desse tema foi uma dinâmica em que três alunos ficavam em situação de destaque diante da classe e três alunos saíam da sala. Cada um dos que foram para fora abria a porta, entrava, olhava e saía, sem nada dizer. Em seguida, cada um retornava. O primeiro, após entrar, trocava os sapatos nos pés de um dos que estavam sentados, continuando a não dizer nada. O segundo trocava os sapatos do segundo elemento sentado, passando seu relógio para o braço oposto ou colocando seus óculos na posição contrária. O terceiro fazia, com o terceiro elemento, uma dessas trocas e levava um dos seus sapatos para fora da sala. Em seguida, tudo voltava ao normal e se reiniciava a dinâmica, porém solicitando permissão para entrar, dirigindo-se ao aluno sentado, explicando-lhe o que iria ser feito, procurando um consenso, respeitando a manifestação desse aluno. Agora, os três que estiveram sentados falaram sobre como se sentiram nas três situações. Os espectadores também foram estimulados a falar sobre como se sentiram durante a dinâmica.

Um grande rol de questões deveria ser considerado pelo professor ao final dos trabalhos. Essas questões abordam situações que os ACS enfrentariam em sua rotina e são fundamentais para que seu trabalho possa dar os frutos esperados, em especial na questão da possibilidade de se transformar o modelo de atenção. Dada sua importância, optamos por transcrevê-las integralmente:

O modo como as pessoas abrem a porta e entram na sala. O grupo teve a sensação de invasão?

A postura estava adequada?

E se essa porta fosse do domicílio de uma família?

Existe uma forma mais adequada para esse trabalho domiciliar?

Como as pessoas sentadas sentiram-se sendo manipuladas sem saber o que iria ser feito com elas?

Comentar o medo do desconhecido.

Uma abordagem dialogada ajuda nas relações?

As pessoas têm o direito de decidir se querem ou não seguir condutas ditadas pelos profissionais de saúde?

Os cidadãos devem ser passivos quando se trata de sua saúde?

Outras atividades desenvolvidas ao longo da capacitação também revelam a opção pelo processo pedagógico participativo. O tema “**Família, Comunidade e Território**” foi ilustrado com a confecção de uma maquete do território, com o objetivo de exercitar o conhecimento do grupo sobre sua comunidade. Os monitores puderam observar, durante a realização da tarefa, a capacidade do grupo em se organizar para planejar e executar ações; a capacidade de lidar com as diversas variáveis e a busca pelo

consenso na resolução dos problemas; a capacidade de divisão das tarefas; a capacidade individual na realização da tarefa.

Outro momento importante foi o da avaliação. Um painel denominado **“PSF e comunidade juntos para melhorar a saúde”**, construído com casas em origami confeccionadas pelos alunos, foi o mote para essa avaliação, na verdade uma auto-avaliação. Cada ACS avaliou sua participação, seu compromisso com sua microárea e as relações que estabeleceria com os demais componentes da equipe.

Um ponto reconhecido como muito importante pelos responsáveis pela capacitação na realização dos trabalhos foi a utilização de atividades corporais no início

Além de facilitar a ‘chegada’, a introspecção, a concentração, a motivação, o ‘estar centrado e tranquilo’ para uma escuta e participação reflexiva e crítica, estas atividades foram propostas como organizadores prévios para uma aprendizagem construtiva de temas específicos. A recepção por parte dos ACS foi muito positiva e a participação crescente, numa demonstração de estarem incorporando como um ‘cuidado’ importante de cada um com o seu próprio corpo para que possam estar disponíveis e atentos no contato com as pessoas de sua comunidade na sua prática diária.(Anexo 6)

Objetivos explicitados para outros temas que compuseram a capacitação confirmam a opção pelo processo pedagógico participativo. Selecionamos os que estão centrados no verbo **“sensibilizar”**, pois parece-nos que, ao propor que o ACS se sensibilize, tal possibilidade implica a existência prévia de reflexão. Inclui-se nessa categoria o tema **“O trabalho na comunidade”**, para o qual se propôs o seguinte objetivo: “Sensibilizar os

ACS para a importância do olhar, o escutar, o fazer e o repensar no trabalho do ACS.”

Esse objetivo foi bem absorvido por um ACS participante da capacitação que assim se expressou, segundo o relatório de avaliação:

Depois de todas as informações e vivências, percebo o agente comunitário como os pés que caminham na comunidade, de olhos atentos e serenos, ouvidos que escutam, boca que passa informações. (Anexo 6)

O tema “**Lixo – problema ambiental**” também foi contemplado com objetivo de mesma natureza: “Sensibilizar o ACS para as questões relacionadas ao lixo, qualidade de vida e sua participação na área de atuação”.

O tema “**Farmacodependência**” foi outro que entrou no mesmo rol: “Sensibilizar o ACS para entender os fenômenos do alcoolismo e drogadição como questões de saúde”.

O mesmo ocorreu ainda com os temas “**Saúde Bucal e Hábitos Oraís**” e “**A importância da voz na comunicação**”, cujos objetivos foram assim apresentados: “Sensibilizar o ACS quanto aos fatores que influenciam a saúde bucal e as consequências dos hábitos orais, através do levantamento de conhecimentos acumulados e apresentação de orientações básicas de identificação” e “Sensibilizar quanto à utilização da voz e da escuta como meios de expressão e comunicação nas relações interpessoais.”

No final da capacitação, os ACS deveriam responder a esta questão: “**Para você, quem é o Agente Comunitário de Saúde, hoje?**” A maioria das respostas demonstra que a capacitação atingiu um de seus primeiros

objetivos, preparando o ACS para iniciar seu trabalho. Transcrevemos a seguir uma dessas respostas, que reforça essa afirmação:

O agente de saúde tem um papel muito importante em sua comunidade. Ele tem a responsabilidade, capacidade de relacionamento e muita vontade de aprender sobre o seu trabalho. Não só conhecer sobre as práticas de saúde, mas refletir e discutir a respeito de como vive aquela comunidade e respeitar os limites de cada um. Observar tudo o que se refere àquela família e o ambiente onde ela vive, assim obterá dados importantes para toda equipe; tendo essa consciência será mais fácil chegar a um conceito. O agente deverá ter uma postura, respeito, sigilo e, é claro, a ética profissional. Vamos trabalhar unidos para melhorar a saúde e o bem-estar daquela população.(Anexo 6)

Cada um dos ACS recebeu um livreto elaborado pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde denominado **“O trabalho do Agente Comunitário de Saúde”** (BRASIL, 2000).

Incluímos este livreto no material para análise documental, junto ao material já mencionado anteriormente. Utilizando as categorias de empoderamento sugeridas por LABONTE (1994), em seu modelo “holosfera do empoderamento”, passaremos a analisar como esse material didático se enquadra em cada uma das esferas.

1. Empoderamento no nível individual

O trabalho do ACS é definido como um “trabalho diário com as famílias, em busca de melhor qualidade de vida para todas as pessoas que

estão em sua área de atuação” (BRASIL 2000). O ACS é visto, neste documento, como o “agente que trabalha com promoção e prevenção da saúde na atenção básica, o trabalhador de saúde que é o elo entre a comunidade e a unidade de saúde”.

Quanto ao conceito de saúde que o ACS deve incorporar em sua atividade, usou-se nesta capacitação, a Carta de Ottawa, que afirma ser a saúde “(...) construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, para todos os seus membros”. Afirma ainda que “(...) a saúde tanto pode ser favorecida como prejudicada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos”. Assim sendo, “(...) as pessoas só poderão realizar completamente o seu potencial de saúde, se forem capazes de controlar os fatores que determinam a sua saúde”. (BRASIL 2001)

E alerta o ACS para

(...) reconhecer as pessoas como o principal recurso para a saúde, apoiá-las e capacitá-las”. As pessoas participantes do programa, então, “(...) recebem orientações sobre cuidados de saúde, de suas famílias e de sua comunidade, compreendendo a relação entre as doenças e estilos e hábitos de vida”. O ACS é treinado para orientar as pessoas “(...) nos cuidados de higiene com o corpo, com a água de beber, com a casa, no preparo dos alimentos; na construção de privadas ou ‘casinhas’; nos cuidados com o lixo” (BRASIL 2000).

Ao abordar a ação de **orientar**, ela é definida como “(...) a ação de examinar cuidadosamente os diferentes aspectos de um problema com as pessoas, para encontrar com elas as melhores soluções” (BRASIL 2000). E,

ao comentar a ação de **acompanhar**, reforça que “um dos frutos desse trabalho é a valorização dos autocuidados que significa que cada pessoa pode e deve cuidar da sua própria saúde”.

Como conclusão deste segmento, destacamos a forte presença dessa primeira categoria – empoderamento no nível individual – nos documentos do PSF. Fica patente neles que, para participar efetivamente do empoderamento das pessoas, o ACS deve, primeiramente, empoderar-se a si mesmo, o que tem sido a tônica das capacitações. Munido desse novo arsenal de conhecimentos, tendo o domínio das informações básicas, vai até sua comunidade repartir com ela seu potencial. E está habilitado a extrair dela e de sua realidade elementos para a construção de um conhecimento continuado, estabelecendo um vínculo criativo e transformador das condições pessoais. Com essa conquista, estará estimulando a participação dessas pessoas em atividades grupais, em que a percepção dos determinantes sociais da situação de saúde se torna mais completa.

2. Empoderamento no nível grupal

Essa categoria analítica não apresenta, nos documentos analisados, uma nítida distinção em relação à terceira categoria. É um pressuposto que o empoderamento no nível comunitário exige o empoderamento no nível grupal. As ações do dia-a-dia no PSF, no entanto, tem priorizado a atividade grupal, não só como sinônimo de maior rendimento, de aumento de cobertura, mas também pelo seu poder intrínseco de promover maior coesão, de homogeneizar interesses e demandas. É um importante passo rumo à participação comunitária organizada na busca de soluções para os problemas apontados pelos grupos organizados por interesses ou demandas.

O documento ministerial aponta que “pra gente falar em saúde, tem que pensar na participação popular; no jeito que a gente trata as pessoas e

é tratado por elas; na valorização das culturas locais” (BRASIL 2000). Ao fazer referência à Declaração de Adelaide, chama a atenção para que “as mulheres sejam ouvidas, que se procure saber o que elas pensam sobre a sua saúde e como elas querem se envolver na promoção de sua saúde, de sua família e de sua comunidade”.

O ACS, segundo o documento, “ajuda as pessoas e os serviços de saúde, mobilizando a comunidade para a conquista de ambientes e condições favoráveis à saúde”, posicionando-se como “um agente de mudanças, quando procura aprender com as experiências das pessoas, com os profissionais da saúde, compartilhando o que foi aprendido com a própria comunidade”.

O ACS é, então, exortado a compreender que “cada pessoa de sua microárea precisa participar das discussões sobre a saúde e o meio ambiente em que vive, a fim de que possa tomar decisões sobre o que fazer, como preservar, como evitar, como reivindicar e muitas outras ações”. Assim o fazendo, ele estará “crescendo junto com as pessoas da sua comunidade no entender, no saber e no fazer, não somente na área da saúde, mas também no despertar do potencial humano e da consciência coletiva”.

Reconhecendo a importância do grupo, o documento ministerial tem uma seção especial pra estimular o ACS a promover trabalhos grupais. Ele vê as atividades em grupo como “momentos de troca, onde os interesses coletivos aparecem e os conhecimentos são discutidos, e também o processo de aprender e ensinar se torna mais rico”. Destaca, entre outros pontos, que a atividade em grupo serve para “estimular a participação das pessoas, os relatos de experiências”, bem como “sensibilizar as pessoas para que reflitam e questionem seus problemas, buscando apoio para poder resolvê-los”.

Entre os objetivos da capacitação dos ACS da Coordenadoria de Saúde da Lapa, abordando o tema do trabalho com outros profissionais, destaca-se “discutir o processo de trabalho focado no trabalho em equipe” (Anexo 6). A escolha do trabalho em equipe, por si só, reforça a idéia do empoderamento no nível grupal. O aprendizado dessa forma de trabalho no interior da equipe facilita a prática de atividades grupais na prática cotidiana do ACS em sua comunidade. Nos depoimentos colhidos ao final da capacitação surge a percepção de que “o agente nunca estará sozinho, pois com ele estará uma equipe”. Ou, então, a lembrança de que o ACS terá “como suporte uma equipe forte e estruturada de profissionais da saúde para melhor desenvolver o trabalho” (Anexo 6).

3. Empoderamento no nível comunitário

Essa é a categoria de empoderamento que predomina no documento ministerial. Nele o tema da comunidade é tão amplamente abordado, que praticamente desloca os demais para uma posição secundária. Quatro de seus capítulos referem-se a ele: “Saúde e Comunidade”, “O ACS – Incentivando a participação da comunidade”, “O ACS – Trabalhando e aprendendo com a comunidade” e “O ACS – Ajudando a fazer o diagnóstico da comunidade” (BRASIL 2000).

A SMS, ao implantar o PSF em São Paulo, explicitou, com clareza, a opção por considerar o coletivo como centro de sua atenção. Ao fazê-lo, no entanto, reconhece que se defrontará com uma séria dificuldade:

Atualmente, a formação dos profissionais de saúde tem como centro da atenção o indivíduo. Reverter isso é outro grande desafio, que requer a incorporação de novos instrumentos. Talvez o principal deles seja a epidemiologia, que permite o diagnóstico de saúde-doença de uma população, primeiro

passo para a definição de estratégias que provam uma melhoria do quadro de morbi-mortalidade. Com a utilização de dados epidemiológicos no planejamento e programação das ações e com o princípio da equidade, podemos priorizar as famílias ou grupos com maior risco de adoecer e morrer.(SMS 2001)

Neste ponto, vale relembrar o conceito de território-processo, pois é nele que se encontra o que se pode denominar de comunidade. O PSF se propõe a fazer um diagnóstico dessa comunidade, identificando as necessidades, os problemas coletivos, que não são exclusivos do setor saúde, mas são fundamentais para a saúde da comunidade. (SMS 2001)

Para que o ACS entenda sua ação como algo com resultados positivos para todos, aborda o conceito de intersetorialidade, como um trabalho em conjunto de saúde, educação, habitação, trabalho, cultura, construindo parcerias, somando recursos para atingir um objetivo comum. Utiliza também a definição de Promoção da Saúde da Carta de Ottawa para demonstrar essa categoria de empoderamento: “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”.

Ainda com base na Carta de Ottawa, destaca o princípio da **equidade**, meta das ações de promoção da saúde, que “procuram reduzir as diferenças nas condições de saúde da população e dar oportunidades e recursos iguais para que todas as pessoas possam cuidar de sua própria saúde”. Acrescenta também que compreende “a ação comunitária como um ponto central na promoção de políticas públicas saudáveis”.

Em seguida, o referido documento faz ampla citação da constituição do SUS e, dentro dela, do Controle Social do sistema, pelas Conferências de Saúde e pelos Conselhos de Saúde. Aponta para uma perspectiva de que,

pelo trabalho do PSF, as pessoas se agrupem, as comunidades ocupem os espaços paritariamente reservados a elas nos mecanismos de controle social. Porém não deixa de alertar que a

participação da comunidade não acontece somente no conselho de saúde ou na conferência de saúde. Ela acontece também no dia-a-dia de seu trabalho como agente de saúde em sua comunidade, fazendo com que mais e mais pessoas possam ter acesso a informações e orientações sobre como cuidar de sua saúde e as soluções possíveis.

Isso é reforçado ao abordar o papel transformador do ACS quando se aponta que

há situações que só poderão ser resolvidas coletivamente, através da participação das pessoas da comunidade na busca de soluções, dentro da própria comunidade ou procurando parcerias ou pressionando as autoridades e serviços públicos a fazer a sua parte.

Percebe-se, no final dessa citação, a tênue delimitação entre a terceira e a quarta categorias de empoderamento, separadas apenas por uma necessidade analítica, uma vez que é a comunidade organizada quem deve aliar-se a parceiros para advogar por melhores condições de vida.

Tentando dar maior operacionalidade ao tema, o documento refere que

há várias maneiras de o ACS contribuir para a organização da comunidade e de grupos em situação de risco”. Para tornar mais clara sua posição, dá como exemplo: “informando, convocando as pessoas para as reuniões, palestras,

encontros, campanhas, para dar oportunidade às pessoas de colocarem os seus problemas, refletirem e discutirem sobre elas.

Reconhecendo que a multiplicidade de problemas pode complicar o processo, o documento recomenda que o “ACS ajude as pessoas a definir os problemas mais urgentes, as prioridades”. O planejamento das ações deve ser também uma atividade compartilhada.

Para estimular a organização, o “ACS pode estimular as pessoas da comunidade a participarem do Conselho Municipal da Saúde, através de associações, instituições e conselhos locais de saúde”.

A capacitação dos ACS da Coordenadoria de Saúde da Lapa inclui três temas relativos a essa categoria: “Família e Comunidade”, “O trabalho na comunidade” e “As relações do ACS com a comunidade”. Um depoimento de um ACS revela o que ele captou da mensagem que lhe foi transmitida: “o agente de saúde é o vínculo da saúde com a comunidade, é o responsável pelas informações recebidas da comunidade em relação à maneira de vida que cada um leva. Através do agente se poderão ver as dificuldades da comunidade, que em geral afetam a saúde”. Outro metaforiza sua opinião: “o agente é o primeiro contato entre a comunidade e seu direito à saúde; é um tijolinho importante no alicerce de uma grande construção que é o PSF (Anexo 6)”.

4. Empoderamento no nível político

Ao se valer da Carta de Ottawa para propor uma reflexão sobre o trabalho do ACS, o documento ministerial destaca dois compromissos, sugerindo que o ACS neles se engaje:

lutar contra as desigualdades em saúde, produzidas pelas regras e práticas das sociedades; agir contra produção de produtos prejudiciais à saúde, contra a depredação dos recursos naturais, contra as condições ambientais e de vida não saudáveis e a má nutrição.

Esse espírito parece ter sido bem incorporado por uma ACS do Recife, cujo depoimento é utilizado como estímulo no referido documento:

(....) é obrigação dos ACS lutar e aglomerar forças em sua comunidade, estado e país, em defesa dos serviços públicos de saúde, pensar na recuperação e democratização desses serviços, entendendo que é o serviço público que atende à população pobre e é preciso torná-lo de boa qualidade.

Dado que nesta categoria de empoderamento o desenvolvimento de parcerias (“aliança de pessoas que decidem trabalhar ou realizar algo por um objetivo comum”) é imprescindível, este tema é bastante explorado no documento ministerial. Por exemplo, com apoio da Carta de Ottawa, lembra que a promoção da saúde “exige uma ação coordenada entre o setor saúde (governo) e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e ONG, autoridades locais, indústria e mídia”. Insiste uma vez mais reafirmando que “é preciso unir esforços, fazer parcerias e contar com medidas seguras e positivas dos governos federal, estadual e municipal, para que se obtenham bons resultados”.

Ao referir-se à ação de **acompanhar**, atribuição do ACS, o documento assim se manifesta:

Precisamos de uma comunidade educada, atuante e que tenha voz, a fim de que possa exercitar a autoconfiança e construir alianças com outras comunidades ou com pessoas que

possam ajudar a promover a saúde e ambientes favoráveis para viver.

Na capacitação promovida pela Coordenadoria de Saúde da Lapa, o tema que contempla em certa medida este empoderamento é “A mudança do Modelo de Atenção à saúde”, pois ele se reveste de forte componente político. Um depoimento de ACS aponta para isso: “O agente de saúde é aquela pessoa que vai mudar totalmente o atendimento do posto, no caso, melhorando muito” (Anexo 6).

Segundo TOMAZ (2002), o conjunto de atribuições do ACS se resume em um tripé: identificar sinais e situações de risco, orientar as famílias e comunidade e encaminhar/comunicar à equipe os casos e situações identificados. Esse conjunto, segundo ele, deve ter como pano de fundo as questões de cunho político e social, principalmente as ligadas à competência de promoção da saúde.

TOMAZ (2002) chama a atenção para duas tendências que se estão tornando muito evidentes em relação aos ACS, que ele denominou por dois neologismos: “super-heroização” e “romantização”. Para ele, “a consolidação do SUS depende de um conjunto de fatores técnicos, políticos e sociais e o envolvimento de diferentes atores, incluindo o próprio ACS, que, sem dúvida, tem um papel fundamental.”

Essa observação se aplica perfeitamente à manifestação desse ACS, que “vai mudar totalmente o atendimento do posto.”

II. O ACS e a holosfera do empoderamento

Uma primeira abordagem do material coletado no campo da pesquisa será feita com a utilização de categorias propostas por LABONTE (1994), ou seja, a holosfera do empoderamento.

1. O empoderamento no nível individual

O passo inicial é a verificação de momentos da prática do ACS em que ele está atuando como agente empoderador no nível individual, o nível do autocuidado. Nesse nível são catalogados três tipos de ações: as que levam as pessoas a assumirem o controle e o domínio sobre suas vidas, as que provocam mudanças individuais e as voltadas para o desenvolvimento de habilidades pessoais tais como a capacidade de desenvolver um pensamento crítico sobre as causas dos problemas, a capacidade de assumir o autocuidado e a autonomia.

OUELLET ET AL (2000) apontam que,

Nascido de trajetória de integração social do sujeito, o processo de empoderamento se revela ser intrinsecamente ligado às interações entre o sujeito e seu meio social, à criação de um liame social. Tendo poder sobre sua vida, pode então começar a sair da alienação imposta pela ausência de reconhecimento da parte do outro.

O mesmo se pode dizer para o autocuidado em relação à saúde. É necessário que o indivíduo se torne sujeito de sua própria vida, assumindo a responsabilidade sobre ela, interagindo com outros sujeitos em seu meio social para que vislumbre uma real transformação no sistema de atenção à saúde. A aquisição de crescentes graus de autonomia em relação ao

sistema deve ser um dos objetivos da prática do PSF, e, em igual medida, do ACS.

Nesse sentido, é necessário que o ACS tenha clareza sobre esse aspecto, pois é forte a tentação de atuar de modo a reforçar a dependência em detrimento da autonomia, tornando-se uma espécie de despachante do sistema, reforçando o modelo hegemônico, com seu caráter biomédico, extremamente individualista. O ACS, então, corre o risco de tornar-se um aliado das forças que se opõem aos processos emancipatórios.

Dado seu caráter ambivalente de servidor/morador, pode agir como facilitador da interação entre os sujeitos e seu meio social, como afirmam OUELLET ET AL (2000), auxiliando esses sujeitos a desenvolver um pensamento crítico sobre as causas dos problemas.

No perfil de competências profissionais do ACS, em relação a esse aspecto, encontra-se o seguinte registro:

Compete ao ACS, no exercício de sua prática, a capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho, realizando ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação popular em saúde a partir de uma concepção de saúde como promoção da qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia diante da própria saúde, interagindo em equipe de trabalho e como os indivíduos, grupos e coletividades sociais.

Ao analisar a proposta prática no interior do PSF, CHIESA (2005) se reporta a essa ampliação de concepção que avança do nível individual para os demais níveis.

Um avanço importante do PSF é a possibilidade de realizar ações de saúde, tanto curativas como preventivas, além dos muros da unidade básica de saúde, permitindo um maior envolvimento das equipes com a população atendida. Com isso, amplia-se também o abjeto de atuação da área da saúde, não se limitando mais somente à dimensão biológica, mas incluindo as dimensões sociais e humanas relacionadas à saúde.

O Agente Comunitário de Saúde tem sido um forte aliado da comunidade nesse sentido. A visita que faz às pessoas, em seu domicílio, aumenta o grau de confiança que os moradores têm em relação ao sistema de saúde, ou, pelo menos, reforça a sensação de estar sendo amparado por um representante desse mesmo sistema. A presença do Agente Comunitário de Saúde atua como um reforço da crença de que a situação em que se encontra vai-se alterar para melhor, e reforça também a noção de que o agente, e, por conseqüência, o sistema são seus aliados nessa caminhada. O Agente Comunitário de Saúde, por sua vez, também se apercebe de seu papel, aumentando sua auto-estima, o que faz com que alimente o processo de forma sinérgica com a energia provinda da comunidade. Os comentários feitos pelo ACS, em uma visita realizada a um paciente em tratamento de tuberculose, morador de um barraco precário no interior de um núcleo de favela revelam esse fato:

(....) através da gente que marcou consulta, que viemos aqui, que colhemos exame dele, que ele colheu escarro, eu levei. Detectou que ele tinha tb, né? Aí, ele começou a fazer o tratamento. Ele tava em condições que dava dó, nem levantava. E hoje, graças a Deus, ele iniciou o tratamento há dois, três, cinco meses... Então, assim, eu acho esse serviço super importante, porque esse tipo de pessoa necessita muito mais do serviço público e que tem um acesso muito pouco, a

informação é muito pouco, se isola aqui dentro, como você ta vendo, as condições de vida já é precária. Essa é uma das coisas pequenininhas, coisa que a gente faz de bom, que eu me sinto satisfeita. Nossa! Quando eu vim ver ele, que ele já começou iniciar o tratamento, que ele levantava, já tava se alimentando, aquilo foi pra mim muito gratificante.

A preocupação do morador em assumir sua cota de responsabilidade no processo também fica evidente:

(...) Aqui a gente tem os cuidados...a gente faz curativos dela duas vezes por dia, entendeu? Uma alimentação assim direitinho...quer dizer, ela ta sendo bem cuidada, né. Ela não tem febre, ela não tem, entendeu?

Essa fala de uma moradora que cuida de sua mãe com alto grau de restrição de autonomia revela o quanto pode estar ocorrendo uma mudança de comportamento em relação ao sistema de saúde. Seu papel complementar fica mais patente quando revela que está agindo para melhorar a qualidade de vida da paciente, não permitindo que ela se torne completamente inválida:

Com o andador ela anda, né, e eu falei pra ela 'tem que andar um pouquinho'. Fica um pouco deitada, depois do almoço, geralmente, ela descansa um pouco, e assim, né...nas horas da refeição ela senta na mesa pra comer, né...a gente ta cuidando dela direitinho e eu achei que essa pomada foi uma maravilha, porque até então que a gente não tinha essa pomada, eu lavava com sabão e passava Povidina, falei, eu não posso ficar pondo nada, melecando nem nada, então, né, quer dizer que agora...

A mesma consciência da restrição da autonomia também se manifesta, na fala de outra moradora, deixando implícita a relação que existe entre fatores externos ao sistema de saúde e o nível de saúde a que se está submetido. Diante do impasse, O ACS não vê saída e faz um comentário centrado em um verbo no futuro do pretérito, revelador de sua frustração momentânea. Observemos o diálogo:

ACS – É...na Mooca fica muito fora de mão pra senhora, né?

Porque na Mooca tem o...

Moradora – O CEMA?

ACS – É.

Moradora – Ah, o CEMA.

ACS – Ele atende pelo SUS, é bem rápido o atendimento.

Moradora – É, mas sabe, eu dependo muito dos outros, né, pra te falar a verdade, se era antigamente que eu pegava o ônibus e ia pra tudo quanto é canto, agora eu não pego o ônibus sozinha. Eu caí outro dia um tombo que até ta inflamado. Eu tropecei, eu caí. Eu tenho medo de pegar ônibus. Não é tanto pra subir, eu tenho medo de descer, que eles não param perto da guia, eles param no meio da rua e eu tenho que pular. E numa dessas de pular eu caí.

ACS – É. Porque no CEMA seria interessante...

Por outro lado, a presença do ACS no domicílio tem sido percebida como um diferencial importante do novo modelo, pois reveste-se de um caráter ímpar na consecução de um vínculo estreito entre a comunidade e o sistema de saúde. Ocorre como que uma reversão de expectativas: o sistema está preocupado com minha vida, tanto quanto ou até mais do que minha preocupação em procurar o sistema.

Note-se tal fato na fala de uma moradora que fez questão de reconhecer esse papel do ACS para o pesquisador:

Então, eu tenho aquele problema da depressão, né. O dia que ela veio aqui eu tava com uma depressão...Aí o meu marido atendeu, eu tava sozinha, não queria conversar com ninguém. Aí ele 'vem aqui, ela quer falar um pouquinho com você'. Ah, não... converse com você. Sabe por quê? A gente que tem depressão não tem nem assunto, né. Aí eu falei: 'entra, eu vou lá pra sala'. Aí você conversou, nós conversamos...sabe, aquele dia parece que melhorou, né. E foi assim...Foi o primeiro dia que ela veio né.

Para que o vínculo estabelecido não se restrinja a uma mera relação mediada pela afetividade, é importante que as equipes reflitam constantemente sobre esse aspecto, para que tal afetividade não se torne um aplacador das tensões sociais tão freqüentes nas unidades de saúde do modelo hegemônico. O risco de cooptação da sociedade local para "entender as dificuldades do sistema", sem reagir a elas de forma organizada, está sempre presente. Em resumo, o vínculo pode ter um caráter de emancipação, tanto quanto pode ter um caráter conservador. Para que esse caráter emancipatório seja reforçado, é fundamental que o ACS o coloque a serviço da transformação do modelo de atenção, o que pressupõe que os homens se tornem sujeitos.

Em relação às ações voltadas para o desenvolvimento da habilidade de desenvolver um pensamento crítico sobre a causa dos problemas, este trecho do diálogo travado entre um ACS e uma jovem cujo filho recém-nascido fora registrado sem o sobrenome do pai, por imposição da avó, é bem ilustrativo da forma de trabalho do ACS:

Moradora – Então, aí, quem que a gente procura lá no posto?

ACS – Eu... inclusive vou pedir mais informação pra trazer pra você, de uma forma mais correta, vou falar com a nossa

assistente social. Se ela...tudo o que ela me disser, ou se ela achar que você deve ir lá pra ela te informar pessoalmente, eu te trago a informação de uma coisa ou de outra. A assistente social é a pessoa mais indicada pra este trabalho, né, neste sentido, agora já trata-se de uma coisa mais jurídica, né...

Moradora – Porque eu não sei o que procurar.

ACS – Sobre uma ótica, a ótica da vida, eu acho que as pessoas têm direitos, é um direito que assiste a ele, já que o filho é dele, colocar o nome, o sobrenome dele, eu acredito que seja um direito. Eu concordo...

Moradora – É um gosto dele, como eu também quero.

ACS – Porque, quando ele crescer, ele vai questionar mais tarde ‘quem é o meu pai?’ O que aconteceu é um embaraço que não tem necessidade de acontecer.

Moradora – Bom. Minha mãe falou que ia pôr o nome dele quando ele melhorasse...

ACS – É a visão dela. Porque eu tenho uma visão, você tem outra, todas as pessoas têm uma visão. Às vezes a mãe acha que o jeito que...não aquele que pensou, mas a filha escolheu aquele, daí...

Moradora – A gente acabou falando aqui em casa, saímos cedo, no caso no dia do meu aniversário. Ele veio, foi lá, buscou a gente e veio...Aí eles acabaram conversando. Começaram em uma discussão e terminaram em uma conversa boa.

Nesse diálogo, pode-se perceber a situação da moradora, de uma quase ausência da perspectiva de se reconhecer como cidadão, de ter direito à informação, de participar da vida em sociedade revestida de algum poder de decisão sobre essa participação, de algum poder sobre sua própria vida, enfim.

Por outro lado, observa-se o papel do ACS lembrando-lhe que ela tem direitos, que ela precisa entender-se como uma cidadã. Ressalte-se, ainda, a explicação de que existe uma diversidade de opiniões e que um sujeito não deve impor ao outro a sua, reforçando, assim, o papel do diálogo e a busca de um consenso.

Indagada sobre qual seria a função do ACS, uma das participantes da pesquisa demonstra a compreensão que tem a respeito desse primeiro nível da holosfera do empoderamento:

A função é melhorar a vida do povo da área, com atendimento médico, atendimento de saúde, melhorar o conhecimento deles com as palestras que a gente dá no grupo. Então, é melhorar mesmo o conhecimento, como eles devem se cuidar; quantos hipertensos tinha e nem sabiam, diabéticos que tinha na área e nem sabiam que eram diabéticos, e com a nossa visita eles descobriram os problemas deles, com os nossos grupos. Então, eles descobriram as doenças que têm e que tá cuidando agora, né, que pode ser cuidado.

Essa fala sugere que, apesar da compreensão de que o autocuidado é importante, sua base se restringe em demasia ao aspecto biologizante que impregna o modelo hegemônico. Uma hipótese plausível para essa conduta é a influência que membros da equipe, de formação eminentemente técnica e centrada no biológico (como médicos e enfermeiros) possam estar tendo sobre o trabalho do ACS. Dada a tradicional hierarquia social entre os profissionais de saúde, isso pode estar ocorrendo e merece uma atenção especial dos que coordenam o processo de implementação do PSF. Não se pode reservar apenas ao ACS a tarefa de mudar o rumo dessa concepção; ao contrário, toda a equipe deve envolver-se, o que pressupõe que todos os seus componentes assumam a mesma postura.

Ainda no âmbito do primeiro nível da holosfera do empoderamento, a visão dos dirigentes confirma que o ACS desempenha esse papel, apesar de estabelecerem várias ressalvas. Reconhece-se, por exemplo, que essa proposta deveria estar na base da implantação do PSF no território, mas, por questões históricas locais, ela não se desenvolveu sem atropelos, segundo o relato de um dirigente:

Eles [os ACS] foram treinados pra isso. Na época que eu tava no posto, era assim, tudo muito começo. Então, a gente teve que batalhar muito pra que eles fossem respeitados e a própria equipe também, porque era uma coisa nova, a população não conhecia. Tinha um ambulatório e fazia tempo que não tinha os cuidados básicos. Então, eles tiveram que se impor muito, do ponto de vista de agente comunitário, aliás a gente teve que desbravar a região para que tivesse uma unidade de PSF. Eu acho que em todas as regiões isso aconteceu. E eles foram treinados pra isso e, pelo que eu saiba, eles fazem isso (...) mas também era limitada essa parte do autocuidado. A enfermeira ia, ela orientava, mas eles tavam começando a trabalhar nesse sentido.

Outro aspecto que surge da visão do dirigente, embora confirme o papel do ACS no interior desse primeiro nível da holosfera do empoderamento, aponta para a falha de todo o PSF em responsabilizar pela saúde coletiva e pela saúde do território, toda a equipe e a população atendida, ultrapassando o limite individual:

Eu acho que eles fazem um trabalho sobre o autocuidado, porém fazem pouco. Esse trabalho poderia ser melhor feito. Acho que poderia ser feito mais reuniões com a comunidade. Eu acho que o autocuidado está vinculado a uma coisa, assim, de doença, por exemplo, você tem uma determinada patologia,

essa patologia tem uma responsabilidade que é da unidade, que é do médico, que é da enfermeira, que é do auxiliar de enfermagem, mas tem uma responsabilidade que é sua, do indivíduo doente. Este autocuidado de uma doença é que eu acho que o agente comunitário conseguiu fazer o papel. A responsabilidade da saúde do indivíduo, seja em ser saudável ou não ser saudável, isso não foi feito. Essa coisa do autocuidado no sentido de que você é o responsável pela sua saúde e nós estamos ali para ajudá-lo, isso não foi feito. Não se criou esse princípio que eu acho que o PSF tem que criar no território, que nós somos responsáveis por esse território, pelas coisas que acontecem.

O papel apenas parcial do ACS na difusão do autocuidado como uma das formas para se atingir o novo paradigma de sistema de atenção fica bem patente no complemento da mesma fala do dirigente:

Então, assim, eu sou hipertenso. Olha, se você fumar, se você beber, se você não fizer uma atividade física, se você não tiver uma dieta adequada, a sua doença implica em maior custo. Esse papel o agente comunitário fez, de devolver o que é importante ele fazer para o controle da sua doença, pra evitar...agora, trabalhar no território como diminuir o índice de hipertensos, eu acho que esse trabalho não foi muito bem feito, né, o trabalho de prevenção e de promoção.

Essa fala reforça o que se apontou anteriormente sobre a restrição do trabalho do ACS a uma visão biologizante dos problemas de saúde, embora com uma aparência de maior abrangência, pela incorporação do aspecto ligado à mudança de comportamentos, visando a um estilo de vida mais saudável e adequado. Não se atingiu, portanto, o estágio de compreensão e

de atuação dentro do campo da Promoção da Saúde de caráter emancipatório.

Apesar dessa ressalva, cumpre lembrar que essa forma de entender a saúde, mesmo parcial em relação aos objetivos perseguidos pelo PSF, já se configura como um avanço diante das práticas do modelo hegemônico.

Houve, ainda, uma outra visão sobre este quesito, que considera que o ACS participou desse momento de empoderamento não pela proposta do PSF, mas por uma decisão pessoal, o que contribuiu para diminuir o rendimento. Eis a opinião de outro dirigente:

Eu acho que alguns agentes comunitários, até por entendimento pessoal, por ter entendimento de uma parte desse processo, do que tava acontecendo, alguns até conseguiram levar essa discussão. A grande maioria não. A grande maioria ainda responsabilizava e partilhava com a população do entendimento que a saúde é responsabilidade de alguém, não de si mesmo ou do desenvolvimento do autocuidado.

O mesmo dirigente coloca como tarefa prioritária para o PSF a expansão do trabalho em torno dessa primeira esfera do empoderamento:

Eu acho que primeiro começar a capacitar não só o agente, mas a equipe toda pra questão do desenvolvimento do autocuidado. Aprofundar essa discussão de como a gente pode transformar o discurso teórico da promoção da saúde em prática, no exercício nosso do cotidiano; que a gente tenha gestores que estejam capacitados pra poder dar, ter instrumentos melhores, melhores condições pra que esse

processo se desenvolva nos níveis locais de prevenção. Eu acho que a gente precisa de uma grande discussão. Acho que a parte mais difícil disso é transformar o teórico, aquilo que a gente já sabe, ou pelo menos grupos dentro da saúde já sabem, da questão da saúde. Basicamente, é isso. É colocar nesse pedaço do Sistema Único de Saúde em prática: como é que a gente efetua ou como é que a gente traz esse discurso teórico e transforma em prática, capacitando todo mundo pra ter o acúmulo do teórico e criar instrumentos de alteração pra prática e na prática.

Vários estudos realizados sobre o trabalho do ACS enfatizam que a atividade que ele realiza prioritariamente é a visita aos domicílios. Não encontramos nos trabalhos referidos a seguir menção de trabalho de natureza grupal; nem mesmo nas publicações ministeriais a respeito das atribuições do ACS ou em trabalhos que as comentam se encontram referências explícitas a essa tipo de atividade, havendo apenas referências genéricas como esta de MENDONÇA (2004):

No campo da saúde, o ACS enfrenta situações que exigem ação responsável, com iniciativa, discernimento e objetividade na percepção dos fatos que afetam a saúde da população, além de habilidade para interagir com outros atores e mobilizá-los para uma ação integrada.

Tal competência possibilita ao trabalhador conhecer a utilidade e os impactos das ações que realiza, compreender que os grupos sociais não são abstratos ou distantes, conhecendo suas necessidades e modos de viver, e, sobretudo, compreender a importância do processo de interação da equipe de trabalho com os indivíduos, grupos e coletividades com as quais atua.

Em Porto Alegre, segundo FERRAZ e AERTS (2005), a visita ao domicílio foi a atividade mais referida em estudo que envolveu 114 ACS. Segundo as autoras, “é por meio dela que o agente melhor conhece as necessidades das famílias e, principalmente, desenvolve o trabalho educativo, citado como a segunda atividade mais realizada”.

Para essas autoras,

A visita domiciliar é o instrumento ideal para a educação em saúde, pois a troca de informações se dá no contexto de vida do indivíduo e de sua família. As orientações não estão prontas, pois cada casa apresenta uma realidade e é baseada nessa realidade que acontece a troca de informações.

Estudo realizado por CONILL (2002) sobre o PSF de Florianópolis aponta que

O PSF, de fato, evolui de um programa isolado para uma estratégia de reorientação do modelo assistencial na rede pública, havendo concordância quanto à visibilidade de sua trajetória e efeitos positivos na integralidade. Acumulam-se evidências apontando para a viabilidade de práticas mais abrangentes, alternativas ao modelo biomédico tradicional.

(...)

A percepção é de que o PSF gerou avanços na prevenção, na consciência sanitária e na realização de visitas domiciliares. O agente é citado como um grande fator de mudança nesse sentido.

NUNES ET AL (2002), analisando o processo de construção de identidade dos ACS em PSF desenvolvidos em cinco municípios do Estado da Bahia, apontam que

As expectativas depositadas em torno da participação dos ACS inscrevem-se em verdadeiro “fogo cruzado”, onde demandas às vezes paradoxais se superpõem. Assim, enquanto a comunidade o inscreve em uma demanda do tipo predominantemente pessoal, a equipe de saúde espera do mesmo uma prática mais técnica e pedagógica. Os ACS, por sua vez, somam a expectativa de uma competência técnica a valores e conhecimentos que estão arraigados à sua cultura, e que entram em choque com aquela primeira, os quais algumas vezes nem eles próprios se setem capazes de modificar em si mesmos.

2. O empoderamento no nível grupal

O segundo momento da holosfera do empoderamento se dá no pequeno grupo, o verdadeiro **locus** da transformação, segundo LABONTE (1994). É no pequeno grupo que se forjam identidades e se criam propósitos, proporcionando aos participantes as características essenciais para o empoderamento: controle, capacidade, coerência, pensamento conectado e crítico, conscientização, enfim. O PSF, ao organizar-se em equipes de trabalho responsáveis por um determinado contingente de famílias adscritas a uma pequena área geográfica, favorecem o desenvolvimento de pequenos grupos a partir de demandas imediatas dessa população, contribuindo para seu empoderamento.

No rol de ações que compõem essa esfera, destacam-se:

1. ações que mobilizam as pessoas para a formação de grupos;
2. ações que incrementam o empoderamento do grupo;

3. ações que estimulam a participação e o diálogo na identificação dos problemas e no processo necessário para solucioná-los;
4. a constatação do respeito aos pontos de vista dos outros, entendendo-os no contexto da vida desses outros;
5. a procura pela identificação entre o conhecimento e o discurso entre ambas as partes;
6. ações voltadas para o desenvolvimento de habilidades grupais.

Não há dúvida de que a implementação da atividade grupal com as características acima citadas tem um papel transformador do sistema de atenção, que tem priorizado ações de cunho individual, quase sempre de forte caráter curativo. A difusão desta modalidade de prática tenderia a criar, na população, a compreensão de que parte de seus problemas de saúde pode ser resolvida no âmbito do próprio grupo, pela possibilidade de reflexão conjunta a respeito da causalidade dos problemas, troca de conhecimentos, pelo reforço advindo de experiências pessoais compartilhadas na atividade grupal.

Apesar dessa característica ímpar da atividade grupal, observa-se que ela está revestida de certo grau de polêmica, bem como está envolta em contradições que merecem uma reflexão. Tomemos, por exemplo, a manifestação de um dirigente:

Na verdade, ele (o ACS) tem um papel teórico e depois a prática dele não é muito certa, não é bem de acordo com aquela teoria. Eu acho que assim, o agente comunitário deveria fazer mais do que ele ta fazendo. Ele teria que participar mais junto à comunidade com trabalhos educativos, com postura de enfrentamento de situações; não assim... na verdade, eu acho que eles deveriam ter uma participação mais ativa dentro da comunidade, seja com trabalhos educativos, seja com posturas mais diretas quanto à população. Não no

sentido que ele fizesse, que ele tivesse no lugar da enfermeira ou do auxiliar. Tem várias coisas que o agente comunitário poderia estar tomando a frente, por exemplo, grupos educativos, até sob supervisão da enfermagem, onde ele estaria passando o que ele conhece e discutindo isso e aprendendo com a população de uma maneira mais dinâmica. Eles têm muito conhecimento, eles sabem muito, eles estão ávidos por aprender, quase todos os treinamentos que eles queriam fazer era uma briga quando tinha limitação. Então, eles têm um potencial que precisa ser melhor explorado dentro do PSF, até por conta de prevenção mesmo. Essa prevenção, acho que, basicamente, eles teriam que estar mais à frente. Não só marcar consulta ou ser esse leva-e-traz da consulta, dos exames, mas ter uma postura mais de enfrentamento junto à população do ponto de vista educativo mesmo.

Como foi visto anteriormente, espera-se que o ACS interaja com os grupos sociais de sua comunidade, na busca de soluções coletivas para os problemas identificados conjuntamente. Ocorre que um trabalho mais sistematizado com grupos de pessoas requer que se habilite para tal. Não fez parte da capacitação inicial do ACS o desenvolvimento dessa habilidade.

As equipes de PSF, por sua vez, incluíram como parte de suas atribuições a realização de atividades grupais. Observa-se que tal tarefa ficou quase exclusivamente a cargo do enfermeiro, o que pode ter condicionado a proposição de grupos muito mais centrados em agravos à saúde (por exemplo, diabetes e hipertensão) e impregnados fortemente pelo componente biológico, muito mais condizente com o modelo hegemônico de atenção à saúde. Esses grupos passam, então, a ser compreendidos apenas em sua dimensão racionalizadora no interior do sistema de atenção, principalmente na possibilidade concreta de substituição de um certo número

de consultas médicas que estariam sendo demandadas por aqueles pacientes.

O ACS não consegue libertar-se dessa maneira, desperdiçando um grande potencial que tem sua atividade, que poderia ser de grande utilidade na realização de grupos educativos de caráter emancipatório. Mesmo que o grupo se organizasse em torno de um agravo à saúde, o caráter menos normatizador e prescritivo, com a construção conjunta de um novo conhecimento, resultante da mescla entre saberes (saber técnico e saber popular), certamente teria esse cunho emancipatório.

A seguinte fala de um dirigente sugere esse atrelamento a posições menos mobilizadoras de processos emancipatórios:

Existiram grupos...esses grupos, eles têm um caráter muito mais de grupos de doenças, portadores de doenças. Esses grupos aconteciam com razoável frequência: semanal, quinzenal. Eram divididos por microáreas e as equipes determinavam. Nunca houve muitos problemas na construção desses grupos de pessoas que apresentavam patologias. Tinha grupos de hipertensos, grupo de diabéticos, grupo de pessoas com problema de coluna, mas poucos grupos específicos de qualidade de vida.

Essa característica transformadora que a atividade grupal poderia ter, inculcando nos participantes um novo conceito do processo saúde/doença, estimulando as práticas de promoção da saúde, acabou não se tornando uma realidade, apesar do efeito-demonstração ter ocorrido na mesma unidade.

Houve, num período muito curto, uma equipe que tinha um profissional que tinha essa cabeça de desenvolver qualidade

de vida no território. Ele conseguiu fazer grupos de qualidade de vida e ele tinha uma experiência muito grande nisso, então, pra ele era muito fácil fazer isso e eu consigo até identificar que não é muito tranquilo e não é muito fácil para pessoas inexperientes no PSF falarem sobre qualidade de vida, fazerem grupos de qualidade de vida com pouca bagagem.

Observa-se, claramente, o reconhecimento do potencial de empoderamento de que se reveste a prática do ACS, apesar de não se contemplar sua explosão. Estaria faltando ao PSF o que dele se espera para produzir, em toda sua plenitude, seu papel de estratégia de transformador do modelo hegemônico de atenção à saúde, com vistas ao novo paradigma. Nesse ponto, o mesmo dirigente aponta o possível motivo para este retraimento.

Depende muito da política, né. No começo, quando a gente tava lá, era proibido o agente comunitário participar do grupo e ele tomar conta de grupo. Então, teve treinamento para eles até aprenderem algumas dinâmicas, mas eles não poderiam estar fazendo isso. E eles disseram que não, que eles não tinham capacitação pra isso, mesmo com supervisão, eles não deveriam estar fazendo. E daí, a gente assistiu alguns vídeos do Ministério e a gente viu o agente comunitário fazendo grupo de planejamento familiar, fazendo grupos de... discutindo sexualidade, não só repassando algum conhecimento, mas discutindo, chegando junto e, atrás disso tinha uma supervisão. (...) Ele poderia participar, poderia estar fazendo teatro de apresentação de dengue, alguma coisa assim, mas ele não poderia estar formando um grupo junto à sua comunidade pra estar discutindo alguns assuntos, mesmo que ele tivesse uma enfermeira por trás. Isso aí era competência da enfermagem. Então, eles não tinham essa competência.

Embora objeto dessa pequena polêmica, o papel relevante da atividade grupal na perseguição do objetivo de mudança do modelo de atenção é inquestionável. O que se questiona, no entanto, é o grau de participação do ACS nessa modalidade de atividade no interior do PSF. Para um dos dirigentes, essa participação é muito restrita:

Na verdade, eles desempenham assim, os grupos que tinha na unidade, por exemplo, grupo de planejamento familiar, grupo de gestantes, NE, eles participavam fazendo o convite pra população, NE; o grupo de caminhada, lá no posto tinha um grupo de caminhada que eles mesmos faziam com a população. A enfermeira dava o primeiro passo e depois eles continuavam sozinhos. Na época tinha uma fisioterapeuta que também fez o primeiro caminhar com eles, na verdade, eles não faziam, eles tavam junto e eles participavam muito pouco. Deixavam mais a apresentação e a discussão da população, das pessoas que tavam lá e das pessoas que tavam gerenciando isso. Agora, no momento, eu sei que tem alguns grupos que eles estão fazendo. Agora, mas são grupos assim, grupos de meditação, grupos de caminhada, mas grupos educativos eu não sei se eles estão fazendo.

Nessa fala transparece a questão das relações de poder no interior da própria equipe do PSF. Se se deseja que o PSF se torne um processo emancipatório, a tarefa deve começar no interior da própria equipe. Os que tradicionalmente detêm o conhecimento técnico não podem valer-se disso para oprimir os demais. Uma prática emancipatória exige que médicos e enfermeiros respeitem e considerem o conhecimento do ACS e, a partir desse ponto, marchem juntos rumo à construção de um novo conhecimento,

sem pretensões de poder, como sugere Habermas, em sua teoria da ação comunicativa.

A constatação de que há uma certa impotência dos componentes das equipes do PSF em implantar programas e desenvolver ações de cunho transformador fica patente nesta fala de um dirigente:

(....) trabalhar como tema que venha da própria comunidade, pegar o tema e você introduzir 'qualidade de vida' nesse tema, seja, por exemplo, qualquer um. Naquele dia, as pessoas estão falando sobre alimentação, então, você emenda alimentação naquele dia, introduzindo o tema 'qualidade de vida'. Houve muito pouco investimento das equipes nesse tema 'qualidade de vida'. E eu vou até tentar justificar: nós somos muito mais preparados para atender doenças, então é muito mais fácil a gente sentar e fazer grupos de doente, que a gente sabe fazer melhor, do que trabalhar 'qualidade de vida e empoderamento'.

O caráter inovador é reconhecido, embora não se tenha dado prioridade a isso, ficando-se mais atrelado à prática que já se tornara comum nas unidades ditas tradicionais, isto é, unidades sem PSF. Destaca-se também a pouca ênfase que grupos com caráter inovador tiveram no interior do PSF, o que pressupõe o risco de ele perder ser caráter de estratégia de transformação. Apesar disso, a atividade do ACS é ressaltada e rotulada positivamente, na fala de um dirigente.

Com alguns grupos de moradores eles conseguiram. Eles conseguiram fazer trabalhos assim, no meu entender, mais tradicionais, que até em algumas unidades já existiram, que eram grupos de caminhada, grupo de ginástica, esse tipo de grupo. Em algumas unidades até grupo de...estar junto com a população para dançar, pra levar pra dançar tem em alguns

lugares, passeios, alguns tipos de atividades, mas de forma esporádica. Na nossa área tinha os grupos já tradicionais: grupos de caminhada, grupo de conversa, e nós tivemos essas mesmas atividades em unidades que não tinham a presença do agente comunitário.

Apesar de reconhecer o caráter limitado de intervenção, o aspecto positivo de sua realização é ressaltado, embora não seja possível visualizar nela o salto de qualidade representado pela compreensão do conceito de risco e de sua determinação social, que deveria estar subjacente à prática, no caso de formação de grupos por patologias ou por possíveis agravos decorrentes de fatores ambientais. Assim se manifestou a respeito um dirigente:

Eu acho que eles faziam a contento, de uma maneira mais... entendendo que eles estavam dentro da saúde como participantes desse processo há menos tempo do que a maioria de nós, que já tínhamos uma certa tradição nesse tipo de trabalho. Eu acredito que a contento sim. Problemas sempre existiram, mas eu acredito que a contento sim. Minha avaliação da participação deles nesse processo é positiva. (...) Com esse jeito de tratar a questão como fator de risco eu acho que não, exceto alguns agentes comunitários do Jaguará que acabaram se incluindo num grupo da população e, até de uma determinada maneira, sendo líderes desse grupo da questão das enchentes como fator de risco para a saúde dessa população. Eu acho que a maioria acabava fazendo esses grupos entendendo que era um índice alto que existia na área de abrangência da unidade, mas ainda sem ligar com essa discussão de fator de risco. Eu não consigo ver essa ligação nessa discussão não.

Ainda sobre essa questão polêmica a respeito do papel do ACS no desenvolvimento da atividade grupal, o próprio ACS tem clareza de sua evolução:

No começo nós tivemos dificuldade pra trabalhar em grupo. Aí foi que resolveram fazer um preparo melhor. No começo foi difícil sim. No começo deu um pouquinho de confusão, porque a gente não tava preparada pra começar a fazer grupo. Agora, hoje, eu digo que já estamos. Já fizemos bastante aula aí e melhorou bastante. Já conseguimos fazer um grupo com bastante facilidade. (...) Elas vieram e deram aula quase um ano todo, prepararam sobre doenças, sobre sexualidade, né. Tivemos muitas aulas. Foi muito bom. Hoje, eu acho que tô preparada.

Essa fala confirma o que se afirmou anteriormente, revelando o despreparo inicial do ACS para as atividades grupais. Embora ele faça o reconhecimento de que, posteriormente, houve uma capacitação, sua fala ainda demarca um campo muito restrito ao biológico (doença, sexualidade) e enfatiza uma metodologia extremamente centrada naquilo que Paulo Freire denominou de “educação bancária”, o professor justifica sua existência pela ignorância dos alunos.

Para FREIRE (1979),

Dissolver a contradição professor-alunos, mudar o papel daquele que deposita, prescreve, domestica, coloca-se como estudante entre os estudantes equivale a minar a potência de opressão e servir à causa da libertação.

A consciência sobre seu próprio potencial para a realização da atividade grupal, em consequência a consciência de seu potencial empoderador, transparece na seqüência de sua fala, ao posicionar-se claramente quanto à necessidade de treinamento para desenvolver habilidades:

No começo foi difícil, viu, fazer esse grupo. Eles queriam que a gente fosse fazer, mas sem nenhum treinamento. Eu mesma combati no início. Eu falei: nós não tamo preparado pra isso, pra fazer palestra com o povo. Eu ainda tenho um pouquinho mais de conhecimento, porque eu trabalhei por vinte anos, vinte e tantos anos, mas as meninas não tão preparada. O que elas vão falar lá? Porque não vão saber o que falar. Tem que ter um preparo pra depois poder ir fazer uma palestra em grupo. A gente tem que saber o que fala. Aí foi que foi feito esse treinamento, muito bom, por sinal.

Na percepção do ACS, ele deveria ser capacitado para “fazer palestra”, sugerindo, salvo engano, que ele precisaria dominar um certo conjunto de conhecimentos para transmiti-los, talvez de forma professoral (na acepção de educação bancária) aos moradores. Não estaria, então, buscando a construção de um novo conhecimento, de forma coletiva e sem “pretensões de poder”, conforme sugere Habermas.

Isso pode estar representando uma necessidade de emulação dos profissionais que, tradicionalmente, estão no topo da hierarquia dos serviços de saúde, como médicos e enfermeiros. Resta a sensação de que a palestra, agora com base em conhecimentos de natureza mais técnica, com caráter normatizador e prescritivo, substitui plenamente o emprego do diálogo como uma ferramenta de trabalho.

Por último, a afirmação do caráter positivo da atividade grupal é feita pelo próprio ACS, confirmando, no entanto, a visão que se evidenciou do baixo teor de poder transformador de que ele se reveste:

Na minha opinião, esses grupos é muito bom, porque a gente mede a pressão, faz o dextro pra diabetes, pesa essas pessoas, mede pra ver quanto ta engordando, se ta engordando demais. É um controle pro pessoal da área e ajuda muito as pessoas idosas, a maioria são idosos. E a palestra também, pra que eles cuidem da alimentação, exercício que eles precisam fazer, é falado tudo isso no grupo. E outras coisas que eles perguntam sobre doença. Então, eu acho que esse grupo é muito bom. (...) O objetivo nós temos conseguido. Eu acho que ta bem demais. Eles têm gostado muito. Porque eles perguntam. Às vezes, quando não tem grupo, eles ficam perguntando por que não teve, quanto vai ter.

Como parte da observação sistemática do trabalho do ACS, procurou-se apreender qual a sua participação na realização de grupos de moradores com vistas a avaliar seu potencial de empoderamento nesse tipo de evento.

Foram observados dois grupos constituídos por moradores portadores de diabetes e / ou hipertensão, ambos realizados fora da UBS, sendo um deles em uma igreja católica e outro em uma igreja evangélica. A observação teve caráter não participante.

Em ambas as ocasiões estavam presentes a enfermeira da equipe, um auxiliar de enfermagem e os ACS. O comando das atividades foi da enfermeira e a tônica foi a realização de palestra sobre tema ligado à saúde, por um técnico não pertencente à UBS, na condição de convidado. Esse profissional manteve uma boa interação com os participantes, propondo que eles emitissem opiniões sobre as questões abordadas.

Como atividade rotineira, antes da palestra, os participantes foram pesados e sua pressão arterial foi aferida.

A participação dos ACS foi mínima, restringindo-se a meros auxiliares do evento, recebendo e acomodando os participantes, aferindo seu peso e fazendo anotações de sua pressão arterial. Não foram chamados a intervir na transmissão do conteúdo e praticamente se eximiram de fazer comentários ao longo dos trabalhos.

Apesar da iniciativa do palestrante em propor que os participantes se manifestassem, ficou patente a opção por uma metodologia não participativa, que buscasse a construção de um conhecimento coletivo. O caráter prescritivo da atividade foi reforçado pela aferição de parâmetros de natureza biológica, sem se propor nenhuma reflexão sobre eles.

Em relação ao ACS, seu papel de mero coadjuvante deixa evidente sua subordinação ao poder da enfermeira, numa relação de caráter nada emancipatório, sugestiva de que as pretensões de poder estão se sobrepondo às pretensões de validade.

Ao contrário do que afirma LABONTE (1994), a atividade grupal que foi observada não constitui, absolutamente, a forma ideal de se implementar ações de Promoção da Saúde, nem se configura como um passo importante no processo de transformação do modelo de atenção. Resta, então, considerá-la como um mecanismo de racionalização, com grande probabilidade de estar reduzindo a demanda por consultas médicas.

De tudo que se apresentou a respeito desse nível de empoderamento, pode-se concluir que a atividade grupal está a merecer uma atenção especial por parte dos que estão envolvidos no PSF, qualquer que seja o nível de sua atuação. Segundo LABONTE (1994), em seu esquema de

holosfera do empoderamento, esse é o nível de maior potencial para a implementação da Promoção. O que se observa, no entanto, é que não ocorreu essa compreensão no caso estudado nesta pesquisa, nem tampouco na literatura disponível sobre o PSF.

3. Empoderamento no nível comunitário

A terceira esfera – organização comunitária – diz respeito à organização das pessoas em torno dos problemas ou temas mais amplos do que as preocupações imediatas dos membros do grupo. Para a Secretaria Municipal de Saúde, “a estratégia Saúde da Família impulsiona a participação comunitária, que se traduz no envolvimento no processo de planejamento, execução e avaliação das ações. Além disso, viabiliza o estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços de saúde e a população”. (SMS 2001)

No modelo proposto por LABONTE (1994), enquadram-se nessa esfera as seguintes ações: ações de estímulo à organização; participação com caráter de apoio nas tarefas que aparentemente não dizem respeito à saúde; prestação de serviço como apoio à comunidade e não como controle; assunção de que a prestação de serviço não é o limite da agência; ações que proporcionam qualidade de vida e justiça social; participação nas mudanças do cenário social.

NOGUEIRA (2002), analisando o vínculo entre o ACS e sua comunidade, observa que

Se analisarmos objetivamente a proposta universalmente aceita de que o ACS é um elo de ligação entre o Estado e a comunidade, resulta evidente que, de um ponto de vista filosófico e administrativo, ele não deveria ser considerado

como membro da equipe do PSF – primeiro porque não é um profissional, segundo, porque deveria manter um vínculo permanente de pertinência com a comunidade e suas organizações. Mas esta proposta está longe de receber uma expressão organizacional e política adequada de tal modo que o ACS se mistura e se confunde, na prática, com tudo o que é feito pelo PSF, pelo SUS e pelo Estado, de um modo geral. Assim, as ambigüidades e a polêmica que cercam a figura do ACS continuam e, provavelmente, ainda vão continuar por muito tempo. Com um preço que, infelizmente, é pago pelo próprio ACS.

O ACS tem sabido construir e manter ativo o vínculo entre o serviço de saúde e sua comunidade, mesmo quando esse vínculo ainda permanece ancorado sobre uma visão tradicional do modelo hegemônico, com o centro na figura do médico. Tem-se a sensação de que a manutenção do vínculo é entendida como pré-requisito para uma ulterior abordagem transformadora. Apesar disso, nota-se que o PSF está conseguindo alterar a forma pouco produtiva de inserção da unidade de saúde na comunidade, bem como se pode observar o empenho do ACS em valorizar o trabalho em equipe, numa tentativa válida de desmistificação do papel do médico. As falas que se seguem vêm ao encontro essa afirmação:

Moradora – O posto melhorou bastante, né. Agora você vê as pessoas, elas tratam a gente bem, né, com carinho. Antes, não, elas nem olhavam... nossa! Melhorou bastante. Limpinho...

ACS – É bom, porque hoje em dia...como fala...o médico fala... a gente vem fazer visita, conhece, né...

Moradora – Você acredita, a N..., você conhece, né...aquela outra, a E... nossa! Ela vem, me beija...quando que tinha isso antes?....não tinha...

(....)

Moradora – Eu acho que tá bem mais organizado... e ainda tem pessoas que querem mais... É difícil agradar todos. Que nem eu sempre falo, eu nunca vi isso, agente de saúde vir na casa da gente, marca consulta, vem trazer, nunca, né, olha que bacana!

ACS – E a gente acaba se afeiçoando, a gente se afeiçoa.

Moradora – É mesmo... Começa a ter uma amizade diferente”

Eis outro exemplo:

ACS – É assim ó... A [nome] é enfermeira padrão, vocês sabem disso. Então, eu queria saber se você aceita passar com ela, porquê...você vai querer...é uma avaliação, não é? (...) A enfermeira é boa, tão boa quanto a doutora. Se ela tiver alguma dúvida, alguma coisa, com certeza ela passa pra Dra. [nome] e pro Dr. [nome].

O vínculo, como um pré-requisito para a consecução dos demais objetivos do PSF, muitas vezes se reveste de um caráter afetivo, deixando entrever uma abertura ampla para que se concretizem as demais ações. É o que pode depreender da seguinte situação:

ACS – Então, eu tava muito preocupada, não via a hora de falar com você, ver você, olhar... o seu rosto já me deu a fotografia da alma, que já está melhor, então acho que aos poucos está fazendo efeito.

Moradora – É ... foi muito bom.

ACS – O trabalho nosso, o trabalho dessa vizinha que também está muito empenhada em ajudar, né... É aquela mesma que levou você?

A postura do ACS em disponibilizar seu tempo para o bom atendimento da comunidade confirma a consistência de seu vínculo:

Eu atendo o pessoal aqui e como é uma área muito pequena, eles podem me procurar em casa. Eu não ligo que vá não. Eu falo pra eles: “olha, vocês que trabalham, que não tão em casa durante o dia, precisa de mim, pode me ligar à noite, pode me procurar na minha casa à noite. Eu não ligo não.” Então, a gente tem um bom entrosamento lá, né. Eu nunca acho ruim de eles me ligarem ou me procurarem em casa. Se eles tão precisando, eu quero que me procure, porque de dia eu passo, mas a casa tá fechada. O que que eu vou fazer?

Esse vínculo entre o serviço de saúde e a comunidade é entendido também como uma mudança de postura dos profissionais de saúde, em especial do médico, visto pela população, em certos casos, como prepotente e pouco propenso a criar vínculos. É o que pode observar no seguinte diálogo:

ACS – E até uma das intenções do PSF é essa...ser o médico da família...conhece, conversa...

Moradora – Claro, eu acho que as pessoas têm que se olhar, olho no olho, não é cabeça baixa, você vem aqui, eu tô de cabeça baixa e não te olho, né...

ACS – É desagradável...

Moradora – A gente, que não é médico nem nada, não faz isso com um amigo, colega, não faz isso, e ele, não sei por quê... achei bem estranho, sabe, acho que é vontade de ir embora,

não sei, mas a gente só vai perguntar o que sente, o que está sentindo, né...Agora, tem uns que dão toda atenção, né, aí você fala tudo que você tem pra falar e acho muito melhor.

ACS – A gente acaba virando todos como se fosse uma família, né. Interessados...

Moradora – Por fim, é isso mesmo, né...

A impressão de um dirigente sobre a força do vínculo estabelecido não deixa dúvida de que esse é um dos pontos fortes do PSF.

(....) a forma como os agentes comunitários foram recebidos nesses domicílios por essas famílias, a forma carinhosa de tratamento, o respeito pelo trabalho do agente comunitário, o vínculo estabelecido com esse agente e até, também, cheguei a ir com outros membros da equipe, de estar a enfermeira junto, auxiliar de enfermagem. Também vi visita de médico acontecendo junto comigo e é impressionante a forma como a equipe foi recebida, pelo menos nessas famílias que eu vi.

O papel empoderador do ACS junto à comunidade é ressaltado, na observação de um dirigente, em um situação específica de sua área de atuação, a epidemia de dengue. Tem-se como certo que o controle da dengue só é possível com a conscientização da comunidade e sua intensa participação no processo, pois se trata de dar combate sem tréguas ao vetor da doença, o mosquito. Dado que os criadouros de mosquitos são intra-domiciliares, somente a ação vigilante e constante do próprio morador pode levar o programa de controle ao sucesso. Assim, surge como uma situação ideal para o ACS dar vazão a seu potencial empoderador. Eis como tal fato foi relatado:

A gente participou muito, na época em que eu estava, a gente teve uma epidemia de dengue e nós tivemos um número muito

grande de casos. Acho que foi o segundo distrito em casos de dengue. Então, a gente trabalhou muito as equipes, principalmente os agentes comunitários. Eles fizeram esse trabalho educativo de casa em casa junto com a equipe de zoonoses. Nós tivemos reuniões nas escolas, eles fizeram. Nós fizemos uma vigilância nas escolas, nas creches, todas as escolas e creches, né. (...) Eles acabaram indo, participando, não só orientando e entregando folheto, mas eles orientavam, faziam uma vistoria junto pra dizer: 'olha, aqui pode juntar água e tudo mais'. Então, eles fizeram um trabalho, nessa época, muito participante, do ponto de vista educativo.

Embora essa atividade se revista de um forte componente ligado ao nível individual de empoderamento, seu diferencial foi o caráter que se deu a ela de mobilização da comunidade para disseminação do trabalho educativo.

Para que esse trabalho obtivesse êxito, deram continuidade ao processo interagindo com outras formas de organização da comunidade, garantindo a multiplicação do esforço de vigilância. Como grande parte do trabalho educativo era realizado junto às escolas, tornou-se natural a participação do Conselho de Escola. Isso foi assim relatado por um dirigente:

Tem mães que participam dos conselhos de escola e, então, eles estão trabalhando essa parte da educação, de técnicas educativas, né. E mesmo em escolas particulares, na época, nós tivemos agentes comunitários, eles foram solicitados pelo SESI, eles foram nas classes do SESI mostrar o inseto, mostrar pra criançada o inseto. Então, eles fizeram um bom trabalho do ponto de vista educativo. Eles iam, ficava o suporte da equipe atrás, mas eles fizeram muito esse porta-a-porta, não só nas casas, nos domicílios, mas também nos

equipamentos sociais que tinha e que permitiam que a gente fizesse isso.

Uma outra leitura do mesmo episódio relacionado à dengue foi feita por outro dirigente, corroborando a opinião precedente de que o ACS tem um desempenho muito bom e que se pode considerar como um diferencial:

Eu acredito que os agentes comunitários, principalmente da região do Parque da Lapa, da Vila Leopoldina, porque foi feita uma busca ativa e aí a gente aumentou bastante a notificação, nessa região, da dengue. E aí, teve uma mobilização bastante grande dos agentes comunitários direto com a população dessa área, no sentido de combater os criadouros do mosquito. Até porque tinha uma determinada região que era chamada ‘Caixaria’ aonde era muito grande o número de casos. Então, eles atuavam diretamente com essa população, e aí, atuando mesmo, intervindo nesse micro-território dessa região e trabalhando de uma maneira um pouco menos densa nas outras áreas de abrangência da unidade.

Embora se reconheça que a participação do ACS nessa esfera tenha ficado abaixo do esperado, ela é mencionada como positiva e, pode-se afirmar, como um aspecto de mudança incipiente mas relevante em relação ao modelo hegemônico, como aponta um dirigente:

Eu acho que a questão da “Caixaria” e a questão dos córregos e das enchentes lá na região da Vila Piauí e Jaguará, eu acho que são exemplos típicos da ação ou da possibilidade de ação

dos agentes comunitários de saúde, proporcionando e propiciando a intervenção no território e junto com a população.

Essa opinião é reforçada pela observação feita por outro dirigente, apesar de reconhecer que tal atividade não mereceu a atenção devida diante desse potencial no trabalho do ACS:

Eu acho que houve crescimento em relação aos problemas das enchentes no bairro. Houve um trabalho em parceria com a zoonoses sobre o controle de dengue no território. O Jaguará é risco pra dengue, muito próximo à estrada, ele tem córrego, enfim, eu penso que eles fizeram um bom trabalho, mas um trabalho que poderia ser feito ainda melhor. Poderia haver um estímulo ao agente comunitário pra ficar mais ainda no território, poderia fazer um estímulo às pessoas que não se identificam como doentes para participar desse processo de construção da saúde no bairro.

No perfil de competências profissionais do ACS (BRASIL 2003), assim é definida a competência 3, relacionada a esse nível de empoderamento:

Desenvolver ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, do estímulo à participação social e do trabalho intersetorial, visando a melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas públicas de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor saúde.

Entre as habilidades listadas para essa competência, encontra-se a seguinte:

Utilizar meios que propiciem a mobilização e o envolvimento da população no processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde.

Entre os conhecimentos propostos para a aquisição das habilidades dessa competência estão:

Cidadania

Participação e mobilização social: conceitualização, fatores que facilitam e/ou dificultam ação coletiva de base popular

Conceitos operados na sociedade civil contemporânea: organizações governamentais e não-governamentais, movimentos sociais de luta e defesa da cidadania e das minorias, bem como pelo direito às diversidades humanas

Lideranças: conceitualização, tipos e processos de constituição de líderes populares.

Embora se reconheça que o ACS participou de alguns eventos que decorreram da mobilização comunitária, como um aliado, não houve referência de qualquer proposta de mobilização que partisse da UBS ou da equipe do PSF, ou mesmo do próprio ACS, a partir das demandas da própria comunidade ou sobre algo que ele ou a equipe pudesse eleger como merecedor dessa mobilização. Não há nem mesmo uma menção às formas convencionais de controle social do SUS, como por exemplo o Conselho Gestor da UBS.

Para que as ações propostas por LABONTE (1994) quanto a esse nível de empoderamento sejam postas em prática, toda a equipe do PSF, ou talvez até mesmo toda a UBS, deve ter um maior envolvimento com os problemas que afetam a comunidade e que fogem do alcance das práticas que se restringem ao setor saúde. A diminuição do peso de determinantes e condicionantes do nível de saúde, muitas vezes, depende da mobilização da

comunidade para exercer pressão sobre os responsáveis pela intervenção, e até mesmo sobre os responsáveis pelas políticas públicas.

Numa interação dialógica, uma vez diagnosticado o problema, deve-se refletir sobre suas causas e propor formas de solucioná-las em conjunto com a comunidade. A posição quase passiva de esperar que a mobilização se dê para apenas se aliar a ela não coaduna com um projeto que se pretende emancipatório.

4. Empoderamento no nível político

A quarta esfera se refere à união dos vários grupos que passam a compartilhar uma mesma meta, organizando-se em torno de um tema maior, agindo deliberadamente para influenciar o processo de tomadas de decisões sobre políticas públicas ou privadas. Essa esfera, no que se refere às práticas profissionais, é um prolongamento das anteriores, pois o papel do profissional contempla a oferta de conhecimentos, habilidades de análise, informações sobre o funcionamento das estruturas políticas e burocráticas. O plano da reivindicação organizada é, então, uma extensão do plano da organização comunitária.

A quinta esfera apontada por LABONTE (1994) diz respeito à ação política, uma intensificação das ações iniciadas na esfera anterior, portanto. Nessa esfera é que se dão as relações de parceria. Ele chama a atenção para a possibilidade de instalação de conflitos, principalmente quando as organizações do movimento social criam sua própria legitimidade política e sua própria voz. Tal conflito pode e deve ser superado pelo reconhecimento, com clareza, dos propósitos e das metas de cada parceiro, pelo respeito das autonomias, pelo desenvolvimento de expectativas claras, pela criação do hábito de avaliar os passos do processo, pelo desenvolvimento da capacidade de negociação, enfim, com o respeito ao papel de cada um.

Consideraremos essas duas esferas como um só elemento de análise, levando em conta seu caráter complementar. Assim, estão catalogadas nessa última esfera os seguintes tipos de ações: ações de fomento de coalizões para reivindicações; elaboração de documentos analíticos para uso da comunidade em suas reivindicações; participação na ação política como parceiro e ações de estímulo a parcerias.

Da mesma forma que entendemos o vínculo entre a unidade de atenção à saúde e o morador como fator imprescindível para garantir a consecução dos demais objetivos a que se propõe o PSF, entendemos também a necessidade do estabelecimento de parcerias. E essa parceria, revestida desse caráter, se inicia no interior da própria unidade, no âmago mesmo da equipe de trabalho. Estabelecer esse estado de coisas em que os membros da equipe se reforçam como verdadeiros parceiros parece-nos fundamental para que se avance em direção aos demais propósitos. Nesse campo é que incluímos as questões de supervisão, o papel do gestor do programa. Obstáculos, entraves nesse tipo de parceria seguramente serão transmitidos aos demais momentos da prática cotidiana, impedindo que a proposta cumpra seu papel estratégico. Para se atingir o novo paradigma é fundamental que se tenha um comportamento também enquadrado no novo paradigma, ou seja, a persistente busca da solidariedade. Essa é a posição de um ACS, que assim se expressa:

(....)precisa ter uma pessoa pra gente trazer aquela carga que pegou na rua e despejar e pra saber resolver tudo. Porque tem dia que não tem nada de mais complicado, mas também tem dia que tem coisa complicada e que a gente não consegue resolver, só eles. Então tem que ter uma pessoa pra gente poder passar isso. Agora a gente tá passando mais pra [nome] . Se é uma coisa mais complicada ela passa pro chefe.

O mesmo ACS acrescenta ainda o papel da troca de experiências entre os ACS, na reunião da equipe, outra espécie de parceria:

Serve sim. Tem coisa que já serve pra outra que ta vendo lá na área dela também tem um caso parecido com aquele, né, e já pode ser resolvido também.

Visto pelo ângulo do dirigente, o mesmo fato ocorre e tem a mesma visão positiva, além de um reforço quanto ao aspecto da ausência de uma hierarquia ditatorial, procurando sempre a concretização de uma verdadeira relação de parceria:

Na verdade, nós tínhamos um relacionamento muito aberto. Como a gente começou a trabalhar primeiro com eles do que com a equipe toda, então o relacionamento era assim de conversa mesmo. Eu participava das reuniões de equipe, principalmente quando tinha algum problema entre elas e nas reuniões gerais a gente discutia tudo. E teve uma época em que a gente fazia muito trabalho de campo, inclusive eles faziam comigo quando teve a epidemia de dengue, a gente saiu junto. Quando tinha os eventos do dia D, quanto tinha qualquer evento que fugia da norma, que era principalmente final de semana, eu estava junto com eles. Inclusive quando a gente saía pra delimitar área, que a gente teve várias delimitações de área, que é assim contar casinha mesmo, de cada um deles, a gente ia junto.

Outro exemplo de procura de um relacionamento entre parceiros é citado por outro dirigente, embora se diferencie do posicionamento anterior, já renunciando a presença de uma hierarquia:

Houve no começo essa diferença entre o trabalho dos agentes comunitários e as auxiliares de enfermagem. Então foi trabalhado com as categorias individualmente e depois foi feito trabalho de integração. Outra coisa, nesses anos todos a gente optou por trabalhar a integração entre as categorias profissionais. A gente acha que...nós montamos as equipes do PSF, mas não se fez um trabalho de integração e eu acredito que o serviço público tradicional, mesmo no modelo tradicional da UBS não... a gente não tem essa experiência do trabalho integrado, como se fosse um relógio contínuo ou um dá o seguimento ao trabalho do outro, e isso eu acho que é trabalho que tem sempre continuado nas equipes do PSF.

Outro tipo de parceria é o que se estabelece entre o ACS e outras instituições do território, reforçando-se mutuamente em busca de maior rendimento para suas ações. Essa parceria que surge da própria rotina do ACS pode-se tornar uma boa ocasião para se aumentar o grau de empoderamento dos participantes das atividades desenvolvidas de forma conjunta, embora possa passar despercebida pelo ACS. A fala de um ACS a respeito disso dispensa qualquer comentário:

(....) a gente tá trabalhando junto com a escola, a gente tá fazendo alguma coisa com eles e a igreja também. O que eles pedem a nossa colaboração sempre a gente tá fazendo alguma coisa lá.

A unidade de saúde também estabelece parcerias com outras instituições, parcerias estas não mediadas pelo ACS, embora com reflexos em seu trabalho cotidiano. É o que ocorre com estagiários das áreas de saúde que, constantemente, desenvolvem atividades na unidade ou no

território. A visão que o ACS tem dessa parceria é positiva, conforme se pode observar na seguinte fala:

Tem os estudantes que vêm participar. Fisioterapia, estudante de enfermagem e trabalham junto com a gente, vão fazer visita, trabalham na comunidade. É uma participação deles, assim com o posto. A avaliação é positiva. É muito bom. E pra unidade também é bom, porque eles ajudam muito.

A mesma opinião é expressada por outro ACS:

Eu encaminho pacientes para os grupos realizados pelos alunos de Fisioterapia, ou eu vou com eles na primeira visita ao domicílio. Alguns pacientes recebem a visita deles em casa. Eu acho que eles ajudam muito.

A parceria com o curso de fisioterapia tem um caráter que extrapola os limites de um mero estágio de observação do serviço. Os alunos se integram ao trabalho do PSF, realizando ações para os moradores em seus domicílios, atividade essa mediada pelos ACS. Dada essa integração que se estabeleceu, não há interrupção da atividade pelo término do período de estágio, como é habitual em outros tipos de estágio acadêmico.

A parceria com a comunidade, mesmo sem a participação do ACS, foi também um dos objetivos do PSF implantado na Subprefeitura Lapa, desde o início de seu planejamento, como fica claro no relato de um dirigente:

(....) nós fizemos esse mesmo processo numa outra região do Distrito que pedia, que era na Lapa de Baixo, que pedia uma unidade de saúde, não com a necessidade de ser PSF, mas pelo menos uma unidade. Em particular, na Lapa de Baixo, a população foi quem ajudou, na verdade, foi a população que

contou os domicílios, que contou as famílias, sob a supervisão de uma equipe da assessoria do Distrito.

Quanto ao específico papel do ACS em estabelecer parcerias, o mesmo dirigente refere que ele se envolve parcialmente na questão, mas, embora parcial, sua participação é muito positiva e reforçadora do PSF no território:

Eles propõem parcerias, mas de maneira indireta, à medida que ele consegue localizar no território determinados parceiros, quando o gestor da unidade tem esse olhar, ele colocava o agente comunitário para essa busca e essa detecção de possibilidades de parceiros. Voltava para o gestor da unidade, que aí realizava ou buscava a concretização de parcerias. Isso se deu de maneira bastante mais acentuada na região da Vila Leopoldina do que na região do Jaguará. (...) Ele era um identificador, e, nesse sentido, ele voltava a funcionar como elo de ligação, no seu papel de identificador de possibilidades dentro do território.

Quando se passa para um outro nível de análise de parcerias, o papel do ACS como parceiro da comunidade em suas reivindicações junto ao poder público, em especial, também é ressaltado, tanto na compreensão que o próprio ACS tem do fato quanto pelos dirigentes envolvidos em todo o processo. A manifestação de um ACS, expressando sua avaliação, é exemplar:

Eu acho que o subprefeito da Lapa, que ele vinha e juntava a comunidade e a gente saía andando por aí, ver os problemas do bairro, né, e via que tinha córrego não canalizado, tinha vários problemas. E o subprefeito da Lapa, ele vinha, juntava, convidava a comunidade pra se ajuntarem e apontar os

problemas do bairro. Isso tinha muito. Agora, com esse subprefeito novo, eu nem conheço ainda, ele nunca veio, mas o outro vinha muito. A população achava muito interessante, porque ele fez muita coisa pelo bairro, muita coisa que era reivindicação da população ele ouvia e fazia. Nós éramos vistos como aliados da população. A gente trazia eles pra conversar, pra reivindicar. Então, era muito bom.

Esse processo político de que participa o ACS não está isento de contradições. Por um lado, a presença da autoridade para ouvir a comunidade e procurar a solução de problemas pode ser um fato empoderador, na medida em que sua mobilização pode resultar em uma vitória, mesmo que parcial; por outro, pode representar uma forma de submissão do ACS a depender da benevolência da autoridade para se sentir prestigiado diante de sua comunidade.

A impotência que se segue à mudança de governo, com o ACS não percebendo como deve ser sua atuação diante de uma autoridade com outro perfil, sugere sua instabilidade como agente empoderador em relação a sua comunidade.

Outro ACS, cuja avaliação também é positiva, lembra o fato de ser, além de ACS, um componente da própria comunidade, e ressalta um novo detalhe pra esse tipo de evento:

O ACS faz parte da comunidade também, ali fica tudo igual. A gente entende melhor a dificuldade pra se cumprir a reivindicação.

Na visão de um dirigente, a participação do ACS na ação política da comunidade como parceiro com papel claramente empoderador é indiscutível:

(....) principalmente na região dos córregos, porque aí uma grande ação foi feita com os órgãos públicos que envolveu a chamada do subprefeito, e o subprefeito da Lapa assumiu essa questão junto com a população, envolvendo aí chamados da SABESP, do governo municipal de Osasco, ali naquela região limítrofe, e até o governo estadual, mas, ainda assim, o poder municipal de São Paulo assumiu junto com a população essa questão, organizando até grandes eventos de passeata, e aí, as ações rotineiras de limpeza dos córregos. Pra ajudar, trabalhava um pouco a questão do lixo e todas as ações que podiam ser desencadeadas. Acho que o agente comunitário foi bastante importante aí, no desenvolvimento e na integração com os poderes públicos pra resolução dessa questão.

Esse procedimento como parte dessa quarta esfera do empoderamento é confirmado por outro dirigente, demonstrando uma vez mais que o ACS tem um potencial empoderador considerável:

Na época a gente tinha, assim, uma participação meio tensa. E várias coisas a gente levou, inclusive o subprefeito, fez reunião com o subprefeito em que eles colocaram em relação a lixo, em relação a mato, enfim em relação a coisa, a situações que tinham a ver com a saúde dos moradores. Então, eles levavam as reivindicações da população do ponto de vista, assim de falar. Teve um abaixo-assinado que a população fez a respeito de uma localização lá, que era tipo um albergue, um alojamento da população que tinha saído de debaixo da ponte. Então, ele participou junto desse abaixo-assinado, mas eles tinham uma participação até porque eles tinham uma conversa mais franca com o subprefeito. Tinham reuniões, não tão periódicas quanto deveria, mas tinham reuniões com o subprefeito, onde eles colocavam essas reivindicações.

A mesma avaliação tem um outro dirigente, reconhecendo também o papel de agente empoderador que tem o ACS junto a sua comunidade:

A questão do córrego teve um bom encaminhamento com a vinda do subprefeito. Teve reuniões específicas com os moradores pra tentar uma solução pro córrego que enche. Esse foi um momento importante e o outro momento importante, os dois patrocinados pelas equipes junto, bem próximo com os agentes comunitários, foi quando houve a retirada de linhas de ônibus na região e a comunidade se posicionou contrária à retirada de uma linha e o agente comunitário interveio, aproximando a subprefeitura da comunidade para o restabelecimento de uma linha de ônibus. Esse momento foi um momento bom. Aconteceu em 2003/2004 e foi bastante interessante e nesse momento, quando isso aconteceu, a gente pôde discutir um pouco melhor o papel do agente comunitário no território, porque linha de ônibus, em tese, não tem nada a ver.

Esse episódio é revelador de que o ACS já superou, ao menos parcialmente, a concepção de saúde como algo restrito, sem vinculação com as formas de organização da sociedade. Revela também sua compreensão de que seu papel não se resume a desenvolver ações que são estreitamente ligadas à saúde, como as derivadas da formação técnica de caráter biologizante. Seu horizonte de ação já se ampliou, sugerindo que esse potencial pode ser muito mais explorado pelo PSF.

É importante que essa disposição não seja tolhida pela ação de outros da equipe do PSF, defensores de outras lógicas e outras visões de mundo.

Observa-se que o ACS demonstra seu potencial de empoderamento nas interações que estabelece com os moradores de sua área de atuação, procurando difundir entre eles a idéia de autonomia, a necessidade de incorporarem a prática do autocuidado como uma forma de alterar a relação que se estabelece, no modelo hegemônico de atenção à saúde, entre o usuário e o sistema. No entanto, essa prática ainda está muito atrelada à questão da doença, não conseguindo romper essa vinculação, para estabelecer a prática do autocuidado como prática de Promoção da Saúde.

Em muitos momentos, a figura da consulta médica se fez presente, ainda um tanto hipertrofiada em sua dimensão, embora já tenha sido possível notar um início de quebra dessa hegemonia tão cristalizada.

Diante da situação de desigualdade social que vivenciamos em nosso país, não se pode diminuir o papel relevante que a doença e a busca de solução para ela desempenham na vida da maioria da população. O PSF não se propõe a ignorá-las; ao contrário, ao considerar a sua importância, pretende lançar sobre elas um novo olhar, propõe novas formas de abordá-las. O que ele pretende é que se contemple, além da doença e da busca de solução para ela, soluções para diminuir a ação de seus condicionantes e determinantes, bem como que se organize uma nova forma de atender às pessoas doentes.

Tais mudanças, mesmo que ainda incipientes, já se fazem notar no território objeto desta pesquisa. E para isso é inegável a contribuição do ACS.

Considerando-se que a atividade grupal deve ter um caráter prioritário, dado seu potencial, o que se observou demonstra que o ACS ainda não se desenvolveu completamente, sendo sua capacitação uma das tarefas que se impõem para dar maior eficácia ao PSF. A forte presença do enfermeiro no comando da atividade grupal, atrelando-a em demasia a

questões de natureza biológica, em especial à presença de determinadas patologias, não tem estimulado a participação do ACS como agente empoderador do grupo.

Embora o autor não tenha podido observar, no período em que realizou o trabalho de campo, a participação do ACS como agente empoderador da comunidade é ressaltada pelos dirigentes do processo de implementação do PSF. O ACS tem se comportado como importante aliado da comunidade em suas reivindicações de natureza política, demonstrando seu potencial de empoderamento.

Pelo que se depreende dessa análise parcial, o ACS revelou-se como um profissional revestido de expressivo potencial de empoderamento, sugerindo que se possa vir a confirmar, pelo aprofundamento dessa análise, que ele já faz diferença significativa no advento de um modelo alternativo de atenção à saúde.

O aprofundamento da análise se dará no próximo capítulo pela apreensão de como o ACS faz uso do diálogo como sua mais importante ferramenta de trabalho, por isso mesmo se tornando um agente de transformações.

III. O ACS E O DIÁLOGO COMO FERRAMENTA DE TRABALHO

III. O ACS e o diálogo como ferramenta de trabalho

Tendo em vista o papel fundamental que tem o diálogo para o estabelecimento de vínculos efetivos que permitam as outras possíveis etapas de um processo transformador, o ACS precisa estar preparado para utilizá-lo. A análise do material coletado no campo, em situações concretas de visitas domiciliares da rotina do ACS, pode revelar o grau desse preparo.

Neste capítulo, observaremos como se dá, em termos de sua própria estrutura, a entrevista do ACS com moradores de sua área de atuação, primeiramente, quanto as suas habilidades para fazê-lo e, em seguida, cotejando sua prática com os princípios da ação comunicativa.

Entre os compromissos da equipe do PSF, segundo o documento da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo que deu início à implantação do programa estão os seguintes:

Comunicar-se com a população assistida através de linguagem adequada, respeitando seus valores e crenças.

Construir um vínculo efetivo com a clientela adscrita, visando a humanização das relações equipe/paciente e assegurando o compromisso e a responsabilidade social, fundamentais à estratégia de Saúde da Família (SMS 2001).

Com o intuito de avaliar o desempenho do ACS quanto a esses dois compromissos, faremos a análise do discurso que foi apreendido no campo,

pela observação sistemática do trabalho cotidiano, em situações concretas de sua rotina. Essa análise será feita a partir das habilidades interpessoais demonstradas pelo ACS em seu trabalho. Estarão sob o foco da análise três categorias de habilidades propostas por IVEY (1971): habilidades gerais (comportamento de iniciar a entrevista, comportamento de prestar atenção, encorajamentos mínimos para falar, convite aberto para falar e perguntas diretas); habilidades de ouvir ativamente (paráfrase, sumariação de conteúdo, reflexão de sentimento e sumariação de sentimentos) e habilidades de auto-expressão (expressão de sentimento e expressão de conteúdo).

Em relação ao primeiro componente da primeira habilidade, ou seja, o comportamento de iniciar a entrevista, observou-se que o ACS já é recebido como um amigo, muitas vezes esperado com certo grau de ansiedade, uma vez que pode ser o portador de alguma notícia favorável, uma possível solução de uma demanda. O entrosamento que se pôde perceber é uma demonstração de que o vínculo entre ambos já está bastante sólido, favorecendo a comunicação. Nem mesmo a presença do pesquisador com um gravador ligado para captar o diálogo travado perturbou o desenrolar do processo comunicativo. Além da fala, outras manifestações afetuosas foram freqüentemente observadas no início da comunicação interpessoal. Expressões de caráter meramente fático, facilitadoras da abertura do canal de comunicação foram comuns, bem como o emprego de perguntas diretas a respeito de alguma expectativa do interlocutor. Essa forma de iniciar o diálogo despertava o interesse imediato, facilitando o seu prosseguimento. Vejamos alguns inícios de diálogo captados:

Diálogo 1:

Moradora – Oi.

ACS – Tudo bem?

Moradora – Eu tô chegando do...

ACS – Então, eu não vim trazer ainda a consulta do seu irmão.

Moradora – Ah, é? Será que eles não viriam dar a vacina aqui não?

Diálogo 2:

ACS – Dá licença. Vim pra ver como é que está esse pé.

Moradora – Oi, tudo bem?

ACS – Viemos fazer uma visita e ver o pé da dona [nome] como é que tá, né. Depois a senhora tira a meia dela pra dar uma olhadinha, né, vamos ver como é que tá. E do resto, está tudo bem?

Moradora – Tá tudo bem, Dona [nome], graças a Deus.

Diálogo 3:

ACS – Posso entrar? A gente pode ficar onde pra conversar?

Moradora – Pode entrar...

ACS – Ah! Meu Deus! Meus óculos está quebrado...

Moradora – Quer o meu?

ACS – O seu pra que é? É pra...

Moradora – Eu enxergo bem...

ACS – Só pra perto, né.

Moradora – Esse daí às vezes não serve...

ACS – Preciso passar urgente comprar...

Em relação ao comportamento de prestar atenção, embora se tenha manifestado com a diversidade que se imagina haver em diversos tipos de interações, o padrão mais freqüente foi o ACS que está interessado em captar o sentimento do interlocutor, procurando sempre uma resposta ao solicitado, mesmo em situações que fogem ao seu alcance. Essa, certamente, é uma das habilidades que garantem a existência de um vínculo efetivo. Eis alguns exemplos:

Diálogo 1:

ACS – E os exames que ele pediu pra senhora, quais são, dona [nome]?

Moradora – Ele pediu um monte de exames. Quer ver os papéis ou não precisa?

ACS – Não, a senhora...

Moradora – É exame de sangue, de Colesterol, de Triglicérides, de...Diabetes, de urina...

ACS – A senhora já fez ou não?

Moradora – Agora em março... fiz uma vez... minha triglicéride está alta. Aí ele me receitou pra mim tomar três meses um remedinho... eu tô tomando. Deu a guia pra março fazer tudo de novo... não precisa voltar com ele, já pegou a guia... só volto depois.

ACS – Ele já deu a guia pra senhora.

Moradora – Já deu...já deu..."

Diálogo 2:

"Moradora – Eu me trato em outro lugar, lá na cidade, né. Agora, eu fiz muito tempo, mais de cinco anos, de fisioterapia na Barra Funda e na Clínica...

ACS – E no Sorocabana, a senhora não...

Moradora – No Sorocabana eu já fiz, não adianta, não é o tipo de fisioterapia que eu preciso.

ACS – Qual é a sua, que eu não sei exatamente?

Moradora – Olha, nem eu sei, eu só sei que na hora... braço e pernas. Mas lá no Sorocabana é assim: todo mundo faz a mesma fisioterapia...

ACS – Minha mãe já fez lá o turbilhão pra mão, que ela operou...

Moradora – Eu fiz, muito tempo turbilhão...Não fiz aí no Sorocabana...Lá na Barra Funda, né... E... mas é difícil porque aí eles só fazem três meses, depois pára.

*ACS – E o seu tem que ser tipo...diariamente...aquele remédio contínuo... A fisioterapia funciona como um remédio contínuo...
Moradora – E aí tem que ir novamente no médico. O bom mesmo pra mim era na Barra Funda...*

Diálogo 3:

ACS – Mas você não tava legal.

Moradora – É. Eu tava com pressão alta. Eu tava com dor por causa da ráqui que eu tomei. Foi a primeira vez que eu tomei. Então, eu nunca tive um aborto e foi uma situação diferente. Eu tava preocupada porque eu nunca tive um aborto. Aí, eu fui medir pra ver e queria passar lá e não consegui.

ACS – Então, eu vim aqui pra saber como é que você tá, pra ver que andamento a gente vai dar. Precisa de um check-up total pra ver se ficou alguma coisa do aborto, né. Tem que vim tratar no posto. É porque, assim, a orientação que eu tive, pra te passar é a seguinte: como você fez curetagem... não foi?:

Moradora – Fiz curetagem.

ACS – Então, a responsabilidade é...imediata seria que eles tinham que te dar um respaldo do serviço que eles te deram. Não que o posto está se recusando a te atender, não é isso, mas a responsabilidade do atendimento que eles te deram... até por questão mesmo de equipamento, eles teriam que te dar alguma coisa, algum relatório, pro posto poder te dar... não só de boca: ‘olha, você vai passar lá’, entendeu? Porque, como é que no posto vão saber exatamente como as coisas ficaram, né? Precisava de um relatório pra iniciar o acompanhamento lá no posto.

Encorajamentos mínimos para falar e convites abertos para falar são freqüentes nas interações estabelecidas pelos ACS com os moradores de sua área de atuação. Eles são procedimentos que ajudam o interlocutor a completar seu pensamento, expressando aquilo que, de fato, o estava

incomodando. Assim, fica mais fácil para o ACS a tarefa de praticar sua missão de elo entre o usuário e a Unidade de Saúde, uma vez que a interação lhe permitiu captar a verdadeira demanda do usuário. Vejamos alguns exemplos:

Diálogo 1:

Moradora – Eu tratei uma vez com um psiquiatra, lá na Lapa. Fiquei bem uns três anos, mas depois ele foi embora...era até um japonês... e, agora, pra ir lá precisa pegar um encaminhamento do médico...

ACS – A senhora já comentou com o Dr. [nome]?

Moradora – Não, ainda não. Uma vez eu só falei que tinha problema de depressão, mas ele não falou nada...

ACS – É bom comentar com ele, viu, Dona [nome].

Moradora – É... porque se a gente não comenta, ele não vai saber.

Diálogo 2:

Moradora – (...) ele se mexe muito, ele não fica paradinho, que nem eu pus ele de lado, toda hora eu tenho que pôr ele de lado, porque ele se mexe, acho que ele foi regurgitar e se mexeu e ia entalando já, engasgando... ele não tava de lado. Eu tinha colocado de lado, mas ele se mexe muito...

ACS – Que bom!

Moradora – Ele vira de um lado pro outro... fico impressionada.

ACS – Ele é aquariano, aquariano...se mexe mesmo. Isso é bom, é saudável. Então, eu estou gostando de ver. E o Luftal você precisou dar mais ou não?

Moradora – Ah, eu dou só quando tá muito forte a dor de barriga dele, muito forte. Ele não chora, ele faz assim ‘uummm’, fazendo uma força! Mas ele não chora. Aí eu dou umas gotinhas pra ele e ele acalma.

Diálogo 3:

ACS – O marido da senhora está bem?

Moradora – Está bem, agora ele deu uma saidinha...Ele tá mexendo muito assim com o jardim e com a horta, sabe. Uma hora tá no jardim, uma hora tá na horta.

ACS – É bom, né.

Moradora – Na horta, ele tá plantando, né...Tem couve aí...chegou até a dar alface...Mas ele aduba a terra, né...Uma hora que você vai indo pra casa, dá uma passadinha aqui e você leva couve...”

O emprego de perguntas diretas também se demonstrou muito freqüente, embora muitas vezes não sugerissem qualquer expectativa de prolongamento do tema em pauta, parecendo apenas uma tática para continuar a interação. Eis alguns exemplos:

Diálogo 1:

ACS – E cadê seu filho?

Morador – Foi jogar bola.

Diálogo 2:

Moradora – Então, meu irmão também já tá sendo encaminhado.

ACS – Ele foi pra pequena cirurgia, não foi?

Moradora – Ele foi pra passar no posto e o posto encaminhou ele, né.

ACS – Já foi marcada?

Moradora – Ainda não.

Diálogo3:

ACS – O nome é Amitril, não é isso?

Moradora – E o outro?

ACS – Qual?

Moradora – O Lexotan...

Diálogo 4:

ACS – A pressão como está?

Moradora – A pressão agora, era pra eu ir ontem, eu não fui... que minha empregada faltou ontem e hoje ela ligou e falou que ia faltar hoje também, né... Então...faz um serviço, faz outro, não tem como... você até esquece, né...é sinal que está bem, né?

ACS – Ele pediu pra senhora medir cinco dias direto ou não?

Moradora – Não, não.

Diálogo 5:

ACS – A senhora tomou a antitetânica?

Moradora – Não. Antitetânica eu nunca tomei.

ACS – Nunca tomou?

Moradora – Não, não.

Diálogo 6:

ACS – Tá trabalhando ele?

Moradora – Tá fazendo um... não consegue trabalho, ainda, por causa da idade dele, mas ele faz bico.

ACS – A idade dele é qual exatamente?

Moradora – Dezesete.

ACS – Ele é mais novo que você? Você tá completando dia oito?

Moradora – Não, eu fiz dia primeiro...

A segunda categoria de análise refere-se à habilidade de ouvir ativamente e tem uma grande importância na preservação do vínculo entre o

ACS e o morador, sendo uma garantia de que a interação cumpra o objetivo proposto. Eis em seguinte exemplo:

Moradora – Eu tô contente aqui... Às vezes meu marido fala que quando casar o filho que é caçula, né, a gente vai pro interior. Ele pensa assim que indo lá eu fico boa da depressão. Não é assim, né. Aonde eu for, a depressão me acompanha, né. Meu caçula tem 27 anos... Eu tenho medo de sair daqui e ir pra outro lugar. Medo de não acostumar. De ficar longe da família...porque eu nunca fiquei, né. Longe dos filhos, dos netos, das nora, é difícil...

ACS – Poderia fazer, se ele quer muito, mas deixar sempre...

Moradora – Às vezes vai atrás de uma coisa e é outra...

ACS – Isso... se não se adaptar...

Morador – Aí volta.

ACS – É que a mãe tem mania de ficar onde estão os filhos...a gente tem um tempo de ir pra longe, mas, né, aí, eu não vou poder ver sempre..."

O seguinte exemplo, extraído de um longo diálogo a respeito de uma situação conflituosa entre mãe e filha sobre o neto recém-nascido que foi registrado sem o sobrenome do pai biológico por imposição dessa mãe (avó materna da criança), ilustra o que se pode compreender como uma sumariação de conteúdo, como se fosse o fecho de uma longa conversa:

Moradora – Se Deus quiser, pelo que eles conversaram aí, foi um assunto tão pesado, que acho uma coisa difícil, que ele querer botar o nome e ela não tava querendo. A última vez que eu conversei com ela, ela tava radical.

ACS – Então eu acho que é muito positiva essa pontinha aí, ele tá conseguindo

acertar o ponto dela. A gente tem que acertar o ponto, a conquista. Ela não se

mostra nunca, ela é sempre uma incógnita. Então você não sabe se você entra por

aqui como é que ela vai por ali, e você fica apavorada, então, acho que ele conseguiu já uma grande coisa, ela já cobriu uma etapa...

Um trecho de outra observação, em que o interlocutor do ACS é um morador de um barraco em uma favela, em tratamento para tuberculose, demonstra como a interlocução é mediada pelos sentimentos. Observe-se que o ACS teve certa dificuldade de excluir o pesquisador de sua interlocução, construindo uma fala mesclando os interlocutores:

ACS – Mas à vista que tava...tava acamado, né...que veio aqui, a equipe colheu exame dele, que ele não tinha nem como ir, né... Agora tá tomando remédio, já iniciou as atividades, que catava papelão, né. Tá começando de novo, retornando.

Morador – É. Devagarinho, né.

ACS – Se Deus quiser vai viver muitos anos ainda, né, seu [nome]?

Morador – Eu não tenho como ficar nervoso não.

ACS – O mais importante é que tá levando a vida, tá com saúde, né?

(....)

Morador – Pelo amparo do governo, pela parte dele eu consegui esses medicamentos, porque, se fosse comprar, não tinha condições, e o pessoal...

ACS – É que tem gratuito e às vezes a pessoa morre ali num canto, porque não chega até lá o conhecimento. Essa é uma das coisas pequenininhas, coisa que a gente faz de bom, que eu me sinto satisfeita, né. Nossa! Quando eu vim ver ele, que ele já começou iniciar o tratamento, que ele levantava, já tava se alimentando, aquilo foi pra mim muito gratificante.

Nesse trecho, nota-se que o ACS expôs também uma habilidade do terceiro grupo, ou seja, a auto-expressão, no que tange à expressão de sentimento. O outro lado dessa habilidade refere-se à expressão de conteúdo, muitas vezes necessária para que a interlocução se torne eficaz. Ela é tão mais relevante por se tratar de uma prática que pretende transformar o modelo de atenção, e questões que ficam sem esclarecimento podem configurar-se em obstáculos à consecução desse objetivo.

Vejamos, por exemplo, como o ACS se reporta à questão da adscrição da clientela, reforçando a posição de um usuário do programa:

ACS – E agora ficou bem...ficou bem limitado...só podem as pessoas da Jaguará, aí vai vivendo assim...fica mesmo uma...

Moradora – Antes era de muitos lugares, ali estava cheio. Mesmo quando eu tinha meus filhos que eu levava lá, tava cheio, sabe, e você tinha que chegar bem antes do horário, senão não ia ser atendido não... Tinha crianças que choravam, ali com aquele calor, criança chorando, era uma tristeza... As minhas crianças não foram de chorar muito não...

ACS – E agora ficou bom, porque agora é só o pessoal da Jaguará.

Moradora – Eu acho que tá certo isso, porque cada um tem um lugar, né. Você mora aqui vai lá, você mora no Piauí, tem, vai lá, não é? Mas antes não tinha assim controle, né. Então, vinham muitos lugares, a pessoa nem... atendia todo mundo. E essa pessoa falava ‘eu moro em tal lugar’ e ninguém ia ver...agora, não...

Outro problema que continua sendo uma tônica, apesar dos esforços para solucioná-lo, é o que se refere a medicamentos. Parte substancial do

trabalho do ACS é gasta em tentar tornar menos conflituoso esse aspecto da relação entre o usuário e a unidade, o que exige dele a habilidade de expressar conteúdos:

Morador – E a minha receita, você falou com a [nome]? Da minha pomadinha?

ACS – Falei.

Moradora – E aí? Ela vai me dar a receita ou não?

ACS – Ah...Então ela esqueceu...

Moradora – Acho que quem esqueceu foi você...

ACS – Não, filha. Ah...já sei o que aconteceu. Sabe o que aconteceu? Foi que... como não tem no posto, tá, eu olhei...ela fez pra mim... aí eu olhei...não tem no posto, tá. Então ela fez uma outra pra ver se você consegue em outros lugares. Aí ela pediu pro Dr. [nome] assinar. Só que, como eu saí com ele [o pesquisador] agora, tava com os envelopes, então eu vou trazer pra você hoje à tarde ou amanhã, com certeza. Você não fica sem. Mas não tem no posto, tá. Então, é isso que eu queria falar, perguntar pra você: você vai comprar na farmácia ou você vai tentar em outros postos de saúde?

Moradora – Vou...

Nesse diálogo, percebe-se claramente que o motivo do aparente conflito girou em torno de uma atividade desempenhada pelo ACS (uma espécie de “despachante”) em relação à prescrição de medicamentos. Apesar de o diálogo inserir-se em um campo que se considera positivo no estabelecimento de interações reforçadas do vínculo entre o morador e o serviço de saúde, o tema que o motivou (o tipo de atividade do ACS) pode se configurar uma atitude paternalista, contrária ao tipo de participação emancipatória que se persegue com o PSF, uma participação reforçadora da cidadania. Embora possa ser apenas uma manifestação fática de caráter

cultural, o vocativo “filha”, utilizado pelo ACS para dirigir-se à moradora, pode ser entendido como um reforço dessa segunda possibilidade.

Como foi visto no referencial teórico, a interação social é uma interação dialógica, comunicativa. E é exatamente o diálogo o que garante, segundo HABERMAS (2003), a ação transformadora. O que se observou no trabalho de campo é que o ACS usa o diálogo como sua mais importante ferramenta de trabalho. Ao contrário do que ocorre com a racionalidade instrumental, com seu papel de esvaziar a ação comunicativa, o que se pôde depreender foi um tipo de interação que nega as principais conseqüências daquele tipo de racionalidade, ou seja, os ACS, em sua prática cotidiana, se opõem ao individualismo, ao isolamento, à competição, ao cálculo e ao rendimento. Eles estão imbuídos de novos valores, entendendo que seu trabalho, mais do que uma prática baseada na aplicação de conceitos técnicos, está assentada sobre o princípio da solidariedade.

Como foi possível apreender da análise documental da capacitação dos ACS, uma preocupação central dessa atividade foi habilitá-los a pôr em prática o agir comunicativo, isto é, uma classe de interações em que os participantes harmonizam entre si seus planos individuais de ação e perseguem seus objetivos ilocucionários.

HABERMAS (2003) aponta que em todas as interações sociais estão presentes relações com os três mundos diversos: o objetivo, o subjetivo e o social. No trabalho do ACS, segundo a visão que dele têm dirigentes do processo de implantação do PSF, isso foi a tônica. Daí a diversidade de formas de agir na rotina cotidiana, embora, na maioria das vezes, com avaliações positivas. O fato de o ACS ter sido capacitado para exercer suas atividades provoca, inevitavelmente, um “descolamento” em relação a sua comunidade, embora continue a integrá-la. É claro que em seu mundo da vida, cujos elementos estruturais são a cultura, a sociedade e a

personalidade, houve uma alteração em cada um deles, em função da capacitação e da nova função. Dado que foi possibilitado aos ACS, através da capacitação, o acréscimo de elementos novos no plano cultural, isso alterou, conseqüentemente, sua inserção social (passou a ser um agente de Estado), com inevitáveis transformações em sua personalidade.

Uma questão que, tradicionalmente, se vem discutindo a respeito do ACS é sua ambivalência, como foi apontado no Capítulo 2 da Parte I. Foi possível constatar, no trabalho de campo, que a população recebe o ACS investido dessa nova personalidade. Ela o vê como um dos seus, mas, agora, um dos seus que alçou um vôo mais alto, e que tem o poder de ajudá-la na intermediação de suas questões e demandas na área da saúde. Isso faz com que o ACS esteja mais propenso a substituir as pretensões de validade por pretensões de poder em suas interações, o que se configuraria em um risco para a consecução dos objetivos emancipatórios do PSF.

Esse também parece ser o pensamento dos dirigentes, que, mesmo reconhecendo o mérito do emprego do diálogo como forma soberana de interação, percebem a ambivalência presente, e potencialmente geradora de conflitos. Sobre esse aspecto, vejamos a fala de um dos dirigentes:

Eu acho que ele é visto pela população como diferente e, portanto, como superior. Eu acho que, para a população, não existe a ambigüidade. Para a população, ele é um trabalhador do governo, portanto ele é tratado diferente. Eu acho que alguns agentes comunitários, e talvez tenha um viés meu de análise aí, porque eu vi pouco e, quando vi, vi com agentes comunitários, como vou dizer, mais antenados, mais vinculados mesmo ao tipo de trabalho que estavam fazendo. Ele tem essa posição superior dada pela população e por ele mesmo também e ele faz uso, nessas visitas que eu vi, do diálogo, da conversa como um instrumento para poder chegar

ao objetivo dele na visita, que era ver o estado de pessoas da família, ver o que estava acontecendo. (...) É inegável a posição de superioridade do agente comunitário diante da população.

A concepção de que, pelas alterações ocorridas em seus três mundos, o ACS já não é mais um igual em relação aos componentes de sua comunidade é reforçada uma vez mais pelo mesmo dirigente:

Eu acho que ele se acha diferente sim, do resto da população. Eu acho que ele se coloca numa posição que pode ser encarada por ele como superior, mas, ainda assim, diferente do resto da população. Ele é um ser diferenciado naquele grupo populacional a que ele pertence. É o que eu sinto dessa vivência que eu tive com agentes comunitários. Até por conta da postura deles mesmos com orçamentos participativos, até se colocando como um ser, um pedaço do povo que tava lá defendendo o outro pedaço do povo, quase que como uma liderança.

Outro dirigente também reconhece que o ACS se julga superior aos membros de sua comunidade, fato que não deve ser utilizado para afastá-lo do convívio com ela, mas, ao contrário, ser utilizado para representá-la, mesmo reconhecendo que tal movimento ainda não esteja ocorrendo:

Sabidamente superior. Sabidamente superior esse papel e eu acho que é naturalmente superior. Sabidamente e naturalmente superior, porém eu acho que existe um papel dentro desse naturalmente superior que é você ter passado tudo que você passou pra ser agente comunitário, as capacitações, todo o processo, o processo inteiro, né, chega pra trabalhar numa equipe onde você tem que desenvolver seu

papel com uma categoria, com auxiliar de enfermagem, enfermeira, com médico, com gerente, com reuniões, com secretário da saúde, com a coordenação de saúde, isso te faz diferente. Não tem como você se sentir igual, porém, ser diferente e parecer-se igual, entendeu? Essa transição, então, não dá pra dizer que é igual. Não é mais igual, mas é representar com as idéias das próprias pessoas. Essa representação eles não conseguem fazer ainda.

A mesma questão da possível ambivalência do ACS e das possíveis percepções a respeito dela, evidencia-se na fala de outro dirigente, que coloca essa questão como mais uma das que mereceram atenção especial na constituição da personalidade do ACS, pela agregação de elementos culturais:

(....) ao mesmo tempo que ele tá lá inserido, ele tem alguns conhecimentos e eles tão sendo treinados pra estar observando isso, ele acaba tendo esse papel ambivalente pra ele mesmo, né. Aí, na verdade, o tempo todo, no começo, a gente fazia muitas reuniões pra dizer pra eles até onde eles podiam ir, até onde não era. Porque eles mesmos não estavam sabendo qual era o papel deles, e, na verdade, começando um serviço, a gente tem mesmo que estipular, né. E, assim, do ponto de vista do cidadão, de morador, ele acabava deixando de ser um morado pra ser um trabalhador e a gente sabia que isso ia ser uma perda muito grande do ponto de vista do PSF.

A questão do emprego da interação dialógica na rotina do ACS foi também percebida como algo muito atrelado ao fator pessoal, isto é, ao componente “personalidade”. Não é clara a linha que delimita os espaços da cultura, da sociedade e da personalidade, havendo, por vezes, a geração de

conflitos que exigiram algum esforço para retomarem o rumo que se havia estabelecido. Eis a opinião de um dirigente sobre esse fenômeno:

(...) é uma coisa muito particular, é muito o jeito de cada um lidar, como lida com a sua microárea, como lida com sua vida, como lida com seus poderes. De uma maneira geral, a linguagem do agente comunitário é muito melhor do que a de qualquer outro profissional em termos de penetração na sua microárea. É sempre melhor.

Essa fala, ao afirmar que o componente pessoal tem um grande peso no estabelecimento das interações, torna menor o papel da capacitação como um processo empoderador. Não se espera, é claro, que a capacitação tenha o poder de eliminar os traços de personalidade que o ACS traz consigo, substituindo-o por outros traços. Espera-se, no entanto que, ao ser capacitado para tornar-se ACS, a influência desses traços de personalidade não sejam preponderantes em sua atuação.

O mesmo dirigente aponta que, em determinados momentos, o conflito surge do próprio fato de que o ACS incorporou novos elementos à sua cultura, de forma pouco natural, uma vez que, como ACS, passou a pertencer a um novo grupo social, “o grupo da saúde”, estranhando, em situações concretas, seu novo status. A situação relatada a seguir revela esse conflito:

(....) há um modelo dentro da área médica, dentro da área da saúde, que a gente determina o que é melhor pro outro, né. Eu acho que um pouco desse modelo a gente passa pro agente comunitário. A gente treina eles, capacita eles, deixa eles fortes, mas às vezes a gente deveria torná-los fortes pra ouvir o território e pra repassar isso pro território. E alguns se tornam fortes pro território e eu consigo identificar algumas pessoas que conseguem ter o olhar do que eu sei eu repasso pra

vocês. Eu lembro de uma reunião que houve com adultos numa microárea onde o agente comunitário recebeu a incumbência de discutir sexualidade. Foi bastante estranho, porque ele não estava confortável para discutir sexualidade, o território percebeu que lê não estava confortável, e discutir sexualidade com a terceira idade que estava lá eu acho que é uma coisa ainda mais difícil, porque você tem que se sentir protegido. Estava eu, o agente não tinha muita intimidade comigo, a enfermeira, que tinha um pouco mais, e o agente comunitário que não estava íntimo do assunto pra passar. Então, esse exemplo mostra claramente que, às vezes, a gente não tá muito preparado pra lidar com o repasse da informação pro território e o agente comunitário tava lá pra dar uma aula de sexualidade, quando ele deveria ouvir a sexualidade da sua microárea e a gente achou que ele incorporou pouco.

Observa-se, nessa fala, a forte presença da forma prescritiva de atuação, pois, segundo o dirigente, o ACS não estava preparado para passar o assunto, isto é, para dar uma aula. Mais uma vez se pode notar uma contradição em relação à capacitação que lhe foi dada, pois nela se procurou empregar uma metodologia problematizadora, fugindo ao esquema da “educação bancária”. O PSF não quer transformar o ACS em professor da comunidade sob a ótica da educação bancária, pois isso em nada contribuirá para reforçar seu caráter emancipatório

O reconhecimento dessa contradição por parte da equipe do PSF e um processo de educação continuada que retoma a filosofia da capacitação inicial, certamente irão ao encontro do objetivo do PSF.

A idéia de que o ACS sofre uma influência cultural muito forte do novo contexto ao qual passa a pertencer fica patente no discurso do mesmo dirigente. Parece que ele tem a necessidade de se firmar como um membro

do novo grupo, mas preservando a capacidade de dialogar com pessoas de seu grupo original, quando a situação o coloca diante de um possível impasse. Eis um relato:

Ele vende mais o conceito adquirido através da capacitação e da sua prática, da sua convivência com a equipe, com outros cursos e encontros que ele vai. Ele vende mais essas imagens ao território do que ele vai. Ele vende mais essas imagens ao território do que ouve. Porém, quando você tem no território alguma pessoa que faz questão de não ser influenciada e que tem poder de influência, nesse momento ele passa a ouvir essa pessoa.

Uma outra situação, apontada por outro dirigente, revela bem como a perspectiva da ambivalência na personalidade do ACS se faz presente:

(...) eu observei, algumas vezes, que na hora que o agente comunitário, seja na participação dele no orçamento participativo pra falar dessas questões, ou de outro tipo, do transporte, do ponto de ônibus, do buraco na rua, da falta de iluminação, seja nesse momento ou também muito na questão do córrego, quando eles se colocam diante do poder público, que, no caso, era a figura do subprefeito, eles se colocam, basicamente, como moradores da região, portanto como população, mas usando, de um modo emblemático, como símbolo, a jaqueta do uniforme do agente comunitário. Então, ele vai uniformizado com a jaqueta nesse tipo de atuação, e ele fala como população. Então, ele mantém essa ambivalência e não sei que hora que essa ambivalência poderia se romper ou a coisa ser feita de outra maneira à medida que ela vai ser sempre elemento e parte da população.

HABERMAS (2003) afirma que na ação comunicativa todos os participantes perseguem fins ilocucionários com o propósito de chegar a um acordo que sirva de base a uma coordenação combinada dos planos de ação individuais. Nesse sentido, em vários momentos da observação do trabalho cotidiano do ACS, foi possível constatar a ocorrência desse processo. O objetivo ilocucionário deriva do próprio significado do dito, sendo que sua intenção comunicativa se esgota no fato de que o ouvinte chegue a entender o conteúdo manifesto do ato de fala.

Vejamos o trecho que se segue:

Moradora – Ela tá na casa do filho dela...

ACS – Ela tá na casa do filho, eu queria...

Moradora – E o filho tá correndo com a papelada e tudo e ela foi morar com ele...Ela não sabe se vende essa casa...porque vai ficar só ela...

ACS – Porque ficou só ela...

Moradora – Se vender, se vai morar com o filho, se vai morar com a filha, sabe...

ACS – Ela já tinha uma intenção, porque a casa é grande, dá trabalho...

Moradora – Então, pra ela sozinha não tinha condição... a não ser que viesse morar um filho junto, mas o filho já tem sua casa, a filha também, né, então é difícil.

ACS – É difícil...eu queria...eu não consegui ainda falar...

Moradora- Ah, então, ela vem de vez em quando aqui...eu conversei com ela, mas...eu não tenho o telefone da casa do filho; eu tenho da filha, se você quiser.

ACS – É a terceira vez que eu venho e não encontro...se a senhora... como eu vou sair de férias, então...só volto em março...

Moradora – Março... é o dia que eu vou passar pra fazer exames...

ACS – Então, se a senhora vê-la, fala que eu deixei um beijão pra ela, e que eu tentei falar...tá bom? E a senhora, como é que vai?

Percebe-se, claramente, que o ACS estava perseguindo apenas e tão somente um fim ilocucionário, pois não pretendia nada mais do que dar uma explicação sobre o fato de que a vizinha da moradora visitada ficara viúva e ainda não fora possível dar-lhes os pêsames. Na fala do interlocutor também não se nota nada além do que a intenção de que o ACS entenda o que está manifestando.

Nesse caso, vale fazer um comentário sobre o motivo do diálogo travado entre ambos, pois ele não tem nenhuma proximidade aparente com as questões de saúde. O que está em pauta é o sentimento de solidariedade que ambos querem hipotecar a alguém que perdera o companheiro. Qual então o papel desse diálogo, se quisermos pensá-lo no contexto dos modelos de atenção à saúde? Percebe-se que não há, implicitamente no diálogo, nenhuma outra intenção, por parte dos interlocutores. Não é uma ato de fala perlocucionário. Sendo um ato de fala ilocucionário, do qual deriva um objetivo ilocucionário, tem-se a ação comunicativa. O ACS quis esclarecer que tentara comunicar-se com a vizinha; a moradora explica por que isso não fora possível e se mostra compreensiva em relação ao fato que motivou o desencontro. Assim, pela ação comunicativa, cria-se e consolida-se entre os interlocutores um vínculo. Está dado o início da interação. Daí em diante, não falta muito pra se iniciar a abordagem mais diretamente ligada à saúde. A ação comunicativa que se estabeleceu entre os dois interlocutores, sem fins perlocucionários, portanto, faz a diferença. O ACS não estava ali com segundas intenções. Ora, o ACS faz parte desse novo modelo de atenção à saúde. Sua postura, sua opção pela ação comunicativa

representam uma iniciativa na direção da mudança do modelo de atenção à saúde.

A ação comunicativa assim estabelecida permite que o vínculo criado vá revestindo-se de afetividade, o que também reforça a idéia de que se está diante de um novo modelo. A mesma moradora, mais ao final da interação, assim se manifestou:

O posto melhorou bastante, né. Agora você vê as pessoas, elas tratam a gente bem, né, com carinho...Antes, não, elas nem olhavam...Nossa! melhorou bastante.

Sua percepção de que há alguma mudança em curso também ocorre quando notou o comportamento do gerente da unidade, conforme seu relato:

Eu achei bacana um dia lá que a gente faz ginástica, né, aí ele foi fazer uma reunião lá com todos nós e ele sentou no chão, né, sentou no chão...tem banco, aquele banco de cimento, ele sentou no chão assim com a gente...eu achei bacana.

Certamente, o comportamento do médico pode ser meramente um traço de sua personalidade, não guardando nenhuma relação com mudanças no modelo de atenção. O que vale ressaltar, no entanto, é a percepção da moradora, que relata o fato como uma demonstração de que as relações da comunidade com a unidade de saúde podem ser mediadas por outros valores que não seja apenas o exercício do poder.

Nesse trecho, que reitera o dito anteriormente quanto à possibilidade de um diálogo que, na aparência, foge aos limites mais rigidamente atrelados ao campo da saúde, podemos notar a referência à prática de ginástica, que quase passa despercebida na fala. Passa despercebida

porque, provavelmente, a falante já sente como natural que o novo modelo incorpore ginástica como uma de suas práticas. E isso tem muito a ver com o papel que o ACS tem desempenhado no PSF. Fica patente também em sua fala, um ato de fala apenas ilocucionário, o reconhecimento de que um dirigente do modelo tenha postura tão despojada, sem aquela distância que, provavelmente, ela se acostumara a observar no modelo antigo.

Passemos a outro exemplo que também revela a possibilidade de que os usuário estejam compreendendo que um novo modelo se consolida, um modelo que espera deles um novo comportamento:

Moradora – Aí ela fez exame, tudo, dia 11, já tem que marcar uma consulta? Mas a Dra. [nome] também não vai estar aí...Aí ela conversa com a enfermeira. Só pra ver se subiu ou abaixou...o colesterol, essas coisas... É. Porque ela ta fazendo dieta, pra diabete e tal, pra ver se baixa. Se não baixar, aí toma remédio.

Nesse trecho, pode-se notar a preocupação com o autocuidado, realizando dieta antes de fazer uso indiscriminado de medicamento e realizando exames para controle. Isso pode estar representando uma mudança de postura que abala o estabelecido habitualmente, ou seja, a mistificação do papel do medicamento em relação à saúde. Embora não possa afirmar com segurança, tal comportamento pode ser um reflexo da nova proposta de atuação no interior do novo modelo, com ênfase em ações de promoção da saúde.

Outro ponto relevante, que acena para a mesma possibilidade de entendimento e aceitação do novo, é a referência à intervenção da enfermeira. Parece tranqüila a aceitação de que a consulta será com a enfermeira e não com o médico. Não resta dúvida de que esse fato revela uma notável mudança de postura. Não se pode deixar de pensar que o ACS

tem aí uma parcela considerável de responsabilidade. Sua opção pela ação comunicativa permite que a interação se revista de pretensões de validade. Segundo HABERMAS (2003), uma ação orientada para o entendimento se reveste de três pretensões de validade: o enunciado é verdadeiro, o ato de fala é correto em relação com o contexto normativo vigente, a intenção manifestada pelo falante coincide realmente com o que ele pensa.

No caso anterior, o ACS havia feito a seguinte intervenção:

Porque é assim, a enfermeira é boa, tão boa quanto a doutora. E se ela tiver alguma dúvida, alguma coisa, com certeza, ela passa pra Dra. [nome] e pro Dr. [nome]...

O enunciado “**se ela tiver alguma dúvida, alguma coisa, com certeza, ela passa pra Dra. [nome] e pro Dr. [nome]...**” é verdadeiro. Está ancorado na prática que o PSF vem cristalizando quanto ao papel do enfermeiro, com atribuições bem definidas e que são complementares e não substitutivas das do médico. Tal procedimento, portanto, está correto em relação ao contexto normativo vigente, o contexto do PSF. Por último, o ACS expressa para o interlocutor aquilo que realmente pensa, isto é, para ele a “enfermeira é boa”. Assim, a interação se torna possível e eficaz. E a prática se torna mais um exemplo de que se está vivenciando um novo modelo.

HABERMAS (2003) aponta que a intenção comunicativa do falante compreende:

- a) realizar um ato de fala que seja correto em relação ao contexto normativo dado, para poder com isso estabelecer uma relação interpessoal com o ouvinte, que se possa considerar legítima;
- b) fazer um enunciado verdadeiro;

- c) expressar com veracidade opiniões, intenções, sentimentos, desejos, para que o outro possa acreditar no que ouve.

Tomemos o seguinte trecho de uma longa fala do ACS sobre episódio que afetou o interlocutor:

Nós somos agentes comunitários de saúde...a gente vai trazer um pouco de informação, um pouco de cultura, um pouco de... educar no sentido de o que é que é melhor pra essa idade, pra aquela idade, ou pra vida em sentido geral, não é? Mas se chegar na rua e se eu ver a [nome] com o bebê na ventania ou numa chuva, não posso dizer: 'entra com esse bebê, você não pode estar aqui', porque eu vou levar a pior, eu, como agente comunitária vou ficar marcada, né, eu não posso...

Percebe-se claramente o contexto normativo no interior do qual o ACS reconhece não ter poder de polícia; tal assunção favoreceu o estabelecimento de uma relação interpessoal legítima, importante para todo o restante do trabalho do ACS. Deixar claro que conhece seus limites é uma abertura para aumentar a confiança.

O enunciado do ACS é verdadeiro, fazendo parte do que lhe foi transmitido na capacitação. Ele deve ter um papel de vigilante da saúde, mas não atuar de forma policalesca. Como essa é a realidade, sua fala facilita que o ouvinte compartilhe com ele esse saber.

HABERMAS (2003) aponta que o êxito ilocucionário é relevante para a ação, pois o ouvinte aceita a oferta que lhe é feita com o ato de fala, dando prosseguimento à interação. Aponta também três possíveis planos de reação a um ato de fala:

- 1) o ouvinte entende a emissão, capta o significado do que foi falado;

- 2) o ouvinte toma posição com um **sim** ou com um **não**;
- 3) o ouvinte orienta sua ação conforme as obrigações da ação comunicativa convencionalmente estabelecidas.

Tomemos o seguinte diálogo entre o ACS e uma moradora:

ACS – Ninguém tá precisando de consulta...nem de médico?

Moradora – Olha, minha filha...porque eu tinha convênio da Intermédica, né, e o meu convênio a FEBEM tirou o convênio... então a gente vai passar agora pro Servidor Público, né. Então ela agora tá sem convênio, né.

ACS – É.

Moradora – Então é o que eu tô falando, que ela precisava passar no ginecologista, no dermatologista, aí eu falei pra ela: ‘a Dona [nome] já fez o cadastramento da família...’

ACS – Claro.

Moradora – E ela não tava usando por causa do convênio, que ela ia no Convênio, mas...eu falei pra ela...no Posto também é ótimo, tem ótimos médicos, né, e como a senhora prestativa, tá sempre...marcando consulta pra gente, então eu falei pra ela...pra marcar, né...

Nesse diálogo fica evidente que o ouvinte entendeu bem a emissão do ACS, captando seu significado, o que reitera mais de uma vez. O ACS propôs a marcação de consulta caso alguém estivesse precisando. Após algumas explicações, a moradora responde afirmativamente. E há uma espécie de acordo tácito, pois certamente a consulta para a filha será marcada. A moradora já fizera um convencimento prévio, já orientara sua ação baseada numa convenção que já conhecia, pois afirma que a ACS sempre fora “muito prestativa”. Nota-se também nesse trecho a presença da ação comunicativa, pois somente fins ilocucionários foram perseguidos e a interação baseou-se no entendimento. Mas pode-se questionar o que

haveria de novo no episódio transcrito, uma vez que ele girou todo em torno da consulta médica, uma das marcas mais caras do modelo hegemônico que se quer ver substituído. A novidade está, por um lado, na forma de interação estabelecida, baseada na ação comunicativa e, por outro, na forma com que a consulta seria marcada, sem a necessidade de o morador dirigir-se à unidade de saúde, sem disputar vagas em filas, sem sujeitar-se ao transtorno da demora, ter sua consulta marcada com um médico que não tem compromisso com certo número de pacientes de uma determinada área, sendo, portanto, no caso em pauta, maior a chance de se criar um vínculo verdadeiro e sólido. A novidade é o ACS fazendo essa intermediação, como forma de racionalizar o serviço. A novidade é a avaliação muito positiva que a moradora faz dos profissionais da unidade de saúde. Certamente, grande parte do mérito dessa conquista se deve ao trabalho do ACS e sua opção por empregar o diálogo como sua principal ferramenta.

Apesar de poder caracterizar-se esse procedimento como uma relativa novidade, a marcação de consulta pelo ACS pode ter apenas a dimensão racionalizadora do sistema, não configurando uma alteração de fundo desse mesmo sistema. Se não se propuser uma reflexão sobre a excessiva necessidade e/ou demanda por consultas médicas, provavelmente não se ultrapassará essa dimensão racionalizadora. Desta forma, apesar de ser uma novidade, essa prática deixa de ser uma prática emancipatória.

Vale também destacar a possibilidade real de se estar operando dentro de uma visão paternalista, em que o ACS, por ser “bonzinho”, atende às solicitações dos moradores. Essa prática também se opõe ao caráter emancipatório que se pretende dar ao PSF.

Reconhece-se que o ACS está habilitado a utilizar o diálogo como um poderoso instrumento de trabalho, fato que emana da observação de seu trabalho cotidiano. A interação que estabelece com os moradores de sua

área de atuação é muita efetiva, permitindo perceber-se laços afetivos e relação de confiança, reforçadores do vínculo.

Esse vínculo estabelecido entre o morador e o ACS pode estender-se para um outro vínculo, estabelecido entre o morador e a unidade de saúde, reconhecido como um dos pré-requisitos para o advento de um modelo alternativo de atenção à saúde. Isso também foi observado. Estão dadas, então, condições muito favoráveis a que se dê prosseguimento a outras mudanças que, somadas, darão corpo ao novo modelo. Percebeu-se um grande apego da população ao tema da doença, com grande parte dos diálogos girando em torno dela, de seus itens afins, seja a consulta médica, seja o medicamento. Não há como negar o papel mobilizador que têm esses aspectos na vida das pessoas.

Se os atores que representam o PSF souberem aproveitar essa mobilização para propor aos usuários do sistema uma reflexão sobre a doença e sua determinação social, sobre as formas de organização do sistema de atenção, sobre as imposições do sistema colonizando o mundo da vida, certamente se estará caminhando em direção à transformação do modelo de atenção.

No próximo capítulo, analisaremos o quanto já se caminhou em relação ao objetivo de mudança do modelo de atenção, pelo conjunto das ações do PSF, em particular, a ação do ACS.

IV. O PSF, O ACS E O NOVO PARADIGMA

IV. O PSF, o ACS e o novo paradigma

Como foi visto no Capítulo 2 da Parte II, utilizou-se como um dos referenciais teóricos embasadores desta pesquisa os estudos de SANTOS (2003) sobre a emancipação. Nesses estudos, o autor faz um confronto entre o paradigma emergente da modernidade e o paradigma emergente da pós-modernidade, aprofundando a análise em relação à transição de um para o outro.

Para SANTOS (2003), emancipação é um conjunto de lutas processuais, sem fim definido, com vistas à utopia de uma sociedade mais justa e uma vida melhor. Para ele, é a ampliação e o aprofundamento das lutas democráticas em todos os espaços da prática social. Para a apreensão desse conceito, ele propõe a elaboração de um novo paradigma, no qual se consideram muitas formas de conhecimento, e no qual se revalorizam as práticas não hegemônicas e no qual se estabelece uma relação horizontal na troca de conhecimentos. O paradigma emergente se constrói em constante competição e concorrência com o velho modelo. Ele é radicalmente democrático, vinculando-se à transformação das relações sociais, de relações de poder em relações de partilha de autoridade.

Ele aponta que, numa situação de transição entre o velho e o novo, o indivíduo e a sociedade podem estar divididos, com algumas de suas dimensões de subjetividade próximas do paradigma dominante e outras, próximas do paradigma emergente.

Utilizando o conceito de paradigma emergente na acepção que lhe dá SANTOS (2003), consideraremos o PSF como uma estratégia para atingir o novo paradigma do modelo de atenção à saúde em que a Promoção da Saúde é um componente importante. O velho modelo, que ainda tem ampla hegemonia, é o que se convencionou qualificar de medicalizado (médicos e

medicamentos) e hospitalocêntrico, priorizando ações curativas de cunho individual. O novo paradigma é centrado em ações de promoção da saúde, em medidas preventivas, de cunho coletivo, assumindo saúde como sinônimo de qualidade de vida. Entendemos o PSF com caráter estratégico na luta pela superação do velho paradigma e advogamos a hipótese de que o ACS é o ente revestido de novidade que fortalece esse caráter estratégico. No ACS e em sua atuação estão concentradas as principais práticas inovadoras, os principais conceitos que surgem em substituição aos conceitos que sustentam o modelo hegemônico que ainda resiste, demonstrando estar ainda com força em seus tentáculos.

Para a apreensão da relação do trabalho do ACS com o advento do paradigma emergente, utilizaremos o material coletado nas entrevistas com os dirigentes, já eles estiveram à frente do processo que se pretendia estratégico na substituição de um paradigma por outro.

Inicialmente, procuramos captar a expectativa que esses dirigentes tinham em relação à possibilidade do advento da novo paradigma, a partir da implementação da estratégia. O aspecto ressaltado foi exatamente o fato de se poder apresentar à população um novo modelo, na tentativa de, progressivamente, substituir o velho, com inúmeras vantagens para a população. Tinha-se também a noção de que a tarefa não seria fácil, exigindo esforços intensos.

Examinemos o primeiro depoimento:

A minha expectativa era de melhora da atenção à saúde, né, eu esperava que a atenção fosse melhorada. Eu tinha uma expectativa de aproximação do posto de saúde da sua comunidade e essa expectativa preocupante em relação à saída dos profissionais que não eram do PSF, mas em reuniões com o território e com a unidade, principalmente com

a unidade, nós conseguimos mostrar que o PSF, mesmo com a saída dos profissionais, ele tinha uma concepção de melhoria da qualidade da saúde.

Nota-se, nesse trecho, a luta que se trava entre o velho e o novo paradigma. O novo modelo poderá ser interessante, mas as raízes do velho modelo estão solidamente atadas à terra e não se deixam arrancar facilmente. O medo da mudança costuma ser imobilizador.

A noção da dificuldade que se enfrentaria para se dar início à remoção dos entulhos do velho modelo e à construção das paredes do novo modelo é manifestada com clareza:

Eu tinha a expectativa e sabia que ia dar um trabalho! Enorme! A gente sabia que existia uma expectativa de que o trabalho ia aumentar muito, né, por conta dessa implantação do PSF, trabalho de deslocar as pessoas, trabalho de chamar novas pessoas, trabalho de modificar a forma de atendimento na UBS. Então, a gente sabia que era um desafio muito grande, né. E havia uma outra expectativa de ver algo novo. Nós tínhamos já muita experiência em relação ao modelo mais antigo. A gente tinha uma expectativa de conhecer algo novo.

Outro dirigente se mostra mais incisivamente otimista, dada a realidade em que se inseria o PSF em sua região:

Na verdade eu estava acreditando que seria uma coisa interessante pra aquela população. Então, eu tinha uma expectativa muito alta em relação ao que a gente sabia, em relação ao que a gente tinha discutido e mesmo em relação ao conhecimento da população. Eu acreditava que daria certo lá.

Daria certo porque a população teria algo diferente do que ela tava tendo naqueles últimos anos, que era um ambulatório de especialidades.

Percebe-se que seu otimismo se prende muito mais ao fato de que se implantaria a atenção básica no território do que ao fato de ser um modelo alternativo, com característica de estratégia rumo ao paradigma emergente, em substituição ao velho, que já se mostrara sem capacidade de resposta à vasta gama de demandas da população.

Uma concepção que difere na forma de se utilizar a estratégia é revelada por outro dirigente, com responsabilidade nas decisões regionais:

Eu via a Lapa como um local do município aonde essa estratégia deveria ter sido usada em...exclusivamente em alguns poucos lugares, que não foi a definição do resto da política do município. A política municipal era pelo máximo de implantação possível. Mas, na minha avaliação, na Lapa a gente deveria estar implantando o programa em determinados lugares. Eu tentei seguir, como gestora, esse meu pensar e a gente começou pelos piores lugares da Lapa que era, naquele mapeamento inicial do diagnóstico feito, que era a região da Vila Leopoldina e uma parte do Jaguará.

O respeito à realidade local, permitindo-se que a decisão fosse tomada ali mesmo e que não viesse de instâncias superiores, concretizando a descentralização, já é, ele mesmo, uma das características do novo paradigma. Não há uma única forma de se atingir o objetivo, mesmo porque o próprio paradigma emergente é mutante.

Na seqüência, procuramos captar as reações que se esboçaram na tentativa de não deixar que a nova estratégia de reestruturação vingasse, bem como as reações dos que a aceitaram. Escolhemos como alvo dessa

análise os servidores do sistema de atenção à saúde e os moradores, em geral usuários do sistema, vistos pelos olhos dos dirigentes.

O primeiro depoimento destaca como principal opositor do novo paradigma, ou pelo menos, da estratégia para se chegar a ele, o profissional médico e, em menor grau, outros servidores que consideravam estar sendo lesados em seus direitos:

Na apresentação, nessas apresentações a gente tinha um pouco de dúvida. Já dava pra detectar, em algumas pessoas, a resistência ao programa. Acho que principalmente nos médicos que...eu conseguia detectar um pouco mais, que era a coisa de atender muita gente, da questão do que eram consideradas as especialidades básicas, da clínica médica, pediatria e gineco e como é que um médico não formado nisso poderia estar dando atenção pra outra especialidade que não fosse a dele, porque eles já eram ou pediatras, ou clínicos, ou ginecos ou psiquiatras e era uma quantidade menor, mas a resistência era maior, pois, no meu entender, foi maior pra esse grupo de trabalhadores. Alguns trabalhadores de nível médio que ficaram bastante temerosos de ter mudança, serem mandados embora da unidade, terem que ir pra unidade mais longe.

Reação semelhante de não aceitação foi detectada por outro dirigente, no que tange à manutenção ou perda de direitos ou de privilégios:

Na verdade foram marcadas reuniões com os funcionários e essas reuniões, elas não foram boas, não foram tranquilas porque a imagem que passou foi de imposição. Os funcionários, eles teriam que estar aderindo naquele primeiro momento do PSF senão a unidade não seria uma unidade... apesar de que lá já tinha a expectativa de ser uma unidade

mista, mas os funcionários que não se adequassem eles estariam indo embora pra outro local.

Notam-se, nesse depoimento, duas vertentes explicativas. A primeira, a da sensação de imposição, ela própria contraria a proposta do novo paradigma. A imposição não condiz com a filosofia que deve imperar no novo paradigma, pois neste se busca o consenso por intermédio do diálogo. A segunda, ao contrário, é uma reação esperada dos que defendem o modelo hegemônico, pois parece lógico e adequado pôr seus “direitos” na frente dos direitos da população.

A mesma reação de oposição por razões meramente pessoais foi relatada por outro dirigente, no entanto ele aponta que a proposta também encontrou adeptos de primeira hora:

A grande maioria dos servidores achou a idéia da implantação muito boa. Os argumentos foram muito bons. A grande maioria, as pessoas, com a apresentação do programa, percebiam que iam perder seu local de trabalho. Essas pessoas tiveram um pouco de... mais rejeição ao programa porque interferia no seu local de trabalho. As outras pessoas, de uma maneira geral, aceitaram bem a idéia do PSF e eu, pessoalmente, acho que o PSF tem uma excelente argumentação para implantação.

Do lado dos usuários do sistema de atenção à saúde, daqueles para quem o sistema, de fato, deveria estar sendo estruturado, as reações tenderam a ser favoráveis, demonstrando, talvez a esperança de que algo novo poderia entrar no lugar do que já estava estabelecido sem conseguir dar respostas a seus anseios. Era como um voto de confiança para a possibilidade de implantação de um sistema com mais resolutividade segundo sua ótica. Fica patente, nesse processo, que, no modelo antigo, a participação da população era muito restrita, o que dificultou a presença de

contingentes grandes para a discussão do novo. É possível detectar que, para alguns, o efeito demonstração teve um peso relevante na tomada de decisão em relação a que lado apoiar.

Vejamos o relato do dirigente do nível de coordenação:

Nós fizemos algumas reuniões com a população, às vezes, com bastante dificuldade de reunir mesmo esses grupos de população. Eu acho que a região aonde nós mais fizemos essa aproximação com os moradores foi na região da Vila Piauí, que já tinha uma certa organização de moradores que a gente, então, conseguiu se aproximar. Até porque tinha uma resistência maior ali do que era o PSF. Nós conseguimos implantar no Jaguará, aí eles começaram a reivindicar que tivesse o programa também na Vila Piauí. Teve também aproximação com a população da região da Vila Leopoldina, mas com número menor porque era uma população bem menos organizada do que a da região da Vila Piauí e Jaguará. (...) tinha bastante dúvidas do que poderia ser o programa, tinha uma expectativa também positiva de que o programa pudesse mudar algumas coisas. A grande preocupação dos moradores continuava a ser aquelas questões que já existiam historicamente, que era a falta de atenção, era não ter especialidade. Então, como é que isso acontecia? Mas, eu acho que tinha uma avaliação positiva de uma parte da população do que seria o programa, do que poderia mudar pra melhor. Agora, uma parte da população era bastante resistente. A gente enfrentou vários problemas, inclusive no Jaguará, mas assim, gente localizada da população que de imediato se colocava contra o programa sem saber ainda o que ele era, o que ele poderia ser de fato.

O fato de a população não ter um bom grau de organização foi ressaltado como uma das dificuldades no início da implantação do PSF. Parece ter havido um desvio da análise, pois um dos pressupostos da estratégia era exatamente a possibilidade maior de o novo modelo estimular a participação da comunidade. O PSF pressupõe que sua atuação ajuda a população a ser organizada, não podendo, então, ter com pré-requisito para sua implantação que a população já esteja organizada. Talvez tenha ocorrido aqui uma manifestação espontânea de resquícios do velho paradigma, fazendo com que dirigentes do processo de implantação do novo resvassem em uma postura um tanto conservadora.

Vejamos como isso foi relatado por um dirigente do nível local:

Na verdade, na minha...no posto que eu tava, nós não tínhamos Conselho Gestor. Então, foi tentando fazer e, por algum motivo, na época, a gente ainda não tinha Conselho Gestor. Então, foi apresentado o PSF na subprefeitura. E mesmo quando nós tínhamos as reuniões do Orçamento Participativo, também isso era colocado, inclusive essa era uma das reivindicações da população, a ampliação do PSF.

Outro dirigente de nível local não teve a mesma ressalva e considera que a população esteve sempre favorável à proposta:

Eu participei no território da Vila Jaguara e conforme a gente foi implantando o PSF, primeiro a contratação dos agentes comunitários, o processo de contratação dos agentes, começou a haver já um movimento no território, porque os agentes eram moradores, de que haveria essa mudança na forma da atenção básica no território. A impressão dos moradores foi muito boa. O território, eu justamente posso falar da Vila Jaguara, o território não foi contrário à implantação do

PSF. Eu acho que o posto teve uma atuação boa junto aos moradores.

Um outro aspecto importante em relação à implantação da estratégia com vistas ao novo paradigma é o que se refere às diretrizes da capacitação. Havia uma normatização centralizada do processo, com pequena margem de adaptação nos níveis locais, ficando os dirigentes praticamente alijados dessa construção. Essa aparente contradição entre os pressupostos filosóficos do novo paradigma e a prática concreta talvez possa ser explicada pelo contexto histórico da implantação do PSF em São Paulo, como relatado na Parte I. Tratava-se de reimplantar a atenção básica que havia sido praticamente implodida pelo PAS, mas não fazê-lo com base no que ela era antes do advento do PAS; a opção era por implantar a atenção básica já com a nova estratégia com poder reestruturante do modelo inteiro. E isso demandava uma grande urgência, o que sugeria a necessidade de utilização de instrumentos padronizados, elaborados centralmente, com base em intensas reflexões e em experiências exitosas que já se espalhavam pelo Brasil. A análise documental que elaboramos com o material utilizado na capacitação do ACS não aponta para a possibilidade de este fato ter contribuído negativamente para a implantação no nível local. Vejamos o posicionamento dos dirigentes a esse respeito:

O conteúdo vinha de fora e não só a equipe e eu com certeza não, mas pelo que eu me lembre nem a equipe teve muito, assim, liberdade de mexer no conteúdo, a não ser o conteúdo que se mexia dentro da própria dinâmica do que tava acontecendo no dia do treinamento, porque aí, ficava a critério da gente. Então, tinha uma certa orientação de trabalhar questões éticas de uma forma um pouco mais aprofundada e algumas questões que depois tivemos que trabalhar de novo, tipo aquela confusão que se dá entre o papel do agente

comunitário com a população na hora que ele vira um trabalhador fazendo parte da instituição. Nessa confusão de papéis que nós tivemos que ter entradas, mas aí, com equipes específica e estar dizendo: 'você não é, não tem que botar gente no carro e levar pra hospital, não tem que levar remédio em casa, esse tipo de coisa assim.

Essa margem para adaptação do que era padronizado às realidades locais fica bem patente no depoimento de um dirigente local:

(....) durante todo esse período que eu fiquei lá com eles, nós fizemos vários encontros, muitos encontros. Encontro dos agentes comunitários, encontro com a prefeita, encontro com o secretário, vários encontros, e também o secretário foi visitar a unidade, mas não houve uma continuidade dessa capacitação. E o que eu me lembro é o seguinte: entre eles terem realizado o Momento 1 e ser contratada a equipe completa houve um período grande. Nesse período grande, o agentes comunitários foram capacitados, ainda estava um pequeno grupo e outro grupo estava sendo selecionado e eles ficavam na unidade. E neste ficar na unidade enquanto a equipe não era completada, a gente sentava com os agentes comunitários e a gente uniformizava os olhares. Esse momento foi bastante bom, tanto que eu acho que os agentes comunitários se integraram bastante antes de constituir a equipe com auxiliar de enfermagem, enfermeira e médico.

Em relação a alguns momentos em que o ACS parece contaminado pelo espírito do velho paradigma, apesar de ter recebido estímulos para que incorporasse o espírito do novo, mais uma vez se pode notar o quanto o velho é forte e tem ainda muita energia para resistir aos movimentos de mudança. É o que se pode depreender da fala de um dirigente local:

Eu acho que eles receberam a informação. Eu acho que o Momento 1, que foi essa capacitação de que como seria o trabalho do agente comunitário foi abordado. Eu não participei do Momento 1, mas eu imagino que tudo isso foi abordado. Mas, se foi tudo abordado, por que não acontece? Tem algumas coisas que eu acho que a gente aprende e depois é o estímulo à prática que complementa o aprendizado. Então, eu acho que nenhum agente comunitário, hoje, pode dizer que não sabe que trabalhar com promoção da saúde é melhor do que trabalhar com atenção à doença. Mas, por que então eles trabalham mais com atenção à doença do que com promoção da saúde? Porque é muito mais difícil trabalhar com promoção. Então, isso precisa de estímulo, precisa de estímulo constante, entendeu? Estar sempre ali marcando.

Essa prática de acompanhamento mais constante parece ter sido executada em outro território, conforme expõe o dirigente local:

Até era uma reivindicação deles. A gente acabava saindo muito da unidade, seja pra ir visitar alguns locais que eram mais difíceis e tava tendo algum problema, seja porque eles pediam que a gente tivesse mais perto. Então, por exemplo, treinamento. Treinamento acabei indo em algumas aulas, por exemplo, essa da AIDS que teve e foi o último que eu participei em que eu fui porque me convidaram, me convocaram pra estar sabendo exatamente o que tava sendo discutido lá. E mesmo visita, quando tinha algum problema mais sério, eles pediam pra que eu estivesse junto. Então, eu acabei fazendo. Não era rotina eu fazer visita nos lares, mas eu acabava indo em um ou outro por algum problema. Então, eles pedia a minha ajuda. Uma coisa interessante, como a gente tinha um

grupo de adolescentes que a gente reunia uma vez por mês, a gente acabava visitando, conhecendo todos os locais sociais da região. E tinha uma equipe deles, não eram todos não. Então, a gente acabava tendo muito mais pé da região do que eles falavam por conta dessas reuniões. E assim, a gente sempre teve um papo muito aberto, a gente sempre teve a porta aberta e eles sabiam que podiam contar tudo e a gente acabava fazendo uma troca muito boa, eu e eles.

Essa forma compartilhada de resolver problemas, em que a autoridade se despe do habitual comportamento autoritário, na busca de soluções conjuntas e consensuais também é apontada por um dirigente local, relatando como se desenrolou o começo conflituoso entre o ACS e a própria unidade, ressaltando a força da ambivalência de sua inserção:

(....) a forma de abordagem foi essa: reuniões com as equipes e também com os agentes comunitários onde foi colocado como nós estávamos vendo o problema dessa ambivalência e colocado que se colocar contrário à forma como a gente estava trabalhando no posto não iria trazer benefício algum pro seu território, que seria... como é que a gente poderia estar junto, mudando o posto de saúde e ir resolvendo essas demandas do território. Eu acredito que houve uma solução. O problema não se perpetuou. Resolveu tudo? Não. A gente não resolveu ainda uma série de angústias que tem no território, mas ele já não vem com aquele papel de cobrança de que o posto, como se ele não fizesse parte do posto. Tinha que resolver. Hoje, ele sabe que o problema é nosso, do posto de saúde.

Nos passos que devem ser dados para que o novo paradigma se fortaleça, o ACS tem um papel relevante, embora não tenha ainda

conseguido desabrochar todo seu potencial, conforme se pode depreender dos depoimentos dos dirigentes:

Eu acho que ele tem um papel bastante claro de elo de ligação entre a equipe que fica sediada dentro da unidade e a população, fazendo parte desse elo de ligação. Um trabalho que eu acho que eles deveriam ter e, na minha avaliação, não tiveram em nenhum momento desse processo, salvo por iniciativas pessoais de um ou de outro agente, que é o papel de um olhar para dentro das comunidades, um papel de olhar para a intervenção, e , portanto, poder propiciar caminhos para que intervenções pudessem acontecer nesse território. Eu acho que esse papel eles não assumiram. Eles ficaram muito por conta de um elo de ligação que, às vezes, era muito esquisito até, entre população e a unidade de saúde e confundindo muito seu papel...ora era povo, ora era agente institucional...

SANTOS (2003) aponta que “é comum que, numa situação de transição paradigmática, o indivíduo e a sociedade estejam divididos, com algumas de suas dimensões de subjetividade próximas do paradigma dominante e outras próximas do paradigma emergente”.

O seguinte depoimento de um dirigente local revela que isso ocorreu no início da implantação do PSF no cenário deste estudo:

Eu não acredito que o agente comunitário tenha feito trabalho nesse sentido, até porque incluía uma crítica ao próprio PSF, né, porque se expunha muito a saúde. O PSF expõe um pouco mais as entranhas da saúde. A gente chegou a passar por um momento de crítica ao posto de saúde porque as doenças foram mais identificadas a partir dos cadastros, as pessoas

foram mais ao posto criticar. O posto passou por um processo de análise geral da população e, num primeiro momento, nós fomos muito acusados pela população. Mas, ao invés de o posto se associar ao território, o posto se defendeu das acusações e tentou usar o agente comunitário pra que ele fizesse um trabalho no território pra que as pessoas conhecessem a proposta do PSF de trabalhar com risco, de algumas doenças que a gente nem abordaria, que seriam encaminhadas. Mas esse trabalho não foi um trabalho muito bem feito. A gente conseguiu, com muito sacrifício, contornar esse primeiro momento que era tido como normal. É normal quando a gente implanta o PSF acontecer isso: uma demanda muito grande ao posto de saúde. Na verdade, essa demanda muito grande ao posto de saúde trouxe pro Jaguará muitas reuniões e muitas propostas de trabalho, mas pra trabalhar com a população que vinha doente, né. Nós não conseguimos mobilizar o território pra questões que são fundamentais em relação à promoção da saúde.

Este outro depoimento também reforça tal fato:

(...) ele não ouve o que eu falo, ele tem opinião própria; e a gente trabalhar dentro da equipe que ter opinião própria não quer dizer que é contra o seu território. Se ele tem uma opinião, a gente tem que ouvir e respeitar. Eu tenho vários exemplos disso e a comunidade vir pedir pra que o posto ouça e a gente tem que trabalhar dentro da equipe, entendeu?, que abra, não tanto o agente comunitário, mas com outros profissionais da equipe isso aconteceu. Médico é mais, não querendo ouvir algumas reivindicações que o território faz e torna preconceituoso uma pessoa que venha fazer uma crítica ao seu trabalho dentro do território, isolar essa pessoa ou

ironizar a forma com que a pessoa vem fazer uma queixa ou vem trazer uma idéia nova. O agente comunitário, hoje, já está um pouco mais adulto pra aceitar o comentário. O resto da equipe, não. Entende como uma crítica ao seu trabalho.

Em relação ao ACS, há o reconhecimento de sua importância estratégica, mas há também o reconhecimento de que ainda não completou seu ciclo de formação para exercer em toda sua plenitude seu potencial empoderador, com vistas à transformação do paradigma:

Ele não está totalmente preparado. Acho que essa palavra é correta. Ele está melhor do que qualquer outro. Eu não identifico nenhum outro profissional que não o agente comunitário pra poder fazer essa construção do saber, mas eu não acho que ele está totalmente preparado. Eu acho que ainda precisa colocar na cabeça dele essa idéia do ouvir. A idéia do ouvir sem crítica, a idéia do construir a partir do que você ouvir, né. Eu acho que ainda não tem essa prática, mas quem não é agente comunitário ainda está passos atrás dele. Eu ainda acho que ele é a pessoa necessária e fundamental pra fazer essa mudança de concepção de trabalho em saúde, mas ele ainda não está preparado. Precisa de um trabalho em cima do próprio agente comunitário. Acho que nem é trocando a pessoa. É só fazer um trabalho em cima desses funcionários.

Tendo em vista que o papel de supervisor para o trabalho do ACS foi reservado ao enfermeiro, é necessário que tal profissional esteja em perfeita sintonia com a filosofia do novo paradigma, o que, na prática, parece não ocorrer. Uma parte da responsabilidade sobre o fato apontado no parágrafo anterior pode-se atribuir a esse fato, como se pode depreender do seguinte depoimento:

No dia-a-dia, esse papel tá quase que definido como sendo da enfermeira da equipe. Lógico que não deve se distanciar do médico, da equipe inteira. Médico, enfermeira, auxiliar e agente precisam fazer reuniões a respeito da atuação no seu espaço de trabalho, mas quem fica, no cotidiano, no dia-a-dia, pra fazer a supervisão direta é a enfermeira da equipe. Na minha avaliação, ela não teve nenhuma formação no sentido de trabalhar essa supervisão que não fosse no sentido biológico da atuação dela e dos agentes comunitários. Essa formação, essa capacitação da enfermagem, na minha avaliação, não existiu.

Essa fala nos remete, mais uma vez, à questão da sobreposição das pretensões de poder às pretensões de validade. Médicos e enfermeiros chegaram ao PSF supostamente já formados; o ACS precisa ser formado. Mas a formação que médicos e enfermeiros tiveram, na maioria dos casos, não condiz com a prática que se espera deles no interior do PSF. Por isso, por trazer uma bagagem mais enraizada nos valores do velho paradigma, sua capacitação para atuar no PSF deverá ser muito mais ampla e mais rigorosa. Caso isso não ocorra, o risco de sua prática ser baseada em pretensões de poder será muito grande. Embora esse não seja o objeto deste estudo, sabe-se que, no caso da Coordenadoria de Saúde da Lapa, essa capacitação não teve tal amplitude.

Em relação ao que isso pode significar de potencial inibidor ao potencial de empoderamento do ACS, um dirigente local identifica bem o problema:

Há uma força da equipe inibindo esse trabalho, porque, se o médico, se a enfermeira começar a cobrar dele o grupo de diabetes, de hipertensão, as dez visitas que você tem que fazer por dia e ficar no acolhimento da unidade, ele não vai dar conta

disso. Se a gente não centrar, o PSF vai ficar nisso. Se esse é o papel dele, é o papel mais importante, ele não vai fazer, só vai ficar sob pressão de outras ordens.

Pode-se interpretar parte da fala acima sob a ótica de Habermas, quando analisa a colonização do mundo da vida pela presença da burocratização excessiva dos afazeres. O PSF, para perseguir seus objetivos, deve propor-se a descolonizar o mundo da vida, enfrentando, pela ação comunicativa, a poderosa influência do sistema.

Como sugestão para que se evite esse desvio de rumo, o mesmo dirigente apresenta sua proposta:

Manter ele dentro dessa teoria, fortalecer essa concepção de empoderamento do território. Esse conceito não está dentro da prática deles. Está com eles, mas não está dentro da prática deles e isso precisa duas coisas: acender toda semana, a cada quinze dias, como se fosse uma fogueira que vai se apagando, porque a pressão é contrária. Então, você tem uma pressão em cima da qualidade de vida deles, uma pressão em cima do indivíduo identificado como doente, há uma pressão em cima da doença. Então, você tem que estar acendendo a chama da promoção, da qualidade de vida, do empoderamento do território; de as pessoas começarem a se sentir fortes pra poder discutir território, o que seria melhor pra esse território. Isso tem que ser colocado muito no agente comunitário pra que ele consiga passar isso.

Quanto ao desempenho do ACS, o dirigente do nível de coordenação é de opinião que ainda falta algo em sua formação para que se tornem defensores incondicionais do novo paradigma:

Eu acho que, no geral, dos agentes comunitários, se a gente levar no geral, eu acho que ainda precisa de um pouco mais de tempo pra isso acontecer. Eu acho que, em especial, pra alguns agentes comunitários, a gente já poderia estar trabalhando com alguns agentes comunitários nessa questão, mas eu acho que, no geral, a gente precisa de mais tempo para que algumas coisas irem acontecendo, pra que a gente possa chegar nisso.

Apesar disso, o mesmo dirigente reconhece que a presença do ACS faz diferença no sistema de atenção à saúde:

Olha, eu acho que, em certa medida, ele faz. Não sei se o agente comunitário tem claro essa questão. Não sei se o agente comunitário em si, como agente comunitário ou se o próprio programa ao ser implantado e ao se desenvolver no cotidiano é que traz um outro olhar para a atenção básica.

Um dirigente local é mais enfático a respeito do papel que o ACS tem tido no sistema de saúde, embora também advogue a necessidade de aprimoramentos:

A resposta é sim e eu não tenho dúvida. Os dados mostram que a atenção ao bairro ficou melhor. Sem dúvida alguma. O PSF precisa ser melhorado, mas ele é melhor do que o sistema antigo, ele precisa ser revisto em alguns pontos e a figura do agente comunitário ela é fundamental para a obtenção desses resultados que a gente tem. Eu não tenho dúvida alguma da vantagem que é ter agente comunitário, e da vantagem de trabalhar com o território. Há que se aprimorar as equipes. A idéia é trazer uma rediscussão da saúde no território, mas o

papel deles, eu acho fundamental pra melhoria da qualidade da saúde.

Por último, as visões do dirigente de nível de coordenação e de um dirigente local sobre o que esperavam do PSF e o que conseguiram ver na prática concreta, o quanto do novo paradigma já pode ser visualizado e o quanto de raízes ainda ficaram do velho paradigma. Para o primeiro, um certo grau de frustração, apesar do balanço positivo:

Ah! Ficou uma defasagem. A expectativa que eu tinha era de uma atuação muito melhor, não só do agente comunitário, mas do programa inteiro implantado. Eu tinha uma expectativa que o PSF pudesse alterar os rumos da atenção básica, provocar uma reorganização na atenção, provocar até uma reorganização dentro do serviço da unidade e, principalmente, trabalhar essa questão que pra mim é muito clara, é muito importante, que é a intervenção nos territórios pra que a gente possa buscar a alteração do estado de saúde da população. Eu acho que esse objetivo a gente não cumpriu. Eu acho que ainda tem muito para ser feito nesse sentido, até porque, dentro do setor saúde, nós todos, nós técnicos todos, temos que batalhar muito por essa questão, pela questão da promoção da saúde.

Para o dirigente local, não se trata de avaliar se o PSF é bom ou mau, mas sim de se avaliar o PSF por dentro, para se ver o que se coadunou com a idéia de um novo paradigma e o que deixou a desejar nesse quesito:

Eu penso o seguinte: expectativa de cadastro de doente isso cobriu; expectativa de ter o território mais sob controle, ter o posto com mais aproximação com a população tudo isso se cumpriu. O que não se cumpriu: dá pra se melhorar o

acompanhamento ao doente; não se cumpriu o papel de empoderamento do território; não se cumpriu o papel de fazer discussão de qualidade de vida; não se cumpriu o papel de facilidade de saída de profissionais dentro das equipes, isso também não se cumpriu. Uma série de expectativas em relação ao PSF foram cumpridas, uma série de problemas foram identificados no tempo, e eu acho que isso merece discussão e modificação.

Uma constatação final do dirigente local pode ser utilizada como fecho dessa análise de facetas do objeto submetido à pesquisa, e, ao mesmo tempo, como proposta para se iniciar uma nova fase no PSF de São Paulo, no trabalho do ACS em seu interior, para engrossar a fileira dos que batalham pela vitória do paradigma emergente:

Eu acho que não houve o modelo, como é que a gente faz esse empoderamento através do agente comunitário. Eu, pessoalmente, eu fui gerente e não tenho modelo. É através de reunião como dois pra ver se viram dez? Qual é a estratégia que a gente, que o PSF impõe pra que a gente consiga ir e vir empoderando, ir dando esse caráter de força pro território?

É inquestionável que não se concretizou a instalação de um novo paradigma em toda a sua amplitude, como ficou patente nas observações do campo e nas opiniões dos dirigentes. Um paradigma em que as interações sociais sejam baseadas no diálogo, sem imposições, em que se transite da doença para a saúde, em que as práticas de Promoção da Saúde ganhem espaço ao lado das medidas de cunho curativo organizadas sob outra lógica e, finalmente, em que o coletivo tenha supremacia sobre o individual, esse paradigma ainda não foi alcançado.

É inegável, no entanto, que o PSF está cumprindo seu papel estratégico como articulador dessa mudança. Não, talvez, com a velocidade que deveria ter, no ponto de vista dos que propugnam pelo paradigma emergente, dado que as forças favoráveis ao paradigma dominante estão sempre presentes. É inegável, por outro lado, que o ACS está cumprindo um papel de grande importância para que essa passagem de um para outro paradigma se concretize.

Fica evidente que uma das carências do modelo de transição representado pelo PSF é a ainda pequena expressão das práticas do campo da Promoção da Saúde. No caso particular deste trabalho, surge como ponto merecedor de atenção especial a ampliação das atividades grupais.

Pode-se apontar que o ACS não está sendo utilizado em toda sua plenitude neste quesito, apesar de ele apresentar potencialidades para tal, podendo colaborar, cada vez mais, pela realização de práticas grupais, para o advento do novo paradigma.

Outro aspecto que merece atenção é a necessidade de maior participação da equipe do PSF, com destaque para o ACS, em atividades que mobilizem a comunidade na busca de soluções para problemas que a afligem. Não é suficiente que elementos da equipe, ou apenas o ACS, se coloquem como aliados nas manifestações comunitárias: é preciso que a ação de mobilizar faça parte de suas rotinas.

Como decorrência dessa atividade empoderadora, espera-se que a equipe do PSF tenha uma maior participação política, tanto de apoio às reivindicações da comunidade junto ao poder público, quanto na efetivação de parcerias que favoreçam o exercício da cidadania.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerações Finais

O Brasil está vivenciando mudanças importantes no sistema de atenção à saúde após o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990. A aplicação de seus princípios e diretrizes tem significado um grande avanço, com impacto importante sobre os indicadores de saúde em várias regiões do país. As mudanças econômicas e sociais também se fizeram perceber, embora de forma heterogênea entre as várias regiões. Nesse quadro de mudanças, surge, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF).

O PSF se alastrou por todo o país muito rapidamente, e, apesar de receber muitas críticas por problemas em sua implantação, em especial no tocante à política de recursos humanos, mostrou-se capaz de produzir resultados e de mudar determinadas realidades.

O município de São Paulo, após um período de oito anos, em que esteve fora do SUS, pondo em prática um sistema e uma política de saúde que desrespeitavam os princípios fundamentais do SUS, voltou a aderir a ele em 2001. Nesse movimento de regresso, fez-se uma opção arrojada, representada pela implantação do PSF como estratégia para reestruturar o sistema. Não se pretendia apenas a volta ao SUS, mas a pretensão incluía a mudança do sistema de saúde no seu âmago, visando alcançar os objetivos do SUS a partir do seguimento de seus princípios básicos. Propugnava-se pela transformação do modelo hegemônico de atenção, calcado em uma concepção de natureza biológica, medicalizado e hospitalocêntrico, que priorizava os cuidados curativos e de cunho individual. Trata-se de implantar um modelo fundamentado num novo conceito de saúde (saúde como qualidade de vida), priorizando ações de promoção da saúde e de prevenção, de cunho eminentemente coletivo, com a reorganização das

ações curativas sob outra ótica. O sistema seria reestruturado a partir da atenção básica, e esta, por sua vez, seria organizada sob a ótica do PSF.

São evidentes os pontos coincidentes entre o PSF e as propostas de Promoção da Saúde. O PSF do município de São Paulo foi assentado sobre bases que bem o demonstram, como se registrou no início de sua implantação:

A estratégia Saúde da Família assume o conceito de saúde como qualidade de vida.

A estratégia Saúde da Família centra sua atenção no coletivo e no indivíduo membro de uma família inserida numa comunidade.

A estratégia Saúde da Família centra sua intervenção na prática interdisciplinar.

A estratégia Saúde da Família impulsiona a participação comunitária, que se traduz no envolvimento no processo de planejamento, execução e avaliação das ações. (SMS 2001).

Ao assumir a saúde como qualidade de vida, está assumindo também que os determinantes dessa saúde extrapolam o sistema de atenção, tendo raízes em vários outros setores. Isso faz com que se trabalhe de forma intersetorial, identificando os fatores de risco para adoecer, procurando diminuí-los ou eliminá-los, bem como se preocupando em obter um ambiente saudável. Disso decorre uma de suas semelhanças com a Promoção da Saúde.

Ao voltar sua atenção no coletivo, muda o foco do modelo hegemônico de atenção à saúde, extremamente voltado para as práticas curativas e individualistas, permitindo que se passe a considerar a presença de indivíduos sãos, eventualmente submetidos a risco de adoecer. A proposição de medidas de Promoção da Saúde, então, passa a ser fundamental, para que esses indivíduos sãos mantenham sua saúde.

As ações de Promoção da Saúde são de cunho eminentemente interdisciplinar para que possam dar conta da multiplicidade de facetas que a saúde assume. E essa é também uma das bases do PSF, que não prescinde de conhecimentos oriundos de várias disciplinas para seu bom desempenho.

Ao impulsionar a participação comunitária, o PSF praticamente se identifica com a Promoção da Saúde, uma vez que esta é definida como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.” (BRASIL 2001)

No interior do PSF, como uma espécie de símbolo da nova prática, destaca-se a presença do agente comunitário de saúde (ACS). É um trabalhador **sui generis**, pois é uma pessoa da própria comunidade onde atua e, ao mesmo tempo, é uma pessoa que se capacitou, que adquiriu habilidades que o transformaram em agente de saúde. É, portanto, detentor de um saber que será colocado na tarefa de construção do novo paradigma na atenção à saúde.

Vários estudos reconhecem o potencial de empoderamento de que se revestem as práticas da promoção da saúde. Reconhecem também a necessidade deste empoderamento da população para que a transformação do modelo se concretize. E a prática do PSF demonstrou sua capacidade de empoderamento de indivíduos, de grupos, de comunidades. O presente estudo teve como objetivo demonstrar o potencial de empoderamento que tem o ACS para motivar indivíduos, grupos e comunidades, com vistas à transformação do modelo, fazendo surgir, progressivamente, o novo paradigma.

Utilizando-se a metodologia qualitativa, realizou-se um estudo de caso, tendo como objeto o ACS do PSF implantado em dois distritos administrativos da subprefeitura Lapa, em São Paulo. Foi escolhido para o estudo o PSF de duas unidades, a UBS Vila Jaguara e a UBS Parque da Lapa, que foram as que primeiro implantaram o programa.

A análise documental do material empregado na capacitação do ACS revelou a preocupação em fazê-lo segundo o modelo pedagógico participativo, fazendo com que o ACS já estivesse passando por um processo de empoderamento, necessário para dar esse caráter a sua atuação.

Tanto o conteúdo quanto a metodologia empregada nessa capacitação tinham o propósito de preparar o ACS para compreender o novo conceito de saúde com o qual o PSF pretendia trabalhar, bem como para compreender o conceito de Promoção da Saúde e seu papel como uma das principais bases do novo paradigma.

Esse processo de capacitação permitiu ao ACS a percepção de que o diálogo era a principal ferramenta para o empoderamento, primeiramente de seu próprio empoderamento e, em seguida, em seu papel de agente empoderador de sua comunidade. O emprego de uma metodologia problematizadora, o emprego de dinâmicas para propiciar a interação, o uso de técnicas participativas favoreceram a formação do ACS, habilitando-o a atuar no contexto da proposta inovadora. Tal fato foi comprovado pela análise do material coletado na observação do trabalho rotineiro do ACS, conforme exposto no capítulo III da Parte III.

Observou-se que o ACS ressentia-se da falta de educação continuada, ampliando o aprendizado da fase inicial, provendo-o de outras habilidades para dar maior rendimento a suas ações, bem como

capacitando-o para intervenções em campos mais complexos, por exemplo nos grupos e na comunidade.

Surge também como recomendação, em decorrência das análises realizadas, que se amplie a abrangência da capacitação dos demais componentes da equipe, levando-os também à incorporação de aspectos fundamentais para uma atuação mais condizente com os propósitos do PSF, desligando-os do apego à normatização e à prescrição.

A análise da observação não-participante do trabalho do ACS revelou que sua atuação tem um grande potencial de empoderamento, nas cinco esferas propostas por Labonte, em sua holosfera do empoderamento. Essa afirmação é confirmada pela análise das entrevistas com os dirigentes do processo de implantação do PSF.

No entanto, esse potencial se apresentou em graus diferenciados em cada uma das esferas. O que se observou em relação ao nível de empoderamento individual, por exemplo, é que ele ocorre, mas ainda muito atrelado à questão da doença, sendo restritas as atividades dirigidas ao indivíduo sadio, na promoção da sua saúde, expressas essas mais através de organização de caminhadas, o que não representa um avanço significativo na direção de um novo modelo de atenção.

No nível do empoderamento grupal, apesar de o ACS já apresentar uma perspectiva de uma maior inserção, o que se pôde perceber é uma participação ainda tímida em relação ao potencial de que a atividade se reveste em termos de empoderamento. O estímulo a essa participação e o correspondente preparo para fazê-lo é uma das recomendações básicas que decorre deste trabalho de pesquisa. É necessário que o PSF da Coordenadoria de Saúde da Lapa o faça para que o PSF cumpra, em uma amplitude maior, seu papel estratégico de transformação. Essa

recomendação extrapola o nível de atuação do ACS, atingindo a unidade como um todo, em especial a equipe de Saúde da Família.

Quanto ao empoderamento no nível comunitário, observou-se que o ACS tem tido um bom desempenho, atuando como importante aliado de sua comunidade na busca de solução para seus problemas. Essa participação deve ser estimulada, principalmente porque o ACS, com sua prática de uma ação comunicativa, pode colaborar na organização dessa comunidade em suas reivindicações. O fato de o ACS já trabalhar na perspectiva de saúde como qualidade de vida e a presença do forte vínculo que estabeleceu com sua comunidade apontam para a eficácia dessa recomendação. A mobilização da comunidade, certamente, terá papel catalisador no processo de transição para um novo modelo de atenção.

Uma recomendação decorrente da análise é a necessidade de inclusão desse aspecto como parte da rotina de trabalho da equipe do PSF, com ênfase para o ACS, tornando-os mais ativos na mobilização da comunidade para o enfrentamento dos problemas diagnosticados no território. Para isso, há a necessidade de ampliação da capacitação, com reforço da metodologia problematizadora.

.

Na esfera política, observou-se que o ACS procurou posicionar-se ao lado de sua comunidade na busca de soluções para seus problemas junto ao poder público. É muito positivo o fato de que o ACS tenha percebido que essa atividade faz parte do rol de suas atribuições, bem como o fato de que isso tenha tido uma correspondência pelo lado da população. Pode-se ressaltar, no entanto, um certo grau de impotência do ACS diante da situação concreta de mudança do representante da municipalidade, o subprefeito, após a troca de governo em 2005.

Uma reflexão sobre esse fato conduz-nos a propor que se amplie a discussão sobre esse componente da atuação da equipe do PSF, não

apenas do ACS. Com base no conceito de determinação social do processo saúde/doença, concebendo saúde como qualidade de vida, pretendendo pôr em prática os preceitos de uma Promoção da Saúde de cunho emancipatório, não há como negar a importância da participação política da equipe do PSF.

Outro ponto que chamou a atenção, nessa esfera, foi o da ambivalência do ACS, pois nessa atuação é que ela se manifestou com maior exuberância. O ACS deixou claro que ali estava como morador e como ACS, demonstrando interesse pela causa em pauta, tanto como um quanto como outro. Apesar dessa constatação, essa ambivalência não foi percebida como algo que inibisse sua atuação ou que diminuísse seu rendimento.

Sob a ótica da Teoria da Ação Comunicativa de Habermas, a análise do material coletado revelou que o ACS está habilitado a empregar a ação comunicativa, priorizando o diálogo como sua principal ferramenta de trabalho. Segundo Habermas, pelo diálogo o homem reassume seu papel de sujeito; assim, a atuação do ACS em seu cotidiano tem essa importante conotação, colaborando para que se possam concretizar as bases do novo paradigma, que pressupõe que os homens sejam sujeitos e não mais objetos das práticas sociais.

Observou-se na prática cotidiana do ACS, o que foi também reforçado pelo discurso dos dirigentes, que ele está preparado para o exercício de interações baseadas em pretensões de validade, não impondo seus pontos de vista, apesar de ser percebido com alguém diferenciado em relação à comunidade de que faz parte. Seu discurso, nas interações dialógicas, apresenta um sem número de atos de fala ilocucionários, não se percebendo contaminações com atos de fala perlocucionários. Como consequência, os fins que persegue são eminentemente ilocucionários, o

que garante a efetividade da interação dialógica, base para que as condições para a transformação do paradigma se façam presentes.

Em determinadas situações, pôde-se observar que as pretensões de poder não foram eliminadas, fazendo-se presentes nas interações do ACS com a população, e, mais freqüentemente, nas interações entre os demais componentes da equipe e o ACS, prejudicando, assim, o caminhar no sentido da emancipação. Esse fato reforça a necessidade de se prover capacitação com metodologia problematizadora para toda a equipe, ampliando o leque de conteúdos em relação ao que se faz hoje.

Conclui-se, portanto, que o ACS está atuando de forma a ser um parceiro de relevância na luta dos que propugnam pela implantação de um novo modelo de atenção à saúde.

A análise com base nos estudos de SANTOS (2003) sobre a emancipação revelou que o PSF implantado na Coordenadoria de Saúde da Lapa já apresenta características do paradigma emergente e também que o ACS teve uma relevante contribuição para que isso ocorresse. Revelou, no entanto, que se está apenas no início de um processo de transformação, e que forças conservadoras, interessadas na manutenção do velho paradigma se fazem presentes a todo instante. Isso aponta para a necessidade de uma atitude vigilante constante por parte daqueles que propugnam pela implantação mais consistente de um novo modelo de atenção à saúde.

Como foi exposto anteriormente, o ACS tem uma importante contribuição na mudança do comportamento da população em relação a assumir a responsabilidade por sua saúde, isto é, o autocuidado, mesmo que de forma parcial, ainda muito vinculado à questão da doença. Seu potencial, no entanto, é revelador de que pode dar o salto de qualidade em direção ao autocuidado nos termos da Promoção da Saúde. Para tanto, é necessário que o próprio PSF, em especial os componentes da equipe mais

tradicionalmente capacitados para lidar com os determinantes biológicos (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem), se se proponham a iniciar um caminho para essa superação. Temos dúvida sobre sua motivação e sobre o interesse dos dirigentes atuais em que esta mudança aconteça. Pela sua própria natureza, o ACS está pronto para fazê-lo, mas não foi capaz de tornar-se vanguarda desse processo. Essa é uma questão que merece maior reflexão por parte dos responsáveis pelos destinos do PSF em São Paulo, sendo uma das recomendações que advêm deste trabalho de pesquisa, pois a consecução desse objetivo é um importante passo na consolidação de um novo modelo de atenção à saúde.

Retomando-se a análise da participação do ACS na atividade grupal, pode-se afirmar que o ACS está ansioso por exercê-la de forma mais ampla e plena, no entanto necessita de capacitação mais profunda para torná-lo mais seguro nessa prática. O emprego de pretensões de poder por parte dos profissionais impede ou dificulta o preparo do ACS para esse tipo de atividade. A falta de consciência crítica dos profissionais sobre o tipo de processo educativo autoritário que desenvolvem prejudica ou dificulta o andamento do processo de mudança na direção de um novo modelo de educação e de atenção à saúde. Notou-se também que o atrelamento ao aspecto biológico se fez presente na atividade grupal, em detrimento da abordagem da saúde como qualidade de vida. Surge, então, como mais uma recomendação, a proposta de se ampliar o leque de temas para a atividade grupal, desatrelando-a o mais possível da abordagem da doença e de seus afins. A consecução desse objetivo é de grande valia para a transição para o novo modelo de atenção.

Quanto à participação do ACS nas atividades comunitárias, como um aliado na reivindicação de políticas públicas saudáveis, observou-se que ela foi efetiva, porém não se configurou como uma prática generalizada entre eles. Nesse sentido, cabe a recomendação de uma maior reflexão sobre o tema por parte dos componentes da equipe do PSF e dos dirigentes. É

inegável a importância que esse aspecto tem na efetivação do novo paradigma. É necessário superar o risco que representa a rotina burocrática a que, às vezes, se pretende submeter o ACS. Preso a ela, tendo que usar grande parte de seu tempo no preenchimento de planilhas e na execução de relatórios, há grande chance de desvirtuar-se e passar a ser mais um elemento no conjunto de elementos conservadores que se opõem ao advento do novo paradigma. Deve-se evitar a colonização do mundo da vida pela ação do sistema, bem como deve-se atuar sempre no sentido de descolonizá-lo.

Ainda quanto a este item, recomenda-se um trabalho de reflexão e de procura de alternativas para impasses representados por posturas de mandatários que não favorecem a manifestação mais ampla da comunidade. Há de se procurar formas de superação da sensação de impotência, pois esta, por sua essência, atua como força conservadora no sentido da manutenção do paradigma dominante. Essa é uma tarefa para todo o PSF e não apenas para o ACS, não restando dúvida, no entanto, de que o ACS sente em maior grau o impasse e poderá, por isso mesmo, colaborar mais eficazmente para o encontro da solução em consonância com a comunidade.

Como conclusão, afirmamos que o ACS tem um grande potencial de empoderamento, capaz de irradiar energias favoráveis à transformação do modelo de atenção, devendo merecer uma atenção especial dos responsáveis pelo processo para que ele se capacite cada vez mais para essa tarefa. O ACS é, enfim, o novo que faz diferença, mas muito ainda há que se despende em esforços de motivação e capacitação na perspectiva crítica para que mudanças se efetivem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ander-Egg E. Introducción a las técnicas de investigación social: para trabajadores sociales. 7. ed. Buenos Aires: Humanitas; 1978 Quarta Parte, Capítulo 26. Apud LAKATOS EM e MARCONI MA **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.** 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1990.

Austin JL. How to do things with words. Oxford; 1962. Apud Habermas J. **Teoria de la acción comunicativa I. Racionalidad de la acción y racionalización social.** 4ª edição. Madri: Taurus, 2003.

Bógus CM. **A formação política e o fortalecimento da participação popular em saúde: o caso dos Cursos de Formação Política de Conselheiros de Saúde do Movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo;** 1997. [Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]

Braithwaite B. Empowerment Fórum: a dialogue between guest editorial board members. **Health Education Quarterly** (Special issue: Community Empowerment, Participatory Education and Health, Part II) (21)3: 281-294, fall.

Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília; 1990.

Brasil. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília; 1990.

Brasil. Portaria 1886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União.** Brasília; 1997.

Brasil. Decreto 3189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília; 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/SPS/MS. Coordenação de Atenção Básica/SAS/MS. **Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde.** Brasília; 1999.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde: declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, declaração de Adelaide, declaração de Sundsvall, declaração de Bogotá, declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e declaração do México**. 2ª ed. Brasília; 2001.

Brasil. Lei nº 10.507, de 10 de junho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Perfil de Competências Profissionais do ACS. Consulta Pública**. Brasília; 2003.

Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. Série A – **Normas e Manuais Técnicos**. Brasília; 2004.

Buss PM. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. 5(1): 163-178; 2000.

Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica qualitativa *grupo focal* em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista Saúde Pública**, 30 (3): 285-293; 1996.

Carvalho AI. **Conselhos de Saúde no Brasil: Participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM; 1995

Chiesa AM. **Autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde**. São Paulo; 2005 [Tese de Livre Docência. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo].

Christófar MAC. **Discutindo o trabalho do agente comunitário de saúde na cidade de São Paulo** – Oficina de trabalho – Relatório Final. São Paulo; 2005 (Mimeo).

Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994 – 2000. **Cad. Saúde Pública**, Suplemento: 191-202; 2002.

Demartini ZBF. **História Oral e Pesquisa Sociológica: a experiência do CERU**. São Paulo: Humanitas Publicações. FFLCH/USP; 1998.

Donato AF e Lobo E. Conselhos Municipais de Saúde. São Paulo. Trabalho preparado para a OPS/OMS, representação do Brasil; 1994 (mimeo). Apud Mendes EV. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.

Ferraz L. e Aerts DRGC. O cotidiano do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**. 10 (2): Rio de Janeiro; Abril-Junho 2005.

FIOCRUZ. Conselhos de Saúde e Controle Social. Súmula nº 81. **Radis- Comunicação em Saúde**. Rio de Janeiro; 2001.

Foucault M. Soberania e disciplina. (1976) In: **Microfísica do Poder**. Roberto Machado (org. e trad.) Rio de Janeiro: Graal; 1990.

Freire P. **Conscientização: Teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Cortez & Moraes; 1979.

Gil AC. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas; 1995.

Gutierrez L. Empowerment Fórum: a dialogue between guest editorial board members. In: **Health Education Quarterly** (special issue: Community empowerment, participatory education and health. Part II). 21 (3) : 281-294, fall.

Habermas J. **Passado como futuro**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1993.

Habermas J. **Teoria de la acción comunicativa, I. Racionalidad de la acción y racionalización social**. 4ª ed. Madrid: Taurus; 2003.

Habermas J. The theory of communicative action. Vol 2. Lifeworld and System: A critique of functionalist reason. Boston: Beacon Press; 1987. Apud Pinto JMR. **Administração e liberdade: um estudo do Conselho de Escola à luz da Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1996.

Israel BA; Checkoway B; Schulz A; Zimmerman M. Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. In: **Health Education Quarterly**. 21 (2): 149-70. Summer; 1994.

Ivey EA. Microcounseling: Innovations in Interviewing Training.(1971) apud Sasaki RK e Coimbra T. **Habilidades Interpessoais na Entrevista Médica**;1977 (mimeo)

Krueger RA. **Focus group: a practical guide of applied research**. Newbury Park: SAGE Publications; 1988.

Labonte R. Health Promotion and Empowerment: reflections on professional practice. In: **Health Education Quarterly** (Special Issue: Community empowerment, participatory education and health – Part I) vol. 21:2: 253-268, summer;1994.

Lakatos EM e Marconi MA e. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas; 1988.

Laville C e Dionne J. **A construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 1999.

Lüdke M e André MEDA. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU; 1986 (6ª reimpressão)

Mendonça MHM. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da Reforma Sanitária. **Trabalho, Educação e Saúde**. 2 (2): 353-365; 2004.

Moraes IHS. **Política, tecnologia e informação em saúde**. Casa da Qualidade Editora. Salvador; 2002.

Morgan DL. **Focus group as qualitative research**. Newbury Park:SAGE Publications; 1988 (Qualitative Research Methods Series 16)

Nogueira RP; Silva FB; Ramos ZVO. **A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis* – O Agente Comunitário de Saúde**. [Texto para discussão nº 735] – IPEA; 2000.

Nogueira RP. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. 6(10): 75-94; Fev. 2002.

Nunes MO; Trad LB; Almeida BA; Homem CR; Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro 18 (6): 1639-1646; Nov-Dez. 2002.

Ouellet F; René JF; Durand D; Dufour R; Garon S. **Intervention en soutien à l'empowerment. Dans Naître égaux – Grandir en santé**. NPS. 13(1); 2000.

Pinto JMR. **Administração e liberdade: um estudo do Conselho de Escola à luz da Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1996.

Queiroz MIP. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**. 2ª ed. São Paulo: CERU e FFLCH; 1983.

Quivy R e Campenhoudt L. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 2ª ed. Lisboa: Gradativa Publicações Ltda; 1998.

Romaña MA. **Psicodrama pedagógico**. Campinas, São Paulo: Papyrus; 1987.

Santos BS. **Pela mão de Alice: O Social e o Político na Pós-Modernidade**. São Paulo: Editora Cortez; 2003.

Santos BS. **Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática**. Vol. 1. 2 ed. São Paulo: Cortez; 2000.

São Paulo. Comunicado SMS 002/2001. Diretrizes Gerais para a SMS. Documento 2. **Diário Oficial do Município**. São Paulo, 46 (100), 30 de maio de 2001.

São Paulo. Lei nº 13.325, de 8 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a organização de Conselhos Gestores nas Unidades do Sistema Único de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**. São Paulo; 2002.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Básica e Programa Saúde da Família. Coordenação de Recursos Humanos. Escola Técnica do Sistema Único da Saúde. **Discutindo o trabalho do Agente Comunitário de Saúde na cidade de São Paulo: Oficina de Trabalho**. Relatório Final. São Paulo; 2004 (mimeo)

Senna MCM; Mello ALR; Bodstein R. A estratégia Saúde da Família no DLIS Manguinhos. In: Zacan L; Bodstein R; Marcondes W (Org.) **Promoção da Saúde como caminho para o desenvolvimento local: A experiência de Manguinhos**. p. 189-214. Rio de Janeiro; 2002.

Silva JA e Dalmaso ASW. **O agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002(a).

Silva JA. e Dalmaso ASW. O Agente Comunitário de Saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 6(10) p.75-96, fev 2002(b).

Sousa MF; Fernandes AS, Araújo CL; Fernandes MC. Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, nº 21; 2000.

Sousa MF. **A coragem do PSF**. São Paulo: Hucitec; 2001.

Teixeira CF. Epidemiologia e planejamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4 (2):287-303, 1999.

Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 6(10), p.75-94, 2002.

Viana AL e Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, 8: 11-48; 1998.

Wallerstein N. Powerless, Empowerment and Health: implications for Health Promotion Programs. In: **American Journal of Health Promotion** 6 (3): 197-205, 1992.

Wallerstein N. Empowerment Forum: a dialogue between guest editorial board members. In: **Health Education Quarterly**, (Special Issue: Community empowerment, participatory education and health – Part II) vol. 21,3 – 281-294, fall., 1994.

Wallerstein N e Bernstein E. Introduction to Community Empowerment, Participatory Education and Health. In: **Health Education Quarterly** (Special Issue: Community Empowerment, Participatory Education and Health – (Part I) vol. 21,2: 141-170, 1994.

Westphal MF. O programa Saúde da Família: um compromisso com a qualidade de vida. In: **SANARE, Revista de Políticas Públicas**, ano IV, n.1. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Sobral (Ceará), 2003-a.

Westphal MF. Múltiplos atores da Promoção da Saúde. In: **SANARE, Revista de Políticas Públicas**, ano IV, n.1. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Sobral (Ceará), 2003-b.

ANEXO 2

GRUPO FOCAL COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA VILA DALVA

Pesquisador – Eu vou fazer uma introdução da pergunta e vocês falem livremente, não precisa um por vez responder, responde quem tiver a fim. Se algum assunto que eu achar que pra mim ficou falho, pra eu entender melhor, eu repito a pergunta, eu insisto um pouco mais, vou sempre pedir pra vocês que me esclareçam o melhor possível porque, usando uma palavra inadequada, vocês estão sendo as minhas “cobaias”, é em cima de vocês, do que vocês me ajudarem que eu vou montar a minha pesquisa lá. Então, quanto mais vocês me esclarecerem o que é mesmo este trabalho de vocês, mais eu acerto lá. Então, a ajuda de vocês pra mim hoje é muito importante, porque, lá, basta eu segui-los, entrevistá-los e ponto final. Aqui não, aqui eu preciso entender mesmo o que é essa história de PSF de verdade. Tenta falar alto, mesmo que seja desagradável falar alto, é porque tem essas pecinhas que não funcionam se não falar alto, a gente acaba prejudicando. Então vamos dar a partida...

- Posso fazer uma pergunta antes de começar dar a partida?

- Na verdade não é nem o PSF...

- Porque nós somos... eu sou PACS...

Pesquisador: Eu deixei o resumo aqui pra entregar pro doutor [nome] e pra quem fizer parte da equipe, mas sim, o nome da pesquisa é “Avaliação do poder de empoderamento do Agente Comunitário de Saúde”; o que significa esse palavrão? Significa o seguinte: eu acho que vocês ajudam a comunidade a ganhar algum poder pra resolver os problemas de saúde deles. É a minha hipótese de trabalho. O que eu vou pesquisar? Se é verdade. De repente, eu quebro a cara. De repente, a população não sentiu nada. Então eu vou dizer que, pesquisando isso, eu cheguei à conclusão que vocês não ajudam nesse quesito, nessa questão de empoderar, de dar poder pras pessoas. Outras coisas, com certeza, vocês fazem muito bem. Eu não estou aqui pra avaliar o que vocês fazem em outras questões. A minha questão é: quem recebe o trabalho de vocês, mudou alguma coisa na vida ou não mudou nada? Se chegar o Maluf e implantar o PAS, vai continuar tudo como era antes ou não? Essa é que é a finalidade: saber se vocês ajudam a mudar o mundo. Talvez eu chegue a conclusão que sim e aí vai ser muito importante, uma valorização do trabalho. Por isso é que não importa se é PACS. Pode ser PACS, pode ser PSF. Pode ser qualquer coisa, desde que seja Agente Comunitário de Saúde. Não pode ser auxiliar de enfermagem, não pode ser essas outras coisas. Vamos lá. Todos preparados? O primeiro bloco, a primeira conversa que nós vamos ter é sobre as atividades de vocês. Eu queria que vocês falassem um pouco como foi o processo de seleção. Vocês não eram Agentes Comunitários e vocês viraram Agentes Comunitários. Vocês passaram por que tipo de seleção pra chegar a ser isso que vocês são agora?

(várias falam ao mesmo tempo)

- Teve uma avaliação simples, realmente, qualquer pessoa passava. Depois teve grupos de dinâmica. A primeira foi aquele conceito que eu nem sei como eles avaliaram, porque foi uma prova muito fácil. Qualquer um passava.

Pesquisador – Você se lembra de alguma coisa?

- Lembro... Muito... Continhas fáceis de mais, de menos...

- E uma redação...

- Você tinha que fazer... Até tinha um tema: o que você daria prioridade, na educação, pra idoso, né.

-... Uma quadra esportiva ou uma sala de alfabetização de adultos. Então, cada um fazia sua redação. E aí, teve a seleção... Teve o grupo de dinâmica. Foi aí que fomos escolhidos.

(várias falam ao mesmo tempo)

- Ficamos três horas conversando...

- Apesar disso tudo, da prova ser fácil, na sala que eu estava muita gente estava com dificuldade de terminar a prova.

- É que caiu porcentagem...

- Comprei uma geladeira por cem reais e paguei em quatro vezes, quanto você paga por mês? É verdade...

Pesquisador – Mas você concorda que tem gente que não consegue fazer nem isso?

- Ah! Concordo...

- Depois teve a história de um urubu que foi criado como galinha...

- É daquele livro...

-...Uma águia.

- Não sei se todo mundo conhece... Esse tema, Y, eu já fiz várias dinâmicas, então muitas empresas já usaram trecho desse livro pra compreensão de testes psicológicos.

Pesquisador – A dinâmica como é que é?

- Foi mais difícil.

- A dinâmica foi a realidade nossa. Porque ninguém sabia o que era Agente Comunitário de Saúde. Não existia carreira, então. A gente... A gente... Sempre soube por alto... a realidade como um todo, a gente nem sabia do que se tratava na real, ficamos sabendo agora... Se vê que tem mais coisa pra fazer... Que compreende a realidade do que a gente faz... se fosse... tinha motivo pra se embananar, porque ninguém sabia nada. Quando alguém chegou lá, você tinha que bolar um teatrinho que chegasse uma pessoa pra entrevistar... Aí, você vai ter que entrevistar, você vai ter que falar isso, mas é um doente? Você vai ter que desenvolver uma realidade que hoje a gente faz com facilidade.

- Hoje...

- Hoje... Até... Entre aspas... Então, uma coisa que escolhia... Um era enfermeiro, outro era o doente que ia ser entrevistado, outro era o médico, outro era o agente. Tinha uma psicóloga lá que disse: agora muda. Você vai ser fulano, você vai ser ciclano. Então, a coisa foi, literalmente falando, essa dinâmica foi demais.

- Pra mim, a parte mais difícil foi a hora que ela deu aquela varinha de condão e falou assim: “mude o mundo com um toque. O que você mudaria primeiro?”

(várias falam ao mesmo tempo)

- Eu fui no primeiro dia e fui a primeira a representar com a varinha de condão. Gente! Aquilo ali foi terrível!

Pesquisador – Você lembra o que você falou?

- O que eu iria mudar? Não lembro direito o que era...

Pesquisador – Alguém lembra?

- Eu lembro... Quando me passaram a varinha, eu falei assim, eu gostaria de poder estar ajudando, poder dar condições melhores para as pessoas da terceira idade, uma qualidade de vida melhor, e lembro que eu falei, em relação aos adolescentes, dar condições de trabalho pros adolescentes...

- Mas era uma coisa só... (várias falam ao mesmo tempo)... Era um toque.

- Daí eu optei por estar ajudando o pessoal da terceira idade.

- Eu falei que iria urbanizar, por que... Por causa dos córregos, tudo, havia muita gente doente, então a minha prioridade era urbanizar o bairro todo.

Pesquisador – Vocês acham que têm condições de avaliar, hoje, o que é que o avaliador avaliou em vocês?

- Eu tenho...

- Eu tenho...

Pesquisador – Então conta pra gente.

- Na prova escrita, como um monte de gente do bairro prestou o concurso, então, na conversa deu claramente pra ver que o processo de seleção foi a redação, porque eles davam duas opções: com a verba que tinha, ou fazia uma quadra pra juventude, ou fazia uma sala de alfabetização. Praticamente 90% das pessoas que eu conversei foram eliminadas pelo seguinte: escolheram uma opção. Eu acho que a quadra é melhor, ou eu acho que a quadra é melhor sem apresentar nada, e a maioria que entrou foram aquelas pessoas que tinham algum tipo de argumento, tipo, minha resposta foi, ela tinha um espaço de tempo pra conversar com a população e ver o que a população queria que fosse, não imposto pela diretora da escola. Eu falei que a maioria das pessoas que entrou deram algum, uma coisa que eu observei, no dia eram muitas pessoas... Então, eu percebi que os avaliadores, todas aquelas pessoas que eram críticas, tipo assim, tudo bem, ah! Não, acho que tá indo..., essas pessoas foram eliminadas. Nós ficamos em trinta e, volta e meia, tem conflito aqui, porque cada um tem uma opinião. Volta e meia a gente quebra o pau. Então, eu acho que a seleção foi tipo assim, a pessoa que tinha uma opinião formada, pode até dar certo ou não, mas pelo menos opta por aquilo que acha que é certo. Então eu acho que a seleção, nessas duas fases... (inaudível)

- Agora, uma coisa que eles perguntavam sempre de formas diferentes pros grupos, pras pessoas, era assim, desde o começo ela falou, o agente de saúde nunca pode falar pro vizinho o que ouviu na casa do outro.

- E ela sempre perguntava alguma coisa... Eu lembro que comigo, eu fazia assim, eu era agente, de saída, depois passei a ser a mãe da criança que estava com tuberculose. A mãe passou com uma das... Psicólogas, não sei o que era lá, que passou por uma vizinha que estava no posto de saúde e

perguntou pra agente: Ah! É verdade que o filho da [nome] está doente, com tuberculose, tá doente... Aí, a agente falou: “ele tá com tuberculose, mas já tá medicado e tal”. ...Eu olhei... aí eu lembro que o [nome] me deu uma olhada assim... A mãe falou: “Como que você fez isso, a vizinha mais fofqueira da rua! Agora ela vai espalhar pra todo mundo que o meu filho tá com tuberculose”. Tudo bem. Passou, o dia de vim ver a resposta, ela não tava e o meu nome tava. Ela me grudou no braço e falou: “Você fez eu perder o meu emprego”. Aí eu falei pra ela: “Ou era o meu ou o seu. Se eu não falasse isso...”.

- Você rodava...

- Eu também, tinha uma dentista de unidade, não lembro qual, ela criou uma situação, ela própria chegou pro rapaz que interpretou o agente e falou assim: “É verdade que tal coisa...” Ele falou: “é”. A mesma coisa, ela perguntou pra ele que era agente algo que ele ficou todo disposto a relatar tintim por tintim. Aí eu pensei: “já era”. Então, eles criavam situações pra saber o sigilo. Por que a primeira coisa que a Fátima falou foi o sigilo. “Vocês nunca devem dizer, nem pra família de vocês; o que vocês ouvirem aqui, vocês vão só poder passar pra equipe. Pro vizinho, pra família, jamais”. Então, eles criaram situações pra saber se a gente tava atento.

- Aí teve a terceira parte. Fizeram 6 grupos e fizeram um quebra-cabeça pra cada grupo.

- Não podia falar, só podia fazer gestos pra equipe... pra montar o quebra-cabeça. E todo mundo ficou montando, montando, só que faltava uma peça. Daí, tudo bem, não dava pra montar...

- Tinha que ficar calada, não podia nem falar, você não podia abrir a boca.

- Podia levantar...

- Podia observar...

- Eles só falaram que você não podia falar. Obviamente você pode levantar.

- Eu observei que na outra mesa e vi que tinha uma peça minha. Eu olhei e ela falou assim: “tem mais cinco minutos, eu quero todos os quebra-cabeças montados, seja como for”. Quando ela falou, eu levantei. Ela falou: “Como é seu nome?”. Eu fui a primeira, porque você tem que ter iniciativa.

- Não esquecendo que houve duas seleções, houve o efetivo e o suplente. O suplente, se o efetivo não pôde ser contratado, ou não quis ficar com o emprego, o suplente assumiria. Então houve duas classificações, to mentindo?

- Eu sou suplente. Até perguntei pro [nome], quando vim ver o resultado, achei um desaforo, como eu não passei? Porque eu fazia muita dinâmica, eu tava craque, tinha passado na... tava craque... (inaudível).

- Quando eu vim fazer a dinâmica, eu falei “Gente, esse emprego é meu! Esse emprego é meu!” Daí ele falou, não é, [nome], porque é uma filha, e a menina que ela ia trabalhar ela tinha quatro crianças. E ele era mais velho que eu. Aí, eu não acredito, mesmo assim eu consegui entrar. Quando eu saí da dinâmica... (inaudível).

Pesquisador – Na verdade vocês sobreviveram a todos esses estrepes e a essas armadilhas

(Todos falam ao mesmo tempo.)

Pesquisador – Na verdade o segundo item é exatamente este: como é o “agora” de vocês. A gente quer que vocês falem um pouco (prestem bem atenção para um completar o outro) a descrição de como é um dia de trabalho rotineiro.

- Você quer mesmo saber? Vai ficar até a meia-noite aqui.

- Tem diferença porque um é PSF, um é PACS...

Pesquisador – Não importa.

- A minha equipe, a equipe 2, é a primeira que foi formada. Já chegou o médico... A nossa rotina é de manhã, todos os dias, reunião com ele, porque à tarde a gente faz as visitas e um pedacinho da manhã, normalmente das 10 em diante. Isso uma ou duas vezes por semana... Visitas, porque o resto da semana ele faz visita, comigo, com a outra... E tem a reunião, que ele não abre mão. Isso o médico da nossa equipe... Ele não abre mão das reuniões diárias, nem que seja de uma hora, das 8 às 9. Porque tem que passar o que a gente encontrou, no dia anterior.

- A realidade é que o Programa Saúde da Família não foi divulgado; a população se assustou. Tava usando... Do dia pra noite tudo mudou. (muitas falam ao mesmo tempo)

- Você está acostumado duzentos anos, de repente... Você não pode mais passar no médico...

- Pera aí, convencer a população que seria o melhor pra eles, que eles têm direito sim à escolha... Quem não quiser passar com o médico da família tem direito a procurar, mas a comodidade, o conforto que é o Programa Saúde da Família, que ele vai ter todo um trabalho pra fazer pra ele, todo um processo de amizade entre os agentes, de amizade entre os médicos, mas ainda tá difícil convencer a população dessa grande mudança de vir ao Posto e não é o mesmo profissional, é um outro profissional, ainda tem muita gente na reserva, não gostando, tem muitas pessoas não agradando ter feito o PSF, porque mudou muita coisa no bairro. Gosta de um profissional que passa desde o filho que nasceu, principalmente pediatra e ginecologista, são o que eles mais reclamam.

- Mudou. O profissional não vai passar a vida inteira naquele posto.

- O governo, a prefeitura não divulgou o trabalho. Então, tanto foi novo pra nós como foi novo pra eles, e aí que assusta, o que é novo assusta. Quando você está acostumado, tudo que é diferente assusta.

- A prefeitura divulgou o PSF no momento que nós fizemos a inscrição; da inscrição à admissão passou mais de um ano. Então, tem que ver... Quando a gente entrou, a gente devia ter entrado com o respaldo da divulgação... A prefeitura... tarará... tarará... Isso ajuda muito. Eles divulgaram uma coisa que não ocorreu. Depois de algum tempo a gente apareceu. As pessoas não sabiam nem que... as pessoas, na verdade, até hoje...

- A moça da dengue, a moça da dengue.

- A gente começou a trabalhar aqui, teve surto de dengue na região... busca ativa... Então as pessoas pensaram assim... É o pessoal da zoonoses.

- Da dengue.

- Pras pessoas, não era um agente de saúde que vai ficar com ele a vida toda... fazer um serviço... próxima: foi difícil porque a população... a vinculação da prefeitura foi uma coisa que foi muito antes...

- “Ah! A moça da prefeitura veio de novo. Você não veio o mês passado, moça?”

- Ou mentiam as informações, muitas...

- Muitas achavam que nós éramos da prefeitura, por que... Tinha uma concepção de que o médico iria em casa, não é? Depois dessa concepção, logo veio a taxa do lixo. Daí eles pensavam que a gente tava indo nas casas pra ver os que estavam pagando imposto, quantos cômodos tinham...

- Casa dos fundos (falam ao mesmo tempo)

- Uma menina lá, depois que fez a ficha, falou: “Eu to de mal de você”. O que eu fiz? “Nunca veio a taxa do lixo pra mim, você passou, fez a ficha, veio a taxa do lixo...”

Pesquisador – No dia-a-dia de vocês o que vocês têm feito pra mudar esse quadro? Na rotina de vocês, tem alguma coisa pra mudar isso ou isso vocês vão arrastar... (muitos falam ao mesmo tempo)

- Não. Tem o aconselhamento... Tem a consulta médica... Tem a pessoa que indicou, tem o acolhimento, aquele carinho, o profissional também respeita. Então, eles vão entendendo que a gente se preocupa mesmo, não só com a pessoa doente como também com a família, o seu bem estar, o modo como vive, como mudar, se vive errado, como tá chegando pessoas que correm risco mesmo, como ta fazendo um trabalho pra eles mudarem a forma de viver, pra ter uma qualidade de vida, entende? Agora ta mudando, porque eles estão tendo confiança na gente... Porque qualquer serviçinho, qualquer coisa... às vezes até de madrugada, à noite mesmo, tá precisando de qualquer coisa, bate lá na sua casa... você está 24 horas no ar, até no Pronto Socorro. E não é, né?

- Eles não compreendem que a gente não trabalha sábado e domingo. Eles não compreendem...

- Tem férias também.

- Já são tantos processos que nós já passamos, que a gente tá tendo aquelas conquistas. Já passamos por várias etapas, agora vamos entrar numa nova etapa: os médicos estão chegando na unidade, uma parte vai ser PSF, outra parte vai ser do PACS. A gente tá passando essas informações. Então, a gente só passa através das visitas e através dos momentos que nós estamos aqui no Posto, que geralmente tem sempre uma equipe de plantão no dia. Então, dúvida existe. Os agentes estão sempre dispostos a tudo...

- Nós somos assistente social...

- A nossa rotina é: reunião da comunidade, posto de saúde de manhã... Arruma... Então, a nossa rotina é: a parte da manhã na Unidade, e a parte da tarde na rua.

- E à noite, em reunião. Conselho Gestor, na comunidade.

- Quando não, no final de semana, fazendo os projetos da própria comunidade.

- Isso mesmo.

- Mas o bom de tudo é que a maioria das famílias que tem uma boa integração com a gente, além de tudo, sente-se confortada.

- A gente é psicóloga...

- Já falaram...só falta ser psicólogo, porque o restante é tudo...

- Tem pessoas que a gente se comove... Perdas... Óbitos que tem, a maioria dos agentes fica muito chateado... É como se fosse mesmo um membro da família...
- A [nome] chorou tanto...
- É ruim pra nós também.
- E se chega aqui na Unidade e não é recebido bem, a gente fica ofendido...
- Nós somos da comunidade.
- Quem foi, eu vou matar quem foi que fez isso.
- É legal.
- Em nosso trabalho, a gente vai pra comunidade falar tão bem, a gente tenta levantar a moral do Posto; "tá mudando", então, "tá mudando nada", aí, chega, é maltratado, pra gente é um tapa, é jogar o nosso serviço no lixo.
- Uma pessoa precisa de uma consulta, a gente vai conversar. No começo, era a moça da dengue, era fiscal da prefeitura, tudo o que acontecia de errado com a pessoa era culpa nossa (falam todos juntos). Hoje em dia, as pessoas sabem por que vão pro Posto, por que quando tem que consultar, procura o agente, tá tudo muito bem amarrado, mas por outro lado, é um pouco difícil por que a gente procura convencer, quando tem uma consulta é horas de conversa, horas de orientação, a gente fica porque eles necessitam. Você vê, a Unidade não atende uma queixa... a gente acaba se doendo.
- Quem foi que te maltratou?
- Sabe uma de rabinho? Aí, tem quinhentas de rabinho.
- É doido não poder defendê-lo, e também não poder dar a eles aquilo que a gente sabe que eles necessitam e nós também ficamos incomodados com a Unidade. Então, nós ficamos frustrados, chateados... pô, não tem mais vagas mesmo, você chegou, não tem mais... a gente sente...
- O contrario às vezes também acontece; a gente consegue tudo o que queremos.
- É uma gloria!
- Quando isso acontece, a gente se sente realizado.
- Quando o usuário tá chegando, tudo o que ele queria fazer, o encaminhamento para o exame, eu estou devolvendo o dia e a hora e onde ele vai fazer...
- Ao fazer o bem pra ele, ele não guarda; ele vai passando um pro outro, aonde você vai ficar bem vista pela população; quando você pega um caso e consegue solucionar esse caso... aí sim, você abre as portas...
- É uma dádiva (falam ao mesmo tempo)
- Ah! [nome] toma um brinquedinho pra você... Você quer um cachorrinho poodle toy... Você quer não sei o quê?... não é pelo presente... é pelo reconhecimento que a gente tem. E aí... (inaldível).
- Tem dois meses que nós começamos com o médico e há quinze dias com nova enfermeira. Eu acredito que a equipe do Programa Saúde da Família tando completa é muito importante, é um trabalho assim que eu percebi que em dois meses com o médico que chegou, que ele já tem uma experiência grande, ele tava no PSF do Jardim Ângela e veio pra cá, a bagagem que ele tem, o conhecimento dele, tem aberto as portas violentamente. E ele mudou na nossa equipe o sistema: as pessoas não vêm marcar consulta no Posto.

Ele usou a seguinte fala: como nós ficamos na rua, nós cadastramos as pessoas, nós conhecemos elas, não adianta abrir o agendamento mensal... Nós entramos na casa das pessoas e marcamos as consultas. Há dependência da gente marcar, mas aquela consulta rotineira ela marca com a gente. Ele obrigou, entre aspas, o usuário não vir mais aqui no Posto, mas sim procurar a gente. Então, querendo ou não, tem que trabalhar quase vinte e quatro horas por dia (muitos falam ao mesmo tempo).

- Mas aí o agente do PACS fica mal, porque o PACS não tem médico...

- Com o Programa Saúde da Família...

- Isso aí é que está...é que complica o quadro assim, ajuda de um lado, mas complica de outro, porque agente como eu é PACS pode se tornar PSF daqui a pouco, a gente não vai saber, não vai saber como vai ser o treinamento do médico até lá. Eu acho que tinha que ser uma coisa..., em geral, todos os médicos tinham que fazer isso, porque você na rua, você sofre... “como aquela menina lá marca e você não”.

- Não só isso, não deveria ter PACS e PSF, deveria implantar tudo pra todo mundo, não deveria tratar os indivíduos assim... (falam ao mesmo tempo)

- Aqui você tem a equipe verde, amarela, taralalá... mas, quando você está na rua com o jalequinho, você é agente... as pessoas descem a lenha na gente; aí eu falo, sabe o que que é, é que vocês pertencem ao outro. Isto é bom e é ruim. É bom na hora do conforto, na hora da pedra, é por equipe, porque não adianta, porque na hora... é tudo agente igual, é tudo população igual...

- Mas eu te garanto uma coisa... Que nem tava antes, aquele desespero de chegar e marcar consulta, tem muita gente pra marcar, mas tá tranquilo, que as pessoas sabem que daqui a pouco vai ter...

- Mas acontece que a gente, enquanto equipe, enquanto agente de saúde... 50% dos diabéticos e hipertensos estão controlados. Os outros 50, a gente não sabe por que estão com dificuldades, quais são aqueles que não precisam do nosso remédio pra não resolver, porque tem um serviço de saúde fora, enfim, a gente não sabe porque que no começo que eu entrei, eu fui, é hipertenso, é diabético, o que o senhor toma, pra que o senhor toma, o que o senhor faz pra controlar a comida, dou uma olhadinha pra ver se realmente se faz aquilo que ele tava falando, grande parte não faz, alguns fazem, mas...agora, depois de oito meses, eu vou ver na minha área a quantidade de pessoas que fumam, a hipertensão, então, eu acho que isso é muito importante também.

- E tem casos...

- Eu ainda acho que deveria ter uma equipe pra atender o pessoal daqui...

- Não teria o pessoal de fora...

- Acabaria com o médico, com a enfermeira...

- Uma equipe só pra essa área...

- Nós somos seis, três na área livre e três pro resto. O movimento da área livre é um, a demanda é uma, é tudo diferente. Não é bom. Não é que tudo seja igualzinho, é uma coisa que...

- É por isso que essa área que é menos favorecida ficou com o PSF. A área mais favorecida ficou com...

- Mas mesmo na área mais favorecida tem gente com dificuldade. Passam fome, tem colesterol...

Pesquisador – Vai aparecer essa pergunta de outra forma, mas o assunto é o mesmo. A questão agora, ainda em relação ao dia-a-dia de vocês, na opinião de vocês, qual é a atividade, ou mais de uma, que vocês consideram como a mais importante? De tudo isso que vocês fazem...

- A visita...

- Ser um ouvidor. Você saber ouvir o usuário, na maioria das vezes eles precisam conversar com alguém. Sem a visita, você não consegue nada. Se você não visita a família, você não consegue saber o que ela tem, nem tem elo, não tem confiança, não tem nada.

Pesquisador – E aí, eu gostaria que vocês relatassem um episódio interessante, que aconteceu em relação a isso que vocês... (risos intensos)

- Interessante? Assustador? Cômico?

- Tem de tudo. Tem cômico, assustador, aterrorizante.

- Tem os bons...

Pesquisador – Pode contar os bons e os maus.

- Conta.

- Conta você.

- A primeira visita que eu fiz foi pra uma senhora com suspeita de dengue e leptospirose. A gente chegou na casa, já não queriam receber, o pessoal não queria receber. De repente, saiu uma moça lá, toda revoltada: “o que vocês querem aqui?” Não, nós viemos saber da sua mãe que está doente... “sai fora daqui!” A gente pode esperar por ela? “Vai, espera aí, vai...” Nós sentamos um pouquinho e ficamos esperando. Aí, a gente olhou assim na casa e vimos que tinha uma pessoa acamada. Nós perguntamos pra ela: “nós podemos entrar pra ver a pessoa?” “Pode, vem cá.” Aí, eu entrei na frente e a [nome] atrás, e aí ela chegou perto do rapaz totalmente... que não falava, usava fralda... Aí, chegou perto do rapaz e falou assim: “Essas daqui são duas putas, qual que você quer das duas?” Desse jeito. A primeira vez... A situação do rapaz... aí, sentamos mais um pouquinho. Ela tava demorando... “Podemos voltar mais tarde?” “É, volta, vai!” Quando a gente vinha vindo de volta, o padraço dela sai na porta e aí: “não tem ninguém doente aqui, vai embora daqui, some, desaparece!” Aí, nós saímos de lá arrasadas. Sentamos na praça. Chorei até...

- Eu e ela.

- Choramos na praça até as tantas, antes de ir pra casa.

- Só que depois nós conseguimos ganhar a pessoa. Agora, há três meses, ele faleceu, mas a gente conseguiu. Voltei lá depois várias vezes, voltei com a enfermeira. Foi uma conquista grande.

- Eu tenho um caso de um terrorzinho. Também foi minha primeira visita. Eu nunca tinha visitado ninguém acamado. A reclamação da família era de que ele, mesmo acamado batia na mulher. Ele não conseguia mover uma mão, mas com a outra ele dava nela.

- E ela, burra, ficava do lado!

- Aí eu cheguei na casa... entre, todo mundo falava que ele era super bravo, ele, mesmo na cama, ficava bravo. Aí, a primeira vez, a [nome] também estava comigo, era o senhor [nome], agora ele também já faleceu. Era uma

pessoa que eu não acreditava, depois com o tempo que eu fiquei indo, levei o médico, a enfermeira, e assim, quando eu ia fazer visita pra eles, ele foi mudando bastante. Eu chegava lá e olhava pra ele, ele olhava pra mim e ia se acalmando. Aí, com o tempo, ele ficou mal e tiveram que internar ele numa clínica...

- A minha, eu quase apanhei. Cheguei na casa da mulher, a [nome] estava comigo. “Ah! Eu não vou ficar”,... “Vamos [nome], você conhece, né?”, “Não, eu não vou, eu não vou, estou atrasada, não sei o que”... Eu entrei. Ela me recebeu muito bem no portão. Era um portão de grade com cadeado. Quando chegou no quintal, bem perto da casa dela, ela começou. “Porque esse Posto é uma merda, é uma porcaria”, me chacoalhando e gritando: “Porque meu filho quase morreu, porque vocês não valem nada”. Eu não tinha o que falar. Eu só olhei pra trás, vi aqueles dois portões e aquele muro alto e pensei: “como é que eu saio daqui”. Só eu e a mulher dentro da casa. Daí, eu sentei no chão e comecei a chorar. Falei pra ela: “Ó, a senhora quer me bater, a senhora bate, a senhora quer me espancar, a senhora espanca, mas vai logo que eu preciso ir embora”... Aquele desespero. Aí, passou duas horas... Ela chorou muito, tudo... Depois daquilo eu fiquei com os braços roxos... Se eu quisesse podia ter ido à delegacia, o que não vem ao caso... Depois disso, ela ficou minha amiga, ela brigava muito com a sogra, que é uma senhora muito idosa, oitenta e poucos anos. O sogro também. O cunhado é deficiente mental; hoje, ela se dá muito bem com a sogra, já foi trabalhar..., quem cuida dos filhos ficam na creche e depois é a sogra quem vai buscar. Hoje, ela está completamente diferente. Hoje, ela me trás travessas de bolo de chocolate...

- Com cenoura, minha amiga!

- Então...

- Ela quer recuperar...

- Foram coisas assim, terríveis, a mulher louca, quer me bater, porque ela chega aqui no Posto e ela não foi bem tratada. Ela vai descontar em mim. “Você está falando que este Posto está mudando e não muda nada”.

- Eu observo que eles sempre tiveram preconceito contra funcionário público, mas o funcionário público é folgado. Muitas vezes o usuário está de saco cheio, mas é por causa do funcionário. Melhorou bastante, mas primeiro...

- Nós pusemos muita gente pra trabalhar aqui dentro.

- Tem gente que não trabalhava, fazia de conta...

- Algumas ainda fazem... (falam ao mesmo tempo)

- É claro que funcionário público torce para que a gente saia logo, porque a gente é um...

- É uma pedra no sapato deles.

- A gente tá aumentando a demanda pra eles... Muita gente que ficava dentro de casa tá saindo...

- Agora melhorou. No começo foi realmente...

- A culpada disso foi a direção daqui porque nem apresentadas pra quem trabalhava a gente foi... Eles tinham um espaço... de repente chegam trinta...

- Eles não aceitavam a gente, lá no fundo, no começo, era a pedra no sapato...

- Era a pedra...

- Nós conhecemos este Posto por mérito nosso... a gente já sabia onde era, apresentação, nenhuma... Nem onde era o banheiro... Ninguém sabia onde era o banheiro...

- A gente é uma pedra ainda porque a gente chega, agita, a gente fala com a assistente social, com o diretor, com a enfermeira...

- Quer falar com quem? Espera aí...

- Eles não gostam.

- Deixa eu contar de uma senhorinha rapidinho... Ela tem câncer, o tipo de pessoa que só sai na rua com o marido. Então, não tem muitas amizades... e eu não conhecia... era totalmente novo o Posto pra mim... a casa dela é a última da rua... quando eu terminei... As três últimas usuárias estavam conversando e falaram assim pra mim: "Se eu fosse você, eu não batia nessa casa". Eu falei. "mas por quê?" "Porque a mulher é muito ciumenta, ela não atende a porta, você vai passar, ela não vai te atender. E, se o marido sair e ela ver você falando com o marido, ela vai te xingar e vai te agredir". Eu vi o marido dela numa sacada lá em cima. Se eu ficar no meio da rua, me agredir ela não vai... o portão tá trancado em baixo... Aí eu comecei falar pra ele o que eu era, que eu era do Posto, qual era o serviço e ele se interessou devido ao fato de ela estar constantemente na USP e eu percebi a mulher na janela, só me olhando... "Meu Deus, e agora!" "Espera um minutinho que eu vou descer". Começou a perguntar um monte de coisa, como ia fazer, como não era, que já tinha um cadastro deles há mais de 30 anos, mas muito pouco usava o Posto, que não gostava muito e tal... Eu fui explicando qual era o meu trabalho daqui pra frente... Que eu ia tentar mudar... que eu tava entrando, não tinha conhecimento... Sei que a mulher abriu a porta, foi na porta... Falou meia dúzia de palavras... Achei que a mulher ia sair me xingando... Pois ela foi, foi, foi encostando, perguntou meu nome... Eu falei pra ela: "A senhora escutou alguma coisa?" "Eu estava escutando de lá de dentro, vocês conversam alto, estava escutando você falar com o meu marido". Hoje, essa mulher é uma daquelas que chama, fizemos várias VD [visitas domiciliares] com médico e auxiliar. A hora que for essa mulher abre a porta. Os vizinhos comentam: "você foi sortuda, porque não é qualquer pessoal que ela recebe, vizinho ela não deixa entrar na casa dela"... Mas, ela é muito de lua. O pessoal vizinho sabe que às vezes só fala bom dia, ela vai perguntando: "Bom dia por quê?" Ou, então, te manda pra aquele lugar, ela não é daquelas pessoas constantes. Um dia ela fala com todo mundo que tá ali... outro dia só fala com você... ela gosta mesmo... "Eu estando ou não, você pode ir em casa". Então, é uma conquista a gente saber que a gente consegue sensibilizar a pessoa do que ela tem, do que ela pode, que ela pode ter alguma coisa... Ela queria até, essa semana, quando fomos fazer a VD, ela não se conformou quando ela olhou a aliança de noivo do médico, ela perguntou se a noiva dele era bonita. Ele falou: "pra mim ela é a mais linda do mundo". "Você tem certeza? Tenho uma filha... se você se casar com minha filha... o senhor casa com a minha filha... o senhor vai ser o meu médico"... Mostrou a foto: "A minha filha não é bonita?" A todo custo queria convencer ele a primeiro conhecer a filha dela antes de se casar...

- o importante disso é que a gente...
 - Confiança.
 - (...) que a gente incentivou o pessoal a procurar a Unidade, que é um direito deles. Eles não gostavam. Tentavam duas ou três vezes e não dava certo, eles iam...
 - Desistiam.
 - (...) iam pra outros lugares longe, sendo que a Unidade deles tava aqui, a única coisa que eles tinham era brigar pra que isso funcionasse, entende? Não precisava ficar escondendo deles, eles teriam uma unidade perto deles, controle, não de Pronto Socorro, isso mensal, tanto no conceito do que a gente ta falando, de se cuidar. Existem pessoas que só vai procurar o serviço médico quando já não tem mais jeito. E aí, a gente faz a prevenção. O médico tem todo aquele cuidado da pessoa estar sempre retornando, tá sempre tentando incentivar a pessoa a se cuidar e a gente faz um monte de propaganda de mamografia, depois da menstruação estar se tocando, fazer o papa.
 - o auto-exame...
 - tinha mulher que se esquecia... Passavam três ou quatro anos, quando viam já estavam com câncer do colo do útero. E aumentou as matrículas... A gente só tinha 25, fomos pra 28 mil... Olha quanto mudou, quanto de matrículas no PSF aumentou muito.
- Pesquisador – A pergunta seguinte é exatamente sobre isso. Vocês começam a falar sem eu ter feito a pergunta... Que é assim: Que mudança positiva você acha que o seu trabalho está provocando na situação da população? E o contrário: se a população tem percebido essa mudança. O que vocês acham que vocês estão fazendo de positivo (que vocês já começaram a falar) e, do lado deles, se eles têm observado.
- Tem. Tem, sim. Na minha área, sim.
 - Sem dúvida, tipo assim, algo tão bom, mas tão difícil dar alguma coisa pra população, que às vezes eles comentam assim: “Mas se a Marta [prefeita de São Paulo] sair, vai acabar?” “O serviço de vocês acaba?” Tipo assim, ficando uma coisa boa porque é um ano de eleição. Eu escuto muito essa pergunta e a gente tem que explicar que é um programa que independe do prefeito que seja, que é uma coisa que veio pra ficar...
 - Mas eles mesmos...
 - Não tem como colocar o fato ou objetivar...
 - Só se a população reivindicar muito...
 - Então, eles se reúnem no final da rua, quando eu vou à casa de alguém que saiu, ele: “Olha, [nome], essa daí saiu...”, todo mundo..., eles sabem de todo mundo. Então, eles estão cuidando. Acho muito legal eles andando de bicicleta... Vamos fazer isso, fazer aquilo, vamos caminhar... Eles caminham, eles estão vindo aqui... quatro dias... a maioria deles que são diabéticos. Então, eu acho isso gratificante. Porque eles não subiam pra vir na Unidade, porque lá é uma baixada, né...
 - E a gente é um fiscal, viu? Idosos maltratados, a família já começa a ficar esperta porque sabe que a gente vai passar. Mesmo que eles pensem: “Ah! Ela não vai contar”, mas a gente sempre relata; mesmo que... fica sempre...

fica aquela expectativa. No dia que o agente passar, vamos deixar tudo em ordem. Mesmo que depois...

- Mas os vizinhos falam, os vizinhos falam... a fulana não tá cuidando da mãe. ..

- Mesmo as que apanham falam... "tá roxo por quê?" O marido... Nada aconteceu... Mas a gente relata. Se ela passar no médico, o médico vai falar: "O que aconteceu?" Aí, ela conta pro médico que foi agredida pelo marido. Mas, aí a gente fica observando. A próxima a gente já tenta falar com ela... que ela tem direitos, da violência... de tudo... Não vai mudar o mundo, que a gente não é... Nem Deus conseguiu fazer isso, mas planta uma sementinha. Alguma coisa ficou ali.

- No começo, quando eu falava que era o PSF, eles perguntavam: "Quanto que vai ser? Quanto vai cobrar?" Eu falava: "Não, é de graça". "Não, não acredito! De graça!" "O médico vai vir aqui, a enfermeira, é contrato, né, a Marta, é coisa da Marta".

- Você vem aqui pra dar cesta básica, né? Ela tá precisando, eu não, obrigado. Ei to bem, o marido tá trabalhando... mas a vizinha aqui de baixo, ela tá precisando de cesta básica. Se você puder dar a minha pra ela, pode dar. "Mas, eu não to dando cesta básica". "Ah, não! Mas, você sabe onde tem?" "Sei... Dá o telefone..." Aí, você começa a informar... Então a pessoa começa a bombardear você. Você acaba ficando louca. Todo tipo de informação é com a gente.

- Até gente que tem convênio!

- Só vai no convênio pra fazer os exames, porque é mais rápido do que no Posto, mas o médico é o daqui.

- É o do Posto.

- Mesmo porque a gente sempre relata, pelo menos na minha área, como que eu vou cuidar de você se eu não sei nada sobre o seu prontuário... Então, eu tenho que estar em contato com você, em contato com o médico.

- Mas, um dos pontos negativos é não ter respaldo aqui dentro. Isso é terrível!

- Agora... tudo que a gente cobra não tem respaldo.

- Falam pra gente: "você é um amor, mas aquele Posto... consulta pra daqui três meses... vou lá e não consigo, tem que ficar na fila antes das 6 da manhã, porque todo mundo passa na minha frente..." quer dizer, este é o ponto negativo... Porque a gente aumentou uma demanda tão grande e o Posto não tá comportando isso não.

- Só que eu acho que essa demanda vai melhorar no começo do ano que vem ou um pouco antes, porque muita gente que não é da área continua passando...

- Eu acredito que só vai melhorar em meados do ano que vem, porque até o PSF realmente engrenar de verdade, limpar a área pra gente poder, a equipe 3 e a equipe 5 ficar realmente só com a área nossa...

- Não vai tudo isso...

- Vai...

- Até o final do ano, estaremos organizados pra reconhecer que são os nossos usuários, com certeza...

- Porque é assim... a pessoa vem, a gente pega o endereço, nós vamos conferir, porque até então não tava fechado, de onde era essa pessoa... é minha tia que mora em Cotia... “Não pode. Ela tem que procurar a Unidade de lá de Cotia, aqui só serve pra quem mora aqui”. “Então, a gente já tem esse controle...”

- Muita gente quer passar aqui...

- “Lá demora... Demora, mas quando você chega lá, quando você conseguir a consulta, você vai ver...”

- Mesmo porque tem várias pessoas que usam a psiquiatra, o psicólogo e a fonoaudióloga que não tem muito...

- O bom é quando a pessoa fala que mora no endereço do próprio agente... “a senhora não mora lá”. “Eu moro”. “Quem é seu agente de saúde?” “Ah! É uma baixinha, loirinha, de olhos claros”. “Não é”. “É, moça, é a [nome]”. “Não é, moça, a [nome] sou eu”. “Nunca te vi”. “Ah! Desculpe, a minha irmã falou: fala que é uma baixinha”.

- E a [nome]... da [nome] foi muito legal. Ela tem um monte de filhos...

- Não vai passar mais, mas tem uns que já chegam aqui e falam assim: “eu moro, mas eu só to lá à noite, tipo 10 ou 11 horas da noite. Saio bem cedo, bem cedo”.

- Mas a pessoa que te atendeu não sabia que ela morava lá, porque ela chega muito tarde e sai muito cedo. Nem a dona de casa consegue ver.

Pesquisador – Olha, o bloco seguinte é assim: o trabalho de vocês ajuda as pessoas, individualmente. Primeiro, a gente vai falar sobre essa ajuda individualmente. O que que vocês acham que já mudou na compreensão que a pessoa tem do que é saúde, se a pessoa já mudou alguma coisa de compreender a saúde, e uma coisa que vocês falaram aí, o autocuidado, quer dizer, se as pessoas já estão começando a se cuidar mais por conta do trabalho de vocês. E algum exemplo que a gente possa usar.

- Eu tenho um que é dentro de minha casa. Eu sou agente de saúde da minha própria mãe. Ela fazia muito tempo que não ia ao médico pra fazer nada. Aí, eu falei pra ela uma vez: “mãe, eu faço todo trabalho na rua e não consigo fazer aqui em casa. Eu vou ter que mudar de agente pra outra pessoa vir trabalhar aqui dentro”. Ela falou: “Por quê?” “Mãe, faz dez anos que a senhora não vai ao ginecologista. Dez anos que a senhora não vai fazer um exame”. E minha mãe... “ Ah! Ta bom [nome]”. Aí, um dia eu cheguei aqui e falei: “mãe, eu marquei o seu médico pra hoje”. Veio, passou pelo médico, fez todos os exames, graças a Deus deu tudo bem. Aí, agora ela tá convencendo minha tia: “vai lá, [nome], ta vendo, não deu nada, vai lá, mulher”.

- Eu acho assim, que... Um pouquinho de cada que você vai fazendo, conseguindo que as pessoas... vai saindo... Olha, um senhor que mora em frente de casa, a pressão dele vivia em 22 e lá vai cassetada... Aí, eu cheguei um dia e falei pra ele passar no médico... Aí, ele falou assim: “Eu passo no convênio, tomo remédio e não controla”. Foi medir a pressão, começou a tomar outro tipo de remédio... Começou a controlar e a pressão começou a cair. Ele ficava cansado ao descer as escadas... A gente começou a incentivar “vou te cobrar, heim?”, “Pode cobrar”. Porque isso ajuda. Aí, ele começou a sair de casa...

- Eles dão justificativa como se a gente fosse da família deles. Somos como psicólogas.
- Mais do que fosse da família... Porque a gente pergunta sempre hábitos, o que é importante, você tem um corpo que precisa ser cuidado, e eles se propõem a se cuidar e depois vem o respaldo: você mandou ir ao médico, eu fui lá, não deu nada na próstata, deu alteração no meu papanicolau, eu sei que estou com tal doença, então a gente observa que eles vieram porque nós fomos lá, porque você fez todo aquele trabalho, então, tem coisas que a família da pessoa não...
- A gente tem que ser psicóloga...
- A gente tem que ouvir bastante.
- Uma dessas experiências mais chocantes que eu tive foi assim. Eu fui fazer uma visita, tava lá pegando no pé de uma auxiliar de enfermagem, falando que... do auto-exame. Quando ela foi mostrar pra gente que sabia fazer, descobriu um nódulo. Ela sempre orientava os outros, mas não fazia.
- Eles olham pra gente e falam assim, tem alguém que se preocupa comigo... Eu preciso...
- Eu tenho alguém que gosta de mim, então, eu preciso dar uma satisfação... que até então não tiveram cuidado... não imaginavam que tinham obrigação de vacina...
- Colocando sempre que não é só uma consulta...
- Não é só consulta, é o dia-a-dia... é o sair, o passear...
- Fazer caminhada, vai com sua vizinha lá...
- Tem alguns irredutíveis...
- A população foi sempre tão abandonada, tão largada às traças, tão assim sem ter com quem contar, em termos assim do Estado, quando a gente queria o médico, era um mico, porque a gente começou aqui, principalmente, tudo foi de ponta cabeça. A gente começou sozinha, sem ter médico, sem ter coisa nenhuma. O médico ia vir, vai ir... Como, vai vir médico na casa? Como? É como se as pessoas, por mais que no íntimo delas já sabiam que aquilo seria muito bom pra elas, elas não... Então, as pessoas ficavam... A primeira equipe que teve médico na rua foi a nossa. Eu percebi no rosto das pessoas quando o pessoal via o médico andando pela rua. Ah! Gente! Tinha gente que saía e ficava difícil da gente andar. As primeiras visitas foram nas casas das pessoas acamadas, que não podem se locomover por uma série de fatores. Aí, eles queriam ser Tomé, ver pra crer, não acreditavam. Algumas pessoas que eram mais saudáveis, diziam assim: "muito obrigado, não por mim, que eu não preciso de ajuda, mas vocês foram na casa do fulaninho, que está debilitado, o médico vai lá. Obrigado por eles". É uma coisa que o pessoal queria, mas nunca passou pela cabeça deles, ainda que nós que estamos aqui dentro sabemos que é muito pouco em relação ao que a gente possa vir a fazer, ao que nós temos que cumprir. Pra eles, nem isso eles tinham, nem isso...
- Nem a gente acreditava...
- Eu... Eu também falava que nem eu acreditava, mas agora são três médicos, até eu... sou agente da minha família, da minha rua, eu já tive avós idosos, que se fosse nos dias de hoje, precisasse de uma visita... Eu sei o quanto foi duro não ter ninguém na minha porta... Aí, quando você fala, não

é o suficiente ainda, não é suficiente ainda, precisa muito mais do que isso. Faz falta o médico uma vez por mês. A gente sabe que é pouco, mas pro familiar que está naquela situação é uma dádiva.

- E quando eu uma vez encontrei um usuário na rua, ele falou assim: "to com um problema". "Problema, o que você tem?" "Um problema aí. Seu médico é bom mesmo?" "O médico é bom mesmo, mas não é o meu médico, mas ele é seu. Você quer ir lá, você tem direito". Aí ele veio, adivinha como é que foi? Assim como ele, outras pessoas que você vê que tem uma situação biológica melhor, elas dizem assim: "Será que é? Então, vamos lá pra ver se é isso mesmo". Esse negócio de dificuldade varia por microárea. A minha microárea é dose. A da favela, já é mais receptiva, é como ela falou... Quem mora na outra área é tão pobre quanto... Às vezes, a pessoa mora na área livre, mas o marido está empregado, a mulher é diarista, e ainda reclamam. A abordagem é outra, a atividade é outra, é tudo diferente.

- É muito mais difícil.

- É mais difícil chegar nessa pessoa, mas também depois...

- Não, gente! Mas, a vantagem, os médicos têm muito mais autoridade, eles tocam, eles conversam... Tinha profissionais aqui, que você chegava, você referia o que você estava sentindo, olhava, mal ele tirava sua pressão, entupia com remédio, e você voltava só daqui a três meses, ou quando fosse morrer...

- Hoje não. O médico te recebe, ele toca, ele examina tudo. O Dr. [nome], a consulta dele é de 40 minutos, a primeira. Ele examina tudo que pode examinar. E tem ainda mais no retorno. A Dr^a [nome] também. Ela faz um check-up completo. (falam ao mesmo tempo)... Eletrocardiograma, sai com raio x de tórax, a pessoa faz um check-up completo. Depois, ela faz o quê? Ela só controla. Mudou a posição do médico, mudou totalmente. Nas outras Unidades, os médicos não são tão eficientes como os nossos.

- Às vezes, a gente tá estressado, porque não tem como não estressar, porque são 30 agentes, equipe, médico, enfermeira, aquele rebu. A gente fica esgotada. Aí, chega alguém e fala assim, na casa da pessoa, a pessoa fala assim: "Como eu faço pra passar no médico, você tem o seu, né? Ah! Ele é tão bonzinho. Ah! Ele é bonzinho". Você tá um pó, e você tá ali. Ele cuida bem do que eu precisar, mas ele não é o meu médico, mas ele é meu amigo no ambiente de trabalho. Quando eu passo com ele, não é ambiente de trabalho, quando eu passo com ele, ele é o meu médico. Ele é seu médico...

- O seu médico... o que que ele fez dessa vez! Meu filho estava no Hospital Regional de Osasco, internado. Ele foi mal tratado... Eu não pensei duas vezes, eu vim aqui e reclamei pra ele que meu filho estava internado e foi mal tratado. Aí... "Onde fica Osasco?" "Aqui na outra rua já é Osasco". Ah! Falou assim, Hospital tal. Aí, eu falei: entra aqui, pega aqui, desce aqui, tal, tal... Quando teve a reunião, fez tanta pergunta, que eu nem sei responder, por ser tão rápido, é muita coisa. Conclusão: ele foi mal tratado no Hospital Regional de Osasco e a criatura saiu daqui e foi lá. Você que é o fulano? Sou. Então, bom dia, eu sou o Dr. [nome], e eu sou seu médico... aí falou assim: tudo bem. Aí, ela fala, ele fez... A gente fica comovido, não por que... Ele faz coisas...

- Não foi ele que foi lá no HU dar atestado de óbito?

- Nem tudo o que ele faz de bom ele conta pra gente. A gente fica sabendo na casa da pessoa. E a gente fica assim... Olha, meu Deus... Então, são coisas assim que, sei lá...

Pesquisador – Muito bom. Agora a gente vai falar de uma atividade que vocês falaram um pouco, mas de qualquer jeito já falaram que existe, que é a atividade grupal. A gente quer que vocês falem sobre que temas são discutidos, qual a frequência de realização, se é muito, se é pouco... a participação de vocês no grupo como é que se dá... Se tem grupo que é só de vocês... se tem grupo que é de vocês com o médico, a enfermeira, os auxiliares, etc. E nesses grupos, a pessoa que participa do grupo, não vocês técnicos, os usuários, se eles identificam problemas que não são só deles, problemas que são da vizinhança, problemas que são dos colegas, dos amigos, e trazem pra discutir no grupo. Como é que é essa troca que acontece no grupo?

- Então, você quer saber que grupos nós entramos ou agora...

- Quando nós chegamos aqui, o grupo de hipertensão e diabetes já existia?

- Já. O de prevenção e o de planejamento familiar.

Pesquisador – Mas não importa... mas vocês entraram nesses grupos?

- Entrou.

- Tem grupos que nós fizemos aqui, algumas agentes entraram no grupo de mulheres. É dia de quarta-feira, toda quarta, que é artesanato, né, é pra tirar aquelas pessoas que estão lá em casa, estão com depressão... Mais pras pessoas da terceira idade, na verdade... e assim, é um grupo de artesanato, mas ninguém é professor, assim, quem sabe, da própria comunidade, vem bastante gente... tira foto, faz festa. Eu... Tem muita coisa que eu não sabia... eu mesma aprendi a fazer ponto cruz. Então, a gente vai passando... e foi muito bom. O grupo tá aí, forte... Minha mãe, ela não saía de dentro de casa, hoje, já vem pro grupo, ela participa...

- Tem grupo de gestantes...

- Tem planejamento familiar que o agente comunitário acabou assumindo... Quem assumiu na Unidade era a assistente social. Ela tava gestante, ia sair de licença maternidade, ia ficar quatro meses fora, um grupo de agentes acabamos assumindo. São duas aulas por mês, e a gente percebeu que, depois do nosso trabalho, a quantidade de pessoas que faziam com ela antes dos agentes entrarem e depois dos agentes entrarem triplicou. Com ela tinha só quatro... Uns três ou quatro meses em seguida tivemos a média de 25 pessoas, inclusive homens procurando pra fazer vasectomia. Então, quer dizer, a nossa ida às ruas... Como é que eu faço? Vai lá, participa da aula, faz um processo... Então, incentivou bastante e a gente percebe que eles ficam mais a vontade, por causa do contato com a gente na rua...

Pesquisador – Quando vocês estão fazendo o grupo, sempre tem gente que é de um jeito, gente que é de outro jeito. Tem gente que fala muito, tem gente que fala pouco, tem gente que fala errado, tem gente que procura falar bonito porque está no grupo... Como vocês têm trabalhado essa questão das diferenças dentro do grupo? Como é a fala de vocês com os grupos? Quer dizer, vocês têm uma fala mais próxima deles ou vocês assumiram que vocês viraram técnicos e aí vocês falam como técnicos?

- Não... a linguagem deles... a gente se faz entender... e é importante isso aí, desde o começo que o [nome] falou isso pra gente. A gente tem que ter uma sensibilidade pra entender a pessoa, tomar cuidado pra não avaliar. Às vezes, a gente acaba avaliando a situação. A gente não tem que avaliar nada, a gente tem que fazer o nosso trabalho bonitinho, colocar o que for possível de positivo na vida deles, entendeu?

- E se policiar pra não usar os termos técnicos, agora a senhora vai medir a sua PA, que a gente sabe que nem todo mundo sabe o que significa aquilo, que PA é pressão arterial. Então, sem querer a gente acaba por escutar aquilo na área da enfermagem; dextro, né, nem todo mundo sabe o que é.

- No começo eu comentei com os colegas que a gente não pode esquecer disso, porque a gente...

- Então, quando chegou na casa dela lá, não julga... eu acho que isso aí é divisão... Tem que fazer o seu papel direitinho. Então, se envolver demais, ajudar mesmo no que for possível...

- Não tem como ser técnico só...

Pesquisador – No grupo é diferente, porque no grupo vocês trazem as pessoas pra cá, ou vocês fazem grupo na rua também?

(muitas falam ao mesmo tempo)

Pesquisador – Tem pessoas que não estão conseguindo fazer. Por exemplo, eu, quando participo de uma sessão de tai-chi-chuan, eu percebo que eu sou todo torto, eu tenho uma dificuldade incrível para fazer aqueles movimentos. Outro dia, eu estava com um problema aqui na articulação, outro dia eu fui fazer lá no Jaguaré, uma sessão de tai-chi-chuan e tinha uma hora lá eu tinha que encostar a mão assim pra sentir o músculo; quando fui pressionar a mão, uma dor desgraçada na articulação. Então, nunca faço exercício nenhum, quando chega um dia desses e tem que fazer, é uma dificuldade. Aí, a pessoa que está comandando fala: “mexa-se”. Como é que vocês fazem quando tem um que está mais travado, ou na fala ou fisicamente?

- Bom, cada um tem um limite.

- A pessoa tem o seu limite.

- Os outros que conseguem, mas aquele tem os seus limites, ela não consegue, quer dizer, agora ela tem o seu limite.

- Têm mais pessoas, a gente assumiu o planejamento familiar com a assistente social, então, é complicado porque tem mulher com quatro filhos, com cinco filhos, tem com 50, com tudo quanto é idade. Vem de 20, vem de tudo quanto é idade. Às vezes a sala está muito cheia, tem também. Aí, a gente quer passar, a gente tem a obrigação de passar todo o conteúdo, aqueles conhecimentos que eles não têm ainda e a gente quer passar... No nosso caso, quando a gente fala de sexualidade, de órgãos genitais, a mulherada fica toda travada.

- Então, como tem muita criança, não tem jeito da gente explicar. A gente traz, porque psicologicamente a gente está apoiando a criança... a gente brinca muito, eu vou fazendo todo mundo brincar, vou dando a mão... Facilitando as pessoas de falarem da anatomia... A segunda parte é sobre métodos anticoncepcionais: naturais, mecânicos. Meia hora antes de acabar a segunda aula, tão perguntando tudo do mundo. Tem mulher que vem aqui, a

maioria tem em média 38 anos, e a mulher nunca pegou na mão um preservativo masculino. Eu falei: “Ah! Estão com pressa, né, estão no escuro e não viram, mas hoje a luz está acesa, o sol da manhã e isso e aquilo”... A gente tem que descobrir formas pra pessoa se sentir a vontade, e a técnica, muitas vezes, derruba. Termos técnicos, a pessoa fica meia...

- Quando mostra camisinha feminina, a pessoa: “Ah! Que horror!”

- Principalmente quando tem algum homem na sala, aí é que a coisa fica pior...

- Mas os homens são bem curiosos... Com relação à vasectomia, o medo é tanto... Como é que é? Onde é que é? Dói? Querem tirar todas as dúvidas...

Pesquisador – Quando vocês estão fazendo um grupo, vocês acham que vocês estão fazendo uma troca de conhecimentos. Vocês adquirem conhecimentos com eles ou vocês acham que vocês passam só?

- Há uma troca tremenda...

- Ah! Eu acho que a gente mais ganha do que passa...

Pesquisador – Uma coisa que é uma pergunta um pouco diferente, mas assim, desses grupos que vocês fizeram, por exemplo, o grupo de artesanato, grupo de caminhada, grupo de ginástica e tal, alguma habilidade que as pessoas adquiriram que antes elas não conseguiam e a partir daí elas estão conseguindo, quer dizer, alguma coisa que mudou e elas começaram a repetir, a fazer porque é bom?

- A gente passa cinema pras crianças e pros adolescentes aqui no Silva Braga, na escola. No começo, não tinha um pouquinho... não tinha limite pra eles... eles não se respeitavam... Nem mesmo com a gente. Hoje, é como se estivessem indo no cinema mesmo. Você vê a criançada com banho tomado, a melhor roupa, como se fosse, como se estivessem indo no cinema mesmo. Têm educação... Tia pra cá, tia pra lá, por que não tem? Sabe, aquele carinho. Chegou na gente, “tia, to com vontade de ir ao cinema”. Porque nós não tínhamos pra criançada e até mesmo pros adolescentes. Ainda a gente não chegou aonde a gente quer... Faz um ano que a gente vem passando filme e a criançada mudou muito o comportamento. Antes ninguém ficava até o fim, não tinham paciência... Hoje, todo mundo senta ali...

- E levam pipoca e refrigerante...

Então, você começa a ver... a diferença.

- Um dia o diretor chegou e tava uma bagunça, todo mundo falando. Aí, ele falou: “se todo mundo não ficar quieto, eu vou fazer que nem fazem no cinema”. Aí, o menino falou: “tio, como é que é no cinema?” Pronto... Quebrou as pernas do homem. Sabe por quê? Porque ele nunca tinha ido. Ele não sabia como é que era um cinema. E hoje, não. Hoje, é completamente diferente, ficam quietinhos.

- A falta de opção de diversão aqui na área é muito grande, não tem nada. Então, pega um ritmo, que todo primeiro sábado do mês tem um filme ou dois, É uma opção...

- E você tem o usuário que participa dos outros grupos, atividades físicas, então, a disposição, ânimo, a auto-estima, a vontade de sair de casa, então, tudo isso foi um ganho também.

Pesquisador – E eles conseguem transmitir isso pras outras pessoas ou só vocês é que sabem?

- um vizinho chama os outro...

- um puxa o outro...

- Vai ter uma caminhada segunda-feira na parte da tarde com minha equipe, principalmente, o pessoal lá de baixo. A gente colocou um cartaz, a gente distribuiu...

- A gente tava conversando agora... A gente começou com os agentes comunitários um curso de teatro que nós fizemos, chegamos a apresentar algumas... E vai começar agora no dia 24, um curso de dança de salão, preferencialmente da segunda pra terceira idade, mas aberto. Então, eles já estão acostumando que a gente leva esse tipo de informação, uma coisa diferente... Não só consulta, marcação de consulta, mas sim oficinas...

- Oficina de vídeo também...

Pesquisador – O próximo bloco a gente vai falar das questões do nível da comunidade, ou seja, o trabalho de vocês já mudou alguma coisa, não mais nas pessoas, mas na comunidade mesmo, no conjunto. E esse trabalho que vocês fizeram, as pessoas percebem que já mudou alguma coisa ou só vocês acham que mudou? Um exemplo de uma coisa que tenha mudado. Vocês participam das coisas da comunidade ou tem coisas que vocês acham que deveriam participar, mas vocês ainda não conseguem participar?

- Ah! Tudo que acontece na comunidade a gente participa.

- Uma história da linha de ônibus, por exemplo.

Pesquisador – Então, conta um pouco essa história.

- Ah! Surgiu um boato... no começo era um boato... Depois, né, alguém trouxe a notícia... E aí, cada um na sua área começou a fazer abaixo assinado... Aí, alguém falou assim... “então, vamos fazer mais”.

- Só que a comunidade, ela não é muito ativa...

- Tem o local de especialidades lá do Peri-Peri, então, não temos a condução direta pra lá..., não tem ônibus... Tem que pegar o ônibus da linha João XXIII e cortaram daqui pra lá. Então, vamos se unir e começar lutar pra que a gente consiga essa linha. Só que a comunidade não é muito... Tem gente lutando por mim... Não tem muita participação. A linha Bacuri a gente conseguiu segurar.

- Com abaixo-assinado...

- Foi... De uma forma ou de outra foi a gente mesmo.

- Eles queriam tirar, e era uma das poucas que nas greves funcionava.

Pesquisador – Tem alguma coisa da comunidade que vocês conhecem que é dessas que, como você falou, eles não são organizados, mas que vocês poderiam ajudar nessa organização e partir pra reivindicação? Alguma coisa que é a mais marcante, por exemplo, aqui não, mas nós temos na região da Lapa, que tem enchente, então é uma coisa que é visível, que aquilo preocupa muito.. Tem alguma coisa que chama a atenção aqui na Vila Dalva que vocês ainda não estão participando, mas que vocês acham que dá vontade de ir lá e dar um jeito?

- A sede... A sede...

Pesquisador – Sede de quê?

- Amigos do Bairro. Uma associação de moradores. Há muitos anos atrás, ela tinha presidente, tesoureiro, ela era bem organizada. Tinha carteirinha, a gente pagava uma vez por mês, a gente podia fazer festas, podia fazer muita coisa. Lá onde eu moro, o asfalto foi conseguido pela comunidade e hoje nós avacalhamos... O pessoal da comunidade fala: "por que vocês não fazem uma chapa só de agentes comunitários... pra vocês poderem tocar..."

- Não pode... Não pode...

- A gente pode até ajudar... Conseguir cursos... Tem uma moradora que ela conseguiu computadores, mas ela não conseguiu pegar porque não tinha a direção. Então, tem uma pessoa lá que não abre...

- A entrega do leite poderia ser feita lá...

- Era lá... era lá...

- Eu consegui vários cursos pra adolescentes que eu vi na Cultura, liguei...

- Encadernação...

- Só que não dá... a gente briga, briga... Fomos à subprefeitura, uma advogada...

- Eu acho assim, eu acho que a gente ainda não soube separar o agente de saúde e a moradora. Eu acho que as pessoas ainda não sabem separar isso... Eu tava lutando por uma coisa como moradora e eu tava lutando como agente de saúde. Elas não sabem separar. Então, você se inibe a muitas coisas por causa disso. Então, é uma barreira muito grande.

Pesquisador – Mas não tem nenhum movimento que seja um movimento fraco, mas que é deles, e que vocês podiam, de certo modo, com o conhecimento que vocês têm, engrossar...

- Os movimentos que são criados aqui dependem da gente, nós é que começamos pra eles continuarem e eles não continuam...

- Lembra do curso de encadernação que... Desenvolveu... Quem ficou com o caderninho... Você, mostra pra ele, fizeram um curso de encadernação... Mas o curso precisava continuar...

- Era pra fazer uma oficina...

- Ia ser pros adolescentes...

- Era uma espécie de cooperativa...

Porque tem medo... da pessoa não saber separar o agente de saúde...

- Tempo também... a gente faz muita coisa...

Pesquisador – A pergunta básica que faz parte do meu trabalho e que me preocupa é: vocês acham que isso deveria ser uma atribuição do agente ou não?

- Ah! Sim.

- Participação do nível... Se você estimular, sim, é uma função do agente... mas, agora, o agente assumir... mas que haja outras pessoas pra isso... igual à equipe de oficineiro... a gente não quer tocar oficineiro... a gente quer que os adolescentes venham, que eles toquem, que eles se organizem... a gente começa o projeto e ele fica emperrado...

- Se a gente deixa de participar do projeto ele acaba...

- Ah! Acaba... Acaba... A caminhada, por exemplo, eu não sei como é que eu vou me desdobrar...

- A oficina de vídeo é pra população, a maioria das pessoas é agente de saúde, algo está errado... é pra eles...pra eles estarem conhecendo, mas só vem duas ou três pessoas da população, o resto é agente de saúde.

Pesquisador – Uma pergunta mais ou menos difícil: nós sabemos que a população, por vários motivos, ela tem níveis diferentes; níveis econômicos diferentes, níveis sociais e econômicos, culturais, educacionais diferentes. Quando vocês trabalham na comunidade, não no indivíduo, no indivíduo já se sabe que vocês tentam fazer o melhor possível, mas na comunidade, vocês se dedicam mais aos grupos que sempre tiveram menos ou vocês tratam todo mundo da mesma forma? Como é que é?

(todos falam ao mesmo tempo)

- O pobre, o paupérrimo ou doutor é tudo igual, pra todos os agentes é tudo a mesma coisa, é um usuário.

- Há o pessoal da área livre daqui, que não são poucos, que tem seis agentes de saúde, a [nome], a [nome], a [nome], a [nome], a [nome], a [nome]. São seis agentes que trabalham na favela. Se você for somar quantas famílias eles têm, ... , são pessoas. É isso que a gente passa pra equipe e que às vezes dá confusão, que as pessoas não entendem. Não é tirar o pão deles. Mas o Estado não tá nem aí com as pessoas, não fez grandes coisas pra ninguém. Quando faz, se cair uma gota, é pra eles. Na minha rua, há pessoas... Não vou na favela, então, na verdade, esse preconceito que foi falado aqui, não é entre nós...

- Vem deles.

-... Se cair uma gota d'água é pra cá...

- Por exemplo, o Centro Comunitário. O Centro Comunitário é da favela... Outras pessoas da área não podem entrar, não podem votar... Não podem nada... Se você é da outra área, não tem direito...

- Aí é que pega, porque tem pessoas que moram na minha rua, que não é favela, mas não têm assistência, são necessitadíssimas...

- Só tá faltando tirar o reboco pra comer, né...

- Porque tem essa diferença... Só tem a área da favela...

- A pessoa mora num barraco e tem TV de 29, DVD, microondas...

- Barraco, não...

- Barraco que eu vi... Barraco...

- Carro, carro...

- E aí você vai na minha área, que só tem aqueles sobradões, tem uma escadinha que desce assim, são sete cômodos, um cortiço, a pessoa comendo banha de frango catada no sacolão... a pele do frango... passa sal, põe em cima do telhado, deixa secando, frita, passa na farinha e come... E não tem aquela cara de coitado...

- Às vezes você vai pegar o endereço, ah! Não, não é favela...

- Na equipe a gente tenta fazer tudo igual, não tem esse nem aquele. Às vezes, não é sempre, vai sobrar uma vaga. Então, quem eu vou colocar? Ah! Dá pra mim. Aí, eu pego, pra quem eu vou colocar? Dou pra aquele, porque esse daqui sempre teve, tem sempre. A gente tá no dia-a-dia ali na porta, a gente sabe pra quem dar. Aí dá briga; tem uma vaga, quem quer? Eu falo: eu quero.

- Na área da [nome], não tem favela nenhuma. Você não vê casa nenhuma. É uma garagem. É um cortiço.

- São quantos degraus?

- Eu contei cento e um degraus pra baixo. Você entra e é só quarto e cozinha... (falam ao mesmo tempo)

- Sem querer você acaba incentivando. Se eu morar na área da favela, por melhor que seja minha casa lá, eu não pago IPTU, eu não pago água, eu não pago luz, eu tenho asfalto, eu tenho todos os benefícios, você acaba, sem querer, incentivando a ir pra lá.

-Mas o usuário da área... eu pago a luz que eles estão usando, e é verdade, e lá tem casonas...

- Mas é na área livre...

- Eles que paguem...

- Mas quando nós entramos em contato com a população, a gente briga pela igualdade e eles não. Pra nós tanto faz morar na favela ou no bairro, é tudo a mesma coisa. Além deles terem uma sardinha a mais, eles sempre querem uma sardinha a mais. Nós somos pobres coitados que moramos na favela.

- Devia ter um trabalho social, devia ter algo pro bairro também.

- O médico da nossa equipe abriu quarenta vagas pra agendar o pessoal da sua área...

- Ficou 15 dias...

- E a favela?

- Então, eles ficam do ladinho, se for demorando, eles colocam o tio, a filha, o avô... Aí, como é que o agente vai fazer a visita que o médico falou que tem que ser 100%, que tem que fazer todo dia uma quantidade de visitas...

- Aí é que tá, o pouco que tem de assistência, o pouco que tem é pra eles, e isso é muito próprio deles, o que sobrar vocês vêem...

Pesquisador – O próximo bloco mexe mais com a questão política, não política de partido, de eleição, não. Como a gente não consegue dar conta de tudo, vocês mesmas já disseram que não dão conta de tudo, existe a possibilidade de a gente procurar o poder público pra dar conta ou então procurar parcerias, procurar gente que não é do poder público, mas que pode, de repente, ajudar. Por exemplo, falta algum tipo de profissional, mas tem uma universidade que tem alunos do último ano e que podem vir ajudar... Isso é um nível que a gente quer saber como é que rola aqui. Então, a gente quer saber primeiro assim: a população, quando ela precisa do poder público, ela se organiza e vai atrás. Vocês têm ajudado essa população a fazer isso? Depois, quem são os parceiros que aparecem pra ajudar vocês?

(todos falam ao mesmo tempo)

- Aqui... Aqui o que que acontece...aqui é pra ser um Posto-Escola... (falam ao mesmo tempo)

- Aqui perto tem faculdades, tem a UNIBAN, tem a FIEO. Eu sei que os estudantes de Direito prestam assessoria jurídica pra quem precisa...eu acho um absurdo...aqui está cercado com a USP, não desfazendo, mas o pessoal da USP vem aqui mais por interesse do que contribuição, vem chupinhar a gente...

- Eu consegui duas fisioterapeutas, que estagiaram um ano e meio em PSF, pra vir trabalhar como voluntárias aqui...Voluntárias... Não pôde! Não conseguimos...

- É política...

- Porque já existe uma fisioterapeuta e eles queriam mandar ela lá pro São Jorge, Boa Vista.

- Agora sobre a UNIBAN, que você está falando, eu tenho uma amiga que estuda lá na UNIBAN, eu trouxe essa informação aqui, mas você vê...

- Não pode!...

- Olha só, uma pessoa que tá no último ano da faculdade, é uma questão de formalidade documental, ele é um sábio naquilo que ele exerceu, como que aí,..., não é coisa só do diretor, é da máquina...

- Eu consegui um cardiologista que ele passa de segunda e terça, dá algumas consultas gratuitas pra quem não pode...

- Não pode! Não Pode!

- Fisioterapeuta, advogado... Assistente social...

- A pessoa que faz escola particular ela não tem interesse nenhum, ela vai fazer de graça pra atender a população, ela não tem interesse próprio, é diferente...

- Agora fica seis meses pra marcar com cardiologista quando pode marcar em quinze dias...

(falam ao mesmo tempo)

- Você escutou o que o rapaz falou lá naquele dia, porque assim, a gente tinha uma preocupação com o horário, oito, nove horas da manhã, a gente não vai bater na casa de ninguém pra acordar ninguém, a gente tá invadindo a casa da pessoa... Aí, vem um aluno e falou assim: "tem que punir, punir o morador que não abre a porta às oito horas da manhã".

- É só pra atender o interesse dele, né...

- Você sabe o que é dar uma punição, quando eu estou invadindo a casa dele. O povo tem regras e horários... Se ele perder... passar vinte minutos de chegar na consulta dele, ele não passa mais. Por que que na casa dele eu vou na hora que eu quiser... eu vou ter que punir o cara que tá dormindo? Não, Não, você tem que mandar ele acordar cedo. Amanhã eu vou, você acorda cedo!

- Eu acho que depende de coordenadoria pra coordenadoria...

- É complicado!

- Isso é verdade.

- Mas é questão da gente começar... Se outras coordenadorias permitem, porque esta não?

(falam ao mesmo tempo)

- Então, aí que tá, de coordenadoria pra coordenadoria.

- Nós fomos lá na Secretaria da Saúde brigar com o secretário, cobrar as cinco equipes completas aqui. Sabe o que o secretário falou na cara dele? Só vai três. Por que três? Por quê? Porque a coordenadoria só pediu três. Se tivesse pedido dez, iam dez. De quem é a culpa? Minha não é.

- Você entendeu? Então, assim, não tem um movimento, não tem nada.

- Tem uma pedra...

- Dasquelas pequenininhas... Se a gente bate, sabe aquelas que acertam a unha, certa, da gente?

- Cada um tem um porquê... (falam ao mesmo tempo)

Pesquisador – Em relação à subprefeitura, como é que é o trabalho de vocês e a subprefeitura? É entrosado ou...

- Não é entrosado... (falam ao mesmo tempo)

- É um político ou o subprefeito vem inaugurar uma praça, uma quadrinha, tal, bonitinho, porque a gente que pediu, aí ele perguntou: “quando é a reunião do Conselho Gestor de vocês? Eu preciso participar”...

Pesquisador – Ele não faz reunião com vocês?

- Não, não...

Pesquisador – Nunca fez?

- Nunca.

- Ele foi sim no dia da comemoração...

Pesquisador – Mas reunião de trabalho...

- Não... Não!

- Onde fica a subprefeitura que eu não sei o endereço?

- Não existe nenhum elo entre nós e ele. Não existe.

- Estamos esperando até hoje.

- Até hoje...

- Mas nem ônibus tem pros eventos que a gente tem que ir...

- A gente tem que brigar por uma condução, porque eles estão exigindo, a gente também...

- A gente tem que ser mais ativo...

- É que tá difícil...

- Como é que chama a coordenadora da Lapa? [nome], [nome]?

Pesquisador – A coordenadora? É [nome], minha chefe.

- Nós conhecemos ela na Comissão do Idoso lá na Câmara Municipal. Ela levou muitos agentes de saúde. Ela levou uma fita gravada com as atividades dos agentes de saúde lá da Lapa, sabe, gente, ela deu um baile, ela deu um show. Eu olhei pra cara dela e falei assim: “Como você conseguiu? A gente tá lutando pra conseguir as equipes”... Em “off” ela falou assim: “Não vai pro lado certo, vai pelo lado errado que vocês conseguem”. Foi aí que nós fomos pelo lado errado, daí passamos a bola pros outros ACS, agentes de saúde que estão espalhados por aí, e a Vila Dalva começou a fazer barulho... Tudo a Vila Dalva faz... A Vila Dalva falou... Gente, vocês fizeram coisas grandiosas...

- Só que na reunião lá no CEU [Centro de Educação Unificado], a Vila Dava não faz nada aqui...

- Mas é claro! Quem é a nossa coordenadoria aqui? A nossa coordenadoria faz o quê?

Pesquisador – O último bloco é sobre capacitação. A gente deixou pro fim de propósito. Os que foram selecionados... e aí vocês fazem tudo isso que vocês contaram pra gente, mas entre o que vocês eram antes de virar agentes vocês tiveram uma capacitação. A gente quer saber dessa capacitação, como foi...

- Imagina, trinta pessoas nesta sala, das oito da manhã às seis da tarde!

- Um calor!

- Foi...

- Foi...

- Foi...

- Eu não acho que foi bom, não!

Pesquisador – Por que não?

- Eu acho assim... Tiveram boa vontade em fazer, mas eu acho que não atendeu as necessidades. Foi tudo superficial... O dia-a-dia nosso, de cada pessoa, uma coisa que eu achei muito... Eu achei assim o fim da picada fazer isso, porque não tinha carreira de agente de saúde pra dizer assim: eu fui um dia e é assim, assim, assim. Na verdade, a gente entrou numa mata fechada... Quando eu passei pela dinâmica... Ninguém sabia como ia abordar a pessoa na rua, ninguém sabia como ia trabalhar, então a gente queria uma coisa, uma... normal, uma coisa que a gente imaginou assim ao léu e não... a capacitação falou sobre hanseníase, falou sobre não sei o quê, abordagem, mas teria que ter um treinamento melhor pra gente. Como fazer assim, vamos fazer a Ficha A, eu fiquei bolando, como que eu vou chegar na casa da pessoa, bom dia, boa tarde, porque a situação...foi antes do nosso ingresso, a gente caiu de pára-quadras, sem eira nem beira, essa é a verdade. Teve uma capacitação, mas não foi a melhor, tipo contínua, eu acho que a gente tá sempre aprendendo...

- Eu acho que a capacitação pros agentes de saúde, eu acho que quem busca é o próprio agente de saúde... A gente tenta... Tivemos... Foi falado sobre tudo... Mas a maior capacitação que nós tivemos foi sobre dengue... Toda semana... Você pensava que ia respirar, vinha “treinamento de dengue”...

- Agora, pior foi...

-... Se a gente não tivesse tido esse negócio da dengue, foi uma coisa muito distante da realidade, o que foi explicado aqui, da realidade, olha a distância...

- Eu vejo um erro brutal na continuidade dessa capacitação que a gente não teve... Concordo plenamente com o que ela falou... A gente foi jogada na rua...pegue três fichas e vai...sem respaldo nenhum...nós fomos com a cara e com a coragem...acho que falta uma continuidade e uma...uma...eu quero dizer no seguinte sentido, nós tivemos uma capacitação, portas fechadas, não existe nenhum acompanhamento a nível nosso...

- Na rua...

- (...) se eu chego na porta, se eu falo grosso com a pessoa, se eu não estou com as informações...

Pesquisador – Não existe esquema de supervisão?

- Sei lá, nem 100% de nós que estamos aqui, de outras unidades, nem todo mundo foi nesta capacitação que nós tivemos. A escolha ainda é muito falha, nós nem sabemos na realidade os que a gente ia fazer. Eu acho que nem todo mundo tá como agente comunitário...

- Mas também eles quiseram formar o médico em três meses... É verdade... Foi tanta informação... De manhã era isso, à tarde era outra... Não tivemos tempo... Não fomos capacitados, por quê? Foi muita informação, uma atrás da outra...

- Tinha dia que era câncer, diabetes, colesterol, hipertensão, vacina...

(falam ao mesmo tempo)

- Tanto é que, realmente, saber o que faz a gente tá aprendendo agora...

- A capacitação eles estão tentando dar agora,,,

- Falou muito da saúde da mulher... do papanicolau...

- E a próstata? Ninguém vai falar da próstata? Não é importante falar isso pro homem?

- É tão interessante isso que a [nome] está falando, porque não foi falado sobre a saúde do homem. No entanto, eu tive um câncer de mama num homem...não é exclusivo da mulher...quer dizer, não é lógico que a gente tem que falar um pouco sobre isso? A capacitação é contínua. Foi bom? Foi...

Pesquisador – Só mais uma coisa... Como é que foi a relação de poder na capacitação? Vocês eram pessoas da comunidade que foram selecionadas, iam virar agentes comunitários de saúde. Quem veio dar a capacitação partia do conhecimento de vocês pra passar o novo conhecimento, ou vinha e...

- Despejavam como professor e aluno...

- O [nome] respeitava...

- O [nome], educador, quando deu algumas capacitações, por ele ser psicólogo, ele partiu dos princípios, ele não foi... Ele falou a nossa língua, ele procurou ter respeito... Agora, nem sempre isso aconteceu, mesmo porque teve muito oportunismo... De repente tinha trinta pessoas aí... Então, eles logo vinham com capacitação interesseira.

- Tanto fizeram papel de professor e aluno que dava “tilt”, a banana, [nome], vocês estão comendo muita banana...

Pesquisador – Vocês acham que essa forma mais professoral de dar a capacitação acaba influenciando algum agente no dia-a-dia do trabalho em relação à comunidade, ou seja, acaba transferindo um pouco disso lá pro...

(falam ao mesmo tempo)

- Você dá tiro no pé, se você tem a casca grossa, você vai ter que ter um filtro muito grande pra você não escorregar e não cometer com o usuário o que fizeram com você...

- Precisa ter experiência, né...

- O gostinho pela...

- O poderzinho, sabe.

- Entre a gente mesmo... Acontece... Essa coisa de passar... Nós vamos conversar com muito carinho... Muito... Quando eu comecei eu pensei: “eu vou fazer tudo errado”, vou aprender com o outro...porque eu mesmo não sabia...

- Não sabe nem como chegar...

- Mas pra mim chegar a este ponto, [nome], eu...

- Você ganhou um abacate e um abacate é muito grande...

- Se eu não sei nada, então tá bom, eles despejaram tudo ao mesmo tempo, e aí como que faz? Não sei o quê, e o senhor? Entendeu?

- Eu acho que é aí que está o problema. Que quando a gente tem uma reciclagem... Mas não assim... Tem que vir alguém fazer uma reciclagem pra gente...

- Nós somos novas... o que ajudou bastante...com medo da rua...aprende na rua...

- Se a gente não consegue, fica no meio termo: “como você faz? Como é que eu faço?”

(falam ao mesmo tempo)

- Vamos um pouquinho na minha área e um pouquinho na sua! Até hoje, né...

- O que era escondido se tornou... O que eu sinto... uma dose de conhecimentos muito grande, hanseníase, diabetes, tudo bem, eu quero saber como que eu posso chegar na casa da pessoa, se eu não tive abordagem? Tem que ter. Antes de eu trabalhar aqui eu fui várias coisas, inclusive telefonista, aí, todo tipo de serviço... É assim, tem um “script”, você fala assim, pra algum tipo de ligação é assim que faz... a gente não! Entendeu?

- A primeira besteira que fizeram foi, na primeira semana, só dengue. Tô aqui o material. Vocês já receberam aulinhas, técnicas, só fala isso. Vamos lá... cata-bagulhos, quatro toneladas nós arrecadamos!

- E eu com a ficha... ó, aqui tem dez fichas, tem que fazer. Falei: “tem que fazer?” E ficou dez fichas rodando quinze dias... Que que eu faço? Onde que eu vou? O que que eu faço se eu não fiz nenhuma...eu acho que deveria ter tido um treinamento. Olha, é assim, vamos fazer, é assado... Eu tinha medo de fazer errado...

-Um teatro, né...

- Ah! Um teatro...

-Tem que vir um psicólogo, alguém que... a [nome], da minha equipe, é super tímida. Aí, falaram pra mim: “fala você, você fala bem, eu tenho vergonha”. Pois eu também tinha. Tem vergonha, você vai perder essa vergonha hoje. Aí, eu empurrei ela pra fazer... É coisa que o instrutor tem que colocar o mais tímido, não colocar o mais despojado.

- Tudo o que era feito aqui, era quem falava mais...

- Quem de nós sabia falar mais... Os outros não estavam nem aí...

- A capacitação da Ficha A... primeiro o nome, o endereço...água do domicílio que você bebe...todo mundo achou que a água da SABESP é clorada...é tratada... é clorada? Não, não é. Aí, o outro falava assim...e...não, não é. Aí, você vai pra rua, de galão é tratadíssima...não, não é...aí, agora, a gente descobriu que é. Quer saber de uma coisa, gente, a água da torneira (todos falam ao mesmo tempo)...

- Foi discutido que a água de galão que era tirada de dentro de um poço, que água da torneira era melhor, mais tratada do que a água de galão. E explicar isso pra uma criatura que não queria ouvir... Vai duas horas e meia...até hoje o homem que vende água aí na rua fala: “Oi, dengue, oi, dengue”.

-Os agentes de saúde falam...

Pesquisador - o Dr. [nome], coordenador de saúde falou que vocês estão muito bem.

- Ah! Deixa eu falar uma coisinha...ela sabia muito bem que ele ia dar altas dicas pra gente, pra gente estar brigando por alguma coisa, então, ótimo, a gente vai no caminho da...

- Só que aqui na Vila Dalva, você começa a brigar por alguma coisa, só que quem ganha é o São Jorge, Boa Vista... Dalva não tem prioridade porque fica entre o Parque dos Príncipes e o São Francisco. Nada a gente pode aqui.

- A coordenadoria reconhece... Qualquer reunião que tem uma quantidade representativa de agentes da Vila Dalva. Esse encontro que teve no CEU, ele disse: “eu sei que eu sempre posso contar com o Dalva seja na hora que for”. Se ele sabe a força que a gente tem, tá na hora da gente cobrar dele...

ANEXO 3

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ACS

- 1) Qual era sua expectativa quando se dispôs a se tornar um(a) ACS?
- 2) Essa expectativa se concretizou? Se sim, aponte aspectos que comprovem isso. Se não, aponte motivos que impediram isso.
- 3) Em sua opinião, qual é a função de um ACS?
- 4) Você acha que sua função é bem compreendida pelos moradores? E pelos demais servidores da UBS?
- 5) O treinamento que você recebeu foi satisfatório para exercer sua nova função? Por quê?
- 6) Você foi preparado (a) para a realização de trabalho em grupo? Quem fez isso? Como foi?
- 7) Você continuou recebendo treinamento após o inicial? Atualmente, ainda continua? Que tipo?
- 8) Você tem alguma dificuldade no desenvolvimento de seu trabalho no dia-a-dia? Comente.
- 9) Você recebe supervisão em seu trabalho? De quem?
- 10) Essa supervisão ajuda você a resolver as dificuldades?
- 11) Sua equipe tem uma rotina de reuniões? Que assuntos vocês abordam nelas? Como você avalia essas reuniões?
- 12) Quem coordena as reuniões? O que você acha da dinâmica das reuniões?
- 13) Por que você organiza grupos com a comunidade?
- 14) O objetivo traçado para o grupo é atingido? Comente.
- 15) Você participa de alguma atividade ligada às reivindicações da comunidade? Como é esse movimento? Qual a sua participação?
- 16) Quem mais da Unidade se envolve com os problemas da comunidade? Como isso ocorre?
- 17) Você participa de alguma atividade em que ocorre uma parceria entre a UBS e outras instituições ou entre a comunidade e outras instituições? Comente.
- 18) Você participa ou participou de alguma atividade em que os problemas da comunidade são discutidos com os representantes do poder público? Como foi sua participação? Como foi o resultado?
- 19) Que sugestões você faz para dar maior rendimento ao treinamento?
- 20) Você está satisfeito (a) com seu trabalho? Aponte pontos positivos e pontos negativos.

ANEXO 4

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM DIRIGENTES

- 1) No momento de decisão e implantação do PSF, como o(a) Sr(a) ficou sabendo que esta seria uma política da SMS do governo da Marta Suplicy?
- 2) Como o(a) sr(a) entende o PSF? Que papel o(a) Sr(a) entende que ele tinha naquele momento?
- 3) Qual sua expectativa quando da implantação do PSF na Subprefeitura da Lapa?
- 4) O(a) sr(a) participou de eventos em que o PSF foi apresentado para os servidores? Se sim, qual a reação dos servidores?
- 5) O(a) sr(a) participou de eventos em que o PSF foi apresentado para os moradores? Se sim, qual a reação dos moradores?
- 6) O(a) sr(a) participou da implantação do PSF? Se sim, qual foi seu papel? Se não, quem promoveu a implantação?
- 7) O(a) sr(a) participou do processo de seleção dos ACS? Se sim, qual foi seu papel? Se não, quem promoveu a implantação?
- 8) O(a) sr(a) participou do treinamento dos ACS? Se sim, como se deu? Com que periodicidade? Se não, quem o fez?
- 9) O(a) sr(a) acompanhou o desenvolvimento do trabalho dos ACS durante sua gestão? Com que periodicidade? Como fez isso? Qual sua participação na rotina dos ACS?
- 10) Que papel o sr(a) acha que o ACS tem na equipe de saúde?
- 11) O(a) sr(a) avalia que os ACS estão cumprindo esse papel? Se não, a quem atribui a responsabilidade?
- 12) O ACS tem feito um trabalho de difusão e efetivação do autocuidado com os moradores? Está sendo feito a contento?
- 13) O ACS tem feito trabalho junto a grupos de moradores? Em que situações? Está sendo feito a contento?
- 14) O ACS tem feito trabalho junto à comunidade, abordando questões que a atingem? Em que situações? Está sendo feito a contento?
- 15) O ACS tem feito o trabalho de estimular a comunidade a reivindicar melhorias junto ao poder público e acompanhá-la em suas manifestações? Em que situações? Está sendo feito a contento?
- 16) O ACS recebeu capacitação para fazer essas atividades? Como isso se deu? Com que periodicidade ela ocorre? Quem ministrou a capacitação?
- 17) Quem se responsabiliza pela supervisão do trabalho do ACS? Como é feito?
- 18) O(a) sr(a) concorda com as avaliações que colocam o ACS como um profissional ambivalente (morador/servidor)? Isso ocorre com os ACS de sua área? Como esse fato tem sido abordado?
- 19) O(a) sr(a) acompanhou o trabalho rotineiro do ACS (visita domiciliar, grupo com moradores)?
- 20) O ACS emprega o diálogo com moradores como um instrumento de seu trabalho?

- 21) O ACS respeita o ponto de vista do morador e dialoga com ele em busca de um novo ponto de vista?
- 22) O ACS está preparado para participar da construção conjunta de um novo saber?
- 23) Qual o sentimento do ACS frente aos demais moradores (igualdade ou superioridade)?
- 24) O ACS está fazendo alguma diferença na atenção básica em sua região?
- 25) O(a) sr(a) acha que o PSF implantado na Lapa satisfaz suas expectativas iniciais?
- 26) Que sugestões o(a) sr(a) daria para aprimorar o trabalho do ACS?

ANEXO 5

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Nome: _____ Idade: _____

Equipe de que faz parte: _____ Há quanto tempo? _____

Ocupação que exercia antes de ser ACS: _____

Participava de algum movimento social? Sim ____ Não ____

De forma resumida, que papel você desempenhava no movimento?

Continua participando dele? Sim ____ Não ____

Se SIM, como concilia os dois papéis? _____

Se NÃO, o que ocorreu? _____

Sua admissão como ACS teve a ver com o fato de você participar do movimento? Sim ____ Não ____

ANEXO 6

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE**

**IMPLANTANDO O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PROJETO DE FORMAÇÃO, CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO
PERMANENTE PARA O PESSOAL DAS UNIDADES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**MOMENTO I – “CONHECENDO O PSF”
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

ABRIL 2001

PREFEITA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

MARTA SUPPLY

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

EDUARDO JORGE MARTINS ALVES SOBRINHO

COORDENADORA DO PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO PSF

ISAMARA GRAÇA CYRINO DE GOUVÊA

COORDENAÇÃO DO PROJETO DE FORMAÇÃO, CAPACITAÇÃO E

EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O PESSOAL DAS UNIDADES DE

SAÚDE DA FAMÍLIA

ANA CECILIA SILVEIRA LINS SUCUPIRA

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

ANA CECÍLIA S. L. SUCUPIRA

ANA MARIA CHIESA

JOÃO BOSCO C. ARCIERI

JULIETA HITOMI OSHIRO

PATRÍCIA P. DE SALVE

ROSANA C. P. C. GARCIA

TÍTULO DO CURSO: CONHECENDO O PSF

PÚBLICO ALVO: AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Durante a seleção, os ACS foram progressivamente ouvindo falar de uma proposta nova para a atenção à saúde. Uma vez selecionados, começar o trabalho requer maior entendimento do que significa essa nova prática em saúde, habilidades e domínio de técnicas específicas que lhes permitam alcançar os objetivos propostos e domínio de técnicas específicas que lhes permitam alcançar os objetivos propostos para essa atividade. A capacitação que se pretende para o desenvolvimento desse trabalho irá ocorrer por meio de um programa de Formação, Capacitação e Educação Permanente que compreende vários momentos com objetivos específicos.

O primeiro momento de capacitação para essa função é denominado de “Conhecendo o PSF” justamente porque se trata de um curso que pretende possibilitar ao ACS saber o que vem a ser a proposta do PSF e qual o papel que lhe cabe na construção dessa mudança de modelo. Esse curso deve ser um espaço de troca de saberes no qual se pretende identificar os conceitos básicos que esses trabalhadores trazem consigo e discutir a nova forma de entender a atenção à saúde, fundamentada em princípios e conceitos provavelmente diferentes do que eles trazem. Assim, o professor, de acordo com Paulo Freire, é alguém que ensina e aprende ao mesmo tempo, numa relação pedagógica dialética.

Esse momento terá o mesmo conteúdo e dinâmica para ACS e auxiliares de enfermagem e uma outra proposta para Médicos e Enfermeiros. Como toda capacitação deverá ocorrer de forma descentralizada por distritos, o que dará um contorno próprio para a elaboração da programação final do curso. Ou seja, a partir de um conteúdo mínimo comum a todos os cursos, em cada distrito será redefinido um conteúdo adequado às características locais.

Objetivo geral: Fornecer ao ACS uma visão inicial sobre o PSF e as características do trabalho que deve ser por ele realizado.

Conteúdo:

Em linhas gerais esse curso deve fornecer uma visão geral sobre:

- o SUS e o PSF
- o modelo de atenção à saúde que se pretende implantar com o PSF
- os conceitos de saúde, família e comunidade
- a USF como unidade centralizadora desse trabalho
- as características do trabalho do ACS
- as atividades básicas que serão desenvolvidas pelo ACS
- os princípios que norteiam as relações entre os profissionais e a

comunidade.

Durante o curso pretende-se, também, conhecer melhor o perfil dos novos trabalhadores e identificar as necessidades de formação específica do grupo, tais como aperfeiçoamento da escrita e leitura, questões referentes às condições de trabalho, entre outras.

Uma proposta para os Distritos desenvolvem esse momento da capacitação será repassada aos multiplicadores que deverão efetivamente ministrar esse curso. Essa proposta indica possibilidades de trabalhar os conteúdos básicos, outros conteúdos poderão ser agregados de acordo com as necessidades locais.

I – PROGRAMA DO CURSO

1. A mudança no Modelo de Atenção à Saúde
 - o que existe e o que se pretende
2. O SUS
 - os princípios e a organização básica do SUS
3. O PSF
 - os princípios do PSF
4. O que é Saúde
 - conceitos dos ACS e conceitos teóricos
5. A família e a Comunidade
 - os conceitos e a importância da família e da comunidade no PSF
6. Conhecendo e descrevendo a Comunidade
 - territorialidade e adscrição de clientela
7. A importância de produzir informações
 - o SIAB
8. O trabalho na comunidade
 - o olhar, o escutar, o fazer... o repensar
9. As relações do ACS com a comunidade
 - o respeito, a ética, o vínculo, o compromisso
10. Trabalhando com outros profissionais
 - a equipe, outros parceiros

II. PROPOSTA DE ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA

Todos os temas deverão ser abordados a partir do princípio de que os ACS como usuários de um sistema de saúde e membros da comunidade têm um saber sobre todos os temas apresentados. Dessa forma, inicialmente sempre deverá se buscar identificar os conceitos e conhecimentos que os ACS têm sobre cada tema e o que eles idealizariam como modelo a ser buscado. A partir da explicação desses conteúdos o professor deve organizar a discussão de modo a esclarecer as relações entre o que eles idealizam e o que o PSF propõe.

Como em geral, nas discussões costumam participar sempre os mesmos alunos, propõe-se que para viabilizar a participação de todos, sejam utilizadas técnicas em que uma ou mais filas de alunos são solicitados a responder às questões. Outra técnica é utilizar um objeto que vai sendo passado de mão em mão e quando o professor dá um sinal, aquele que estiver com o objeto é obrigado a responder. Ainda, outra alternativa é jogar uma bola para aquele que deve responder as questões.

Um outro aspecto a ser comentado, é o fato de que, muitas vezes, as pessoas não conseguem elaborar as perguntas ao fim de uma explanação ou mesmo sentem-se inibidas para falar em voz alta suas questões. Para contornar essa situação haverá uma urna durante todo o dia, onde devem ser colocadas as dúvidas, especificando apenas o distrito onde o profissional trabalha. No fim do dia os coordenadores separarão as questões para serem respondidas no dia seguinte.

ROTEIRO DE INTRODUÇÃO AO CURSO CONHECENDO O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Apresentação do Curso

Nome: Conhecendo o PSF

Carga Horária: 20 horas

Horário: 8:00 às 12:00. Intervalo das 9:45 às 10:00

Frequência obrigatória de 100%

Certificado para quem cumprir toda a carga horária

Material do Aluno: lápis, caneta, borracha, bloco de notas, pasta

Apresentação dos Professores

Apresentação do Grupo: técnica do Crachá

Distribuir aleatoriamente crachás com os nomes dos alunos e pedir para que cada um procure a pessoa correspondente ao nome daquele crachá.

Duração: 10 minutos

Responder:

Nome, distrito, unidade em que vai trabalhar, microárea.

Por que você acha que foi selecionado?

Tema 1. A Mudança no Modelo de Atenção à Saúde
Refletindo Sobre o Modelo de Atenção à Saúde

ATIVIDADES	ORIENTAÇÃO PARA O PROFESSOR
<p>1) Subgrupos: 1, 2, 3 e 4</p> <p>Preparar uma dramatização de como é atualmente o atendimento nos diferentes serviços de saúde</p> <p>Subgrupo 5:</p> <p>Preparar uma dramatização de como deveria ser o atendimento em uma Unidade Básica de Saúde que recebe uma criança com diarreia.</p>	<p>Dividir o grupo em 5 subgrupos e designar cada um para dramatizar as seguintes situações de atendimento:</p> <p>G1: na Unidade Básica de Saúde</p> <p>G2: no Pronto Socorro</p> <p>G3: no Hospital</p> <p>G4: no Convênio</p> <p>G5: na Unidade Básica de Saúde, como o grupo acha que deveria ser um bom atendimento</p>
<p>2) Dramatizar – Grupos 1, 2, 3 e 4</p>	<p>Solicitar às pessoas que observaram que comentem os comportamentos ou situações que chamam a atenção durante as apresentações.</p> <p>Por ex: demora no atendimento, falta de condições para a espera do atendimento, não olhar para o usuário, não escutar a queixa, falta de privacidade, atender o usuário em pé, entre outros. O professor acrescenta à lista as observações que ele também fizer.</p>
<p>3) O que determina esses comportamentos e atitudes hoje presentes na atenção à saúde?</p>	<p>Solicitar que as pessoas de uma fila horizontal e outra vertical, escolhidas aleatoriamente, respondam essa questão em tiras de papel que serão coladas no papel manilha.</p>
<p>4) Dramatizar – grupo 5</p>	<p>Solicitar para os demais participantes que estão observando que registrem os pontos que consideram importantes para a discussão.</p>

<p>5) Comparar esta dramatização com as anteriores e discutir as seguintes questões:</p> <p>O que mudou?</p> <p>Em que essas mudanças melhoram a qualidade do atendimento?</p> <p>Essas mudanças são suficientes para melhorar a saúde das pessoas?</p>	<p>Para cada uma das questões escolher uma ou duas filas aleatoriamente para que apresentem suas respostas.</p> <p>Atentar para o caráter das mudanças apontadas pelos alunos, identificando aquelas que se referem apenas à forma sem envolver efetivamente uma nova atitude.</p> <p>Exemplos: Tratamento com cordialidade, receber medicação tanto na unidade como para levar para casa, ser atendido rapidamente, ter vaga para internação, a mãe poder acompanhar a criança na internação, o ambiente estar limpo/arrumado, entender a letra do médico, entre outros.</p> <p>Que outras mudanças no atendimento realmente melhorariam a qualidade da atenção.</p>
---	---

Tema 2. O SUS

ATIVIDADES	ORIENTAÇÃO PARA O PROFESSOR
<p>1) Responder as seguintes questões:</p> <p><u>Onde</u> costumam ir as pessoas de sua comunidade para cuidar da saúde?</p>	<p>Pedir para que as pessoas de duas filas aleatórias respondam as questões e coloquem no papel manilha suas respostas.</p> <p>Solicitar ao restante do grupo que acrescente outras alternativas que faltarem.</p> <p>Caso não tenham sido citadas as práticas populares como benzedeiras, curandeiro, farmácia, centro espírita, o professor pode perguntar ao grupo se a comunidade costuma procurar esses recursos e acrescentar à lista de respostas essas alternativas</p>

2) Com base na lista elaborada no item anterior indicar <u>quanto</u> e por quais motivos os lugares listados são procurados pela comunidade	Orientar a discussão solicitando sempre para que pessoas de uma ou duas filas respondam às questões e que as outras possam comentar as respostas.
3) Completar as listagens anteriores indicando o <u>que facilita e o que dificulta</u> a comunidade no atendimento nesses serviços	<p>Solicitar para que os alunos de uma ou duas filas elaborem as duas colunas de facilidades e dificuldades no atendimento.</p> <p>Orientar a discussão fazendo com que o grupo identifique os <u>princípios do SUS: universalidade, equidade, acessibilidade, integralidade, resolutividade, hierarquização, regionalização, participação popular.</u></p> <p>Exemplos de respostas que podem facilitar a identificação desses princípios: tem direito, atende todo mundo, é mais perto, é mais rápido, o atendimento é garantido, resolve mais, tem mais recursos, atende bem.</p>
5) Assistir o vídeo sobre o SUS	Apresentar o vídeo
6) Discutir os pontos que chamaram atenção no vídeo. Comparar o produto da discussão dos itens 1,2,3 e 4 com a discussão do vídeo.	Orientar para que todos participem da discussão. Pode-se utilizar uma bola que é jogada para uma pessoa que deve então se expressar.
4) Explicar em poucas palavras o que é o SUS.	Solicitar que cada um escreva num pedaço de papel distribuído previamente, o que eles entendem como SUS, recolher e, juntamente com os alunos, elaborar uma definição para o SUS.

Tema 3. O PSF

ATIVIDADES	ORIENTAÇÃO PARA O PROFESSOR
<p>1. Partindo da dramatização do Tema I</p> <p>- GRUPO 5, imaginar que a criança está retornando para a Unidade de Saúde pelo mesmo motivo do último atendimento (quadro de diarreia)</p> <p>Responder às seguintes questões:</p> <p>a. Porque a criança voltou a apresentar o mesmo problema?</p> <p>b. Que outras ações podem ser desenvolvidas, além da consulta médica, que ajudassem na resolução do problema?</p>	<p>Ajudar o grupo a relembrar o exercício do grupo 5 do tema 1 e estimular a discussão explorando:</p> <p>a) Enfoque no atendimento:</p> <p>O caso pode ter sido abordado somente em relação aos sintomas presentes naquele momento em que se tenha considerado a situação de vida desta criança de forma integral.</p> <p>Estimular o grupo a identificar os fatores que interferem no processo saúde-doença que vão além de causas orgânicas:</p> <p>Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Relações familiares: sensação de abandono, qualidade do cuidado, criança querendo “chamar a atenção”, conflitos que possam causar sentimento de medo, conhecimento / aceitação e/ou concordância da família quanto ao tratamento proposto/condução médica. ➤ Ambiente dentro e fora do domicílio que favorece o aparecimento deste quadro: água não tratada, presença de lixo a céu aberto por longos períodos, não ter rede de esgoto, córrego a céu aberto, limpeza da casa e dos utensílios. <p>b) Lembrar os alunos que as ações na atenção à saúde podem ser compartilhadas com outros profissionais, descentralizando o poder de um único profissional, estimulando o trabalho em equipe. O ACS inserido na equipe de saúde da família tem um papel importante, pois ele tem uma relação direta com a população podendo contribuir para o desenvolvimento de ações intersetoriais.</p>
<p>2) Os alunos que participaram do grupo 5 do tema 1 devem dramatizar a mesma situação do atendimento a uma criança com diarreia, agora sendo atendida numa unidade do PSF</p>	<p>Orientar o grupo a utilizar na dramatização as discussões do item anterior.</p>

3) Comparar essa dramatização com a desenvolvida no item 1, do primeiro dia, listando as diferenças entre uma situação e outra. Apontar qual a diferença mais importante.	Organizar a discussão para que sempre possam se manifestar aqueles mais calados.
4) Leitura do texto “O que é o PSF”	Orientar a leitura e interpretação do texto, iniciando sessão de comentários interativos e respostas a dúvidas
5) Assistir a projeção de transparências sobre PSF.	Apresentar a seqüência de transparências.
6) Com base nas discussões do dia, escrever resumidamente o que você entende que seja o PSF.	Delimitar o tempo da atividade, orientando o grupo a fazer individualmente e recolher a produção dos alunos.

Tema 4. O QUE É SAÚDE

ATIVIDADES	ORIENTAÇÃO PARA O PROFESSOR
1) Confeccionar 4 cartazes, um para cada subgrupo, 2 deles deverão representar a saúde e os outros 2 representarão a doença.	Dividir o grupo em 4 subgrupos, sendo que 2 deles deverão ser orientados a selecionar figuras em revistas que transmitam a idéia de saúde. Os outros 2 grupos deverão fazer a seleção de figuras que representem a doenças
2) Apresentação e discussão dos cartazes.	Solicitar que os alunos de um grupo comentem o cartaz de outro grupo. Cada grupo deve ser orientado a justificar o seu cartaz.
3) Responder a seguinte questão: Você acha que nesse momento você está com saúde ou tem alguma doença? Por que você pensa assim?	Solicitar para que os alunos verbalizem o que é estar com saúde e o que é estar doente. Para isso, perguntar para os alunos de algumas filas, se eles, naquele momento, estão com saúde ou doença e pedir que justifiquem suas respostas.

	O professor deve tentar relacionar as definições de saúde/doença aos usos do corpo, procurando compreender e contextualizar o sofrimento do outro.
<p>4) Responder as seguintes questões:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por que é importante ter saúde? • Do que eu preciso para ter saúde? 	<p>Orientar a discussão sobre a importância da saúde, salientando exemplos de como as condições de vida podem modificar a importância que se dá à saúde.</p> <p>Exemplos referentes a primeira questão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ No trabalho: medo de faltar no serviço por doenças como gripes, lembrar o risco de ser demitido se frequentar muito os serviços de saúde da empresa. ➤ Nas relações familiares: uso da doença como manipulação. <p>Para a segunda questão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Na comunidade direitos à saúde/ cidadania/ decisões políticas da Secretaria/ participação popular/ de quem e/ou do que se depende para se ter saúde. ➤ Condições de vida que interferem na saúde.
5) A partir da discussão anterior procurar definir o que é saúde.	Construir junto com os alunos o conceito de saúde, comentando o conceito da OMS e a definição da 8ª Conferência Nacional de Saúde.
6) Destacar nas discussões anteriores o que é importante para se ter qualidade de vida, visando ter saúde.	Orientar a atividade para que o grupo discuta o conceito de qualidade de vida levando em conta questões como: ambiente, moradia, saneamento, educação, transporte, alimentação, ações da comunidade, trabalho, lazer, família, serviços de saúde...

Tema 5. A FAMÍLIA E A COMUNIDADE

ATIVIDADES	ORIENTAÇÃO PARA O PROFESSOR
1) Responder a seguinte questão: Que tipos de família você conhece?	Dar um objeto para o grupo e pedir para que os participantes passem adiante. Explicar que aquele que receber o objeto deverá responder a questão. Continuar o processo até que o número de respostas seja suficiente para a discussão. Um dos professores deve fazer o registro das discussões. 1. Discutir a questão da diversidade de conceitos. Valorizar a flexibilidade.
2) Fazer a leitura dos conceitos básicos do Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica	No decorrer da leitura fazer comparações com o resultado da discussão do item anterior. Expor os conceitos em transparência.
3) Responda as questões: Quais as atividades sociais, religiosas, artísticas, de ajuda mútua, que você participa no seu bairro? Que organizações sociais existem na comunidade que você sabe?	Incentivar o grupo a lembrar das atividades de participação nas igrejas, feiras, associações comunitárias, escolas, associações de moradores, mutirões, festas, etc. Explorar com os participantes a importância de conhecer vários aspectos da comunidade: costumes, crenças, problemas, como as pessoas relacionam-se, como ajudam-se ou prejudicam-se umas às outras.
4) O que você acha que é uma comunidade?	Ajudar o grupo a construir um conceito de comunidade. Destacar o papel da família na formação da comunidade. Lembrar que a maioria das comunidades não é homogênea, que existem elementos de harmonia e interesses comuns, mas também está presente o conflito.

Tema 6. CONHECENDO E DESCREVENDO A COMUNIDADE

ATIVIDADES	ORIENTAÇÃO PARA O PROFESSOR
1) Construir uma maquete da sua área em sucata, estabelecendo os limites do entorno.	Dividir o grupo em subgrupos por área e fornecer material de sucata. Orientar a atividade para que sejam colocados todos os equipamentos sociais/organizações sociais que o grupo lembrar, principalmente aqueles já citados na atividade anterior
2) Fazer as exposições das maquetes comentando como foi realizar essa atividade. Se você souber fale sobre como foi a delimitação da sua microárea de trabalho.	Organizar para que as exposições das maquetes sejam aleatórias. Discutir os critérios que devem ter sido utilizados para a delimitação da sua microárea.

Tema 7. A IMPORTÂNCIA DE PRODUZIR INFORMAÇÕES

ORIENTAÇÃO PARA OS ALUNOS	ORIENTAÇÃO PARA OS PROFESSORES
1) Leitura: “Uma escola será aberta no bairro de Vila das Flores”. O que será necessário para a escola funcionar?	Dividir os alunos em 2 grupos A e B Grupo A: Será responsável pelo funcionamento da escola e atenderá ao grupo. Grupo B: Fará o papel da comunidade local interessada em frequentar escola. Orientar para que o grupo B estabeleça as características de quem vai frequentar a escola: faixa etária, escolaridade, ano escolar, sexo, condições de saúde: Exemplo da criança portadora de deficiência, assim como as características de atendimento da escola:

	<p>sala de aula, carteiras, material escolar, horário de funcionamento, manutenção do prédio, segurança, merenda e outros.</p> <p>O grupo B fornecerá as informações específicas quando solicitadas pelo grupo A.</p> <p>Listar em papel manilha as idéias de cada grupo.</p>
2) Apresentar o resultado das atividades.	<p>Levar o grupo a perceber que para o planejamento adequado é necessário coletar o maior número de informações para conhecer e responder as necessidades e interesses da população alvo.</p>
3) Relacionar a atividade realizada no item anterior com as atividades de coleta, registro e discussão das informações obtidas no trabalho do dia-a-dia do ACS	<p>Aproximar os alunos do SIAB – Sistema de Informações Básicas – (Sistema idealizado para agregar e processar as informações sobre a população visitada) através da apresentação do formulário FICHA A – Ficha de cadastramento das famílias.</p>

TEMAS: 8 / 9 / 10. O TRABALHO NA COMUNIDADE/ AS
 RELAÇÕES DO ACS COM A COMUNIDADE/ TRABALHANDO
 COM OUTROS PROFISSIONAIS

SEQUÊNCIA I	
ATIVIDADES	ORIENTAÇÃO PARA O PROFESSOR
1. Participar da atividade como voluntário ou como observador	<p>Solicitar 6 voluntários para o grupo e orientar que 3 alunos fiquem sentados em cadeiras colocadas de frente para o restante da classe.</p> <p>Os outros 3 alunos deverão sair da sala e receber as seguintes informações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Um de cada vez deverá abrir a porta da sala olhar e sair. ➤ Cada voluntário que ficou fora da sala vai entrar e sair, um seguido do outro. O primeiro a entrar vai dirigir-se ao primeiro voluntário sentado e trocar os pés de seu sapato. O segundo vai dirigir-se à segunda pessoa e trocar os pés de seu sapato e mudar o relógio de braço ou colocar os óculos de ponta cabeça. O terceiro faz a troca dos sapatos, do relógio ou dos óculos e no final leva um dos pés do sapato para fora da sala de aula
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Abrir a porta novamente, mas falando cordialmente com todos da sala, e pedir permissão para entrar. Dirigir-se à sua pessoa de referência sentada, e explicar o

	que vai ser feito, chegar a um consenso, respeitando a vontade de quem está sentado e tentar executar o mesmo procedimento anterior.
<p>2. Responder a seguinte questão:</p> <p>Para os voluntários sentados:</p> <p>a) Como vocês se sentiram nos três momentos?</p> <p>Para as outras pessoas do grupo:</p> <p>b) Como foi observar a atividade?</p>	<p>Neste momento expor apenas as sensações que podem surgir do grupo sem emitir qualquer comentário.</p> <p>Escolher dez alunos para responderem à questão</p> <p>- b-, dar preferência para os que participam menos.</p> <p>Atentar para a fala do grupo e anotar se surgem questões que possam ser consideradas no final do dia. Ex: O modo como as pessoas abrem a porta e entram na sala. O grupo teve sensação de invasão? A postura estava adequada? E se essa porta fosse do domicílio de uma família? Existe uma forma mais adequada para esse trabalho domiciliar? Como as pessoas sentadas sentiram-se sendo manipuladas sem saber o que iria ser feito com elas? Comentar o medo do desconhecido? Uma abordagem dialogada ajuda nas relações? As pessoas têm o direito de decidir se querem ou não seguir condutas ditadas pelos profissionais da saúde? Os cidadãos devem ser passivos quando se trata da sua saúde?</p>
3) Fazer a leitura da situação problema, em anexo, e responder as	Organizar para que a leitura seja feita por 7 alunos, cada um representando um

<p>seguintes questões:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ O que vocês acham importante comentar a respeito das duas situações-problema? ➤ Você como ACS considera adequada a orientação dada pela enfermeira? Por que? ➤ Como você gostaria que fosse feita essa orientação? ➤ Ela é suficiente para orientar o seu trabalho? 	<p>personagem.</p> <p>Estimular a discussão para identificar posturas relativas ao respeito, à ética, ao vínculo, ao compromisso, ao preconceito.</p> <p>Notar o distanciamento do agente em relação à população.</p> <p>Destacar a importância de ter sensibilidade na relação com a família, ser ético, não ficar palpitando apenas, respeitar a intimidade de cada casa, ter responsabilidade, evitar fofocas, etc.</p> <p>Anotar as respostas formuladas por 2 filas de alunos.</p>
---	---

SEQUÊNCIA II

SEQUÊNCIA II	
<p>1. Assitir ao vídeo – Quem é o Agente Comunitário de Saúde? – do Ministério da Saúde, e responder a seguinte questão por escrito: O que o ACS faz?</p> <p>Responder individualmente.</p>	<p>Comentar criticamente sobre o vídeo, apontando que a filmagem mostra uma realidade diferente da nossa, da cidade de São Paulo, mas que é possível destacar algumas funções/atribuições desse trabalhador, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> -conhecer melhor as necessidades das pessoas de sua comunidade. -saber quais são os problemas de saúde. - identificar as causas e os riscos que existem na comunidade e que prejudicam a saúde. -encaminhar para a resolução de problemas. - desenvolver ações educativas de promoção à saúde. <p>Lembrar que o ACS não trabalha isolado da ESF, e, portanto, todas as suas ações devem ser discutidas em conjunto.</p> <p>Além disso, está incluído em seu trabalho a visita domiciliar, o cadastramento das famílias e o mapeamento da comunidade.</p>

ANEXO

SITUAÇÃO PROBLEMA

DNA. Paulina. ACS. Chega à USF e vai até a copa tomar café

(Lá encontra Sérgio, Carlos e Helena, também ACSs.)

P. Oi pessoal, vou tomar um café rapidinho pois minha vizinha, DNA.

Filomena disse que tem uma criança na sua rua com diarreia.

Parece que é um bebê de 9 meses.

H. Ah! Eu sei quem é. É uma família que chegou do sul há dois meses.

P. Bom dá pra imaginar o que eu vou encontrar, né! Acho que a mãe do bebê tem dezesseis anos, o pai não assumiu, tem dia que quem toma conta da criança é a avó ou a tia de dezenove anos. Essas adolescentes são mesmo sem cabeça, sabe lá como ela cuida da casa, ainda mais vindo do interior, esse pessoal é muito chucro.

Nessa semana na reunião da Equipe de Saúde da Família:

Toninho, ACS, está apresentando um caso: amanhã eu vou visitar uma família que tem um bebê de 11 meses e parece que ele está com diarreia, e essa mãe começou a trabalhar recentemente e está deixando a criança com uma vizinha que acabou de chegar com a família do interior.

Enfermeira: Toninho, você já visitou essa família recém-chegada?

T: não, ainda não deu.

Enfermeira: Então aproveita pra cadastrar essa família e verifica as condições gerais de higiene, principalmente com relação à água. Vocês se lembram que essa região não tem água tratada nas casas e é importante saber como a água é armazenada, principalmente se eles estão cuidando de um bebê, por que é essa água que o bebê está tomando. É possível que a diarreia esteja sendo causado por isso. Aproveita, também, para orientar essa família nova como se faz o soro caseiro.

ANEXO II
SIAB
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA
CONCEITOS BÁSICOS
FAMÍLIA

É o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado(a) doméstico(a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados.

DOMICÍLIO

Designa o “local de moradia estruturalmente separado e independente, constituído por um ou mais cômodos”. A separação fica caracterizada quando o local de moradia é limitado por paredes (muros ou cercas, entre outros) e coberto por um teto que permita que seus moradores se isolem e cujos residentes arcam com parte ou todas as suas despesas de alimentação ou moradia. Considera-se *independente* o local de moradia que tem acesso direto e que permite a entrada e a saída de seus moradores sem a passagem por local de moradia de outras pessoas.

- Em casa de cômodos (cortiços), considera-se como um domicílio cada unidade residencial.
- Também são considerados domicílios: prédio em construção, embarcação, carroça, vagão, tenda, gruta e outros locais que estejam servindo de moradia para a família .

PERIDOMICÍLIO: é o espaço externo próximo à casa e que inclui os seus anexos.

ANEXOS: é a unidade de construção, permanente ou não, peridomiciliar, que sirva de abrigo para animais ou para depósito, assim como todas as demais dependências externas no peridomicílio, contíguas à casa.

MICROÁREA: o espaço geográfico delimitado onde residem cerca de 400 a 750 pessoas e corresponde à área de atuação de um agente comunitário de saúde (ACS).

ÁREA: o conjunto de microáreas sob a responsabilidade de uma equipe de saúde. A composição da equipe de saúde e as coberturas assistenciais variam de acordo com o modelo de atenção adotado e a área pode assumir diversas configurações:

Área, no Programa de Saúde da Família (PSF) - é o conjunto de microáreas contíguas sob a responsabilidade de uma equipe de saúde da família, onde residem em torno de 2.400 a 4.500 pessoas.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DISTRITO DE SAÚDE DA LAPA

CAPACITAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
MÓDULO I: Conhecendo o PSF

Selma M. P. S. Nogueira
Diretora do Distrito de Saúde da Lapa

Equipe Técnica:
Rosalía M. Manicardi – Interlocutora do Programa Saúde da Família – DS Lapa
Ana Cristina Nascimento Vaz
Branca Vaidergorn
Cleci Silva Faria
Hiromi Kano Uchida

CAPACITAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Data: 02, 03, 04, 05, 08, 10, 11, 16, 17, 18 e 19 de outubro de 2001

Carga horária: 44 horas

Local: Escola Técnica Estadual “Guaracy Silveira

Participantes: 11 ACS da V. Jaguará e 13 do Parque da Lapa

OBJETIVO GERAL: O módulo I pretendeu possibilitar ao ACS saber o que vem a ser a proposta do PSF e qual o papel que lhe cabe na construção dessa mudança de modelo.

PROGRAMA:

Temas	Objetivos
A mudança no modelo de Atenção à Saúde	Refletir sobre o atual modelo de Atenção à Saúde de modo a perceber as necessidades de mudança para a melhoria da qualidade de atenção à saúde
SUS	Apresentar uma visão geral sobre o SUS por meio da discussão de suas diretrizes e pressupostos
O que é Saúde	Identificar a visão do grupo sobre o processo saúde-doença
Família e Comunidade	Levantar diferentes formas de definir família e comparar com o conceito que vai ser utilizado no PSF. Exercitar o conhecimento do grupo sobre sua comunidade
PSF	Apresentar os princípios do PSF, entendendo que por meio da estratégia Saúde da Família é possível garantir a viabilizar os princípios do SUS
Visita domiciliar	Definição e diferenciação de visita / assistência / atendimento / internação domiciliar
O trabalho na comunidade	Sensibilizar o ACS para a importância do olhar, o escutar, o fazer e o repensar no trabalho dos ACS
As relações do ACS com a comunidade	Refletir sobre a importância do respeito, da ética, do vínculo, e do compromisso que o ACS tem com os cidadãos da sua área de atuação
O trabalho com outros profissionais	Discutir o processo de trabalho focado no trabalho em equipe
A importância de produzir informação	Entender a importância da informação para o planejamento, acompanhamento e avaliação do PSF

Temas	Objetivos
A voz na comunicação	Sensibilizar os ACS para a importância da voz e da escuta como meios de expressão e comunicação
Farmacodependência	Sensibilizar o ACS para entender os fenômenos de alcoolismo e drogadição como questão de saúde
Zoonoses	Capacitar os ACS para que possam perceber e orientar os munícipes sobre as condições ambientais que propiciam proliferação de animais sinantrópicos.
Saúde do Trabalhador	Proporcionar espaço para que os ACS reflitam sobre o processo saúde-doença e sua interrelação com a dinâmica do trabalho

****Ministradores de aulas:***

Rosalía M. Manicardi
Ana Cristina Nascimento Vaz
Branca Vaidergorn
Cleci Silva Faria
Hiromi Kano Uchida

Convidados

Suely Maria Moreira Shimizu – Enfermeira (UVIS Lapa)
Douglas A. Schneider Filho – diretor do DS V.Mariana
Mirian Garboggini Di Giorgi – psicóloga (Farmacodependência)
Elvio Luiz Novelleto - psicólogo (Farmacodependência)
Idalina M. Pires – educadora (Zoonoses)
Elizabeth Aparecida da Silva – médica veterinária (Zoonoses)
M. Cecília Marcondes Veiga – médica veterinária (Zoonoses)
M. Angela M. de Sant’Anna Azevedo – psicóloga (CRST)
M. do Rosário Lopes Mendes – fisioterapeuta (CRST)
Francisco Teodoro Alves – ACS (Qualis V. Souza)

****Coordenadores das atividades corporais:***

Ana Cristina Nascimento Vaz
Branca Vaidergorn
Cleci Silva Faria
Hiromi Kano Uchida

Convidados

Rita Hetem – Yoga
Cibele Marques – Danças Circulares
Tereza Maria dos Santos – Tai-chi-chuan

CAPACITAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE AVALIAÇÃO

HOJE EU SAÍ:

Data	Satisfeito	Preocupado	Cheio de dúvidas	Cansado
02/10 Mudança de Modelo de Atenção à Saúde	18	05	0	06
03/10 SUS	19	0	0	0
04/10 Saúde/Doença	17	03	0	02
05/10 Família e Comunidade	21	01	0	03
08/10 PSF Visita Domiciliar	22	0	0	03
10/10 O trabalho na comunidade As relações do ACS com a comunidade O trabalho com outros profissionais	24	0	0	0
11/10 A voz na comunicação A importância de produzir informação	21	0	0	02
16/10 Farmacodependência	21	0	0	02
17/10 Zoonoses	24	0	0	0
18/10 Saúde do Trabalhador	24	0	04	05

Tabulação dos dados das avaliações diárias dos ACS – Capacitação – módulo I

Aula	Conteúdo			Metodologia			Prática	
	Adquiriu	Revisou	Insuficiente	Clareza	Dinâmico	Inadequado	Novas idéias	Difícil Aplicar
Mudança de Modelo de Atenção à Saúde	15	19	0	14	18	0	23	1
SUS	24	9	0	17	15	0	23	2
Saúde / Doença	23	12	0	22	15	0	22	2
Família e Comunidade	23	11	1	19	18	0	24	1
PSF								
Visita Domiciliar	23	14	1	20	14	0	23	0
O trabalho na comunidade/As relações do ACS c/ a comunidade/ O trabalho c/ outros prof.	23	12	0	19	18	0	24	0
A voz na comunidade								
A importância de produzir informação	22	12	0	21	18	0	24	0
Farmacodependência	19	10	0	22	16	1	20	4
Zoonoses	24	10	0	22	18	0	24	0
S. do Trabalhador	22	10	2	21	9	1	22	1

No último dia de capacitação (19/10), para o “**Depoimento do Agente Comunitário de Saúde**”, a participação do ACS Francisco Teodoro Alves (Qualis V. Souza) com sua disponibilidade e relato de experiências acumuladas possibilitou oportunidades de identificar, de esclarecer dúvidas e vislumbrar práticas futuras por parte dos ACS.

Além da proposta de responder por escrito à pergunta “- **Para você, quem é o Agente Comunitário de Saúde, hoje?**”, para o fechamento deste módulo I de Capacitação foi solicitado que cada um expressasse através de um desenho o trabalho do ACS.

O resultado desta atividade, afora a reação inicial de que não eram “desenhistas/ artistas” e que essa prática não faz parte do repertório habitual em suas vidas atuais, foi muito positiva na medida em que mostrou:

- Dinâmica e convivência do grupo estabelecida no decurso da capacitação
- Disponibilidade e motivação para participar de atividades
- Capacidade de reunir dinamicamente em atividade gráfico-expressiva os principais elementos discutidos como: SUS, PSF, comunidade, família, processo saúde-doença e o ACS inserido e atuante na sua comunidade, bem como integrante de uma equipe de saúde da família.

Para finalizar, é importante registramos a utilização de atividades corporais ao início e final de todos os dias de capacitação.

Além de facilitar a “chegada”, a introspecção, a concentração, a motivação, o “estar centrado e tranquilo” para uma escuta e participação reflexiva e crítica, estas atividades foram propostas como organizadores prévios para uma aprendizagem construtiva de temas específicos.

A recepção por parte dos ACS foi muito positiva e a participação crescente, numa demonstração de estarem incorporando como um “cuidado” importante de cada um com o ser próprio corpo para que possam estar disponíveis e atentos no contato com as pessoas de sua comunidade na sua prática diária.

*“...Depois de todas as informações e vivências percebo o agente comunitário como os **pés** que caminham na comunidade, de **olhos** atentos e serenos, **ouvidos** que escutam, **boca** que passa informações...”*

(M.A.S. – ACS participante da capacitação)

Transcrição das respostas dos ACS à pergunta: “Para você, quem é o Agente Comunitário de Saúde, hoje?”

ACS – V. Jaguará

- É a pessoa que desenvolve um trabalho de reconhecer e identificar as necessidades da Comunidade. Ou seja ele é um elo da comunidade com o Posto de Saúde (Vanessa)
- O agente comunitário de saúde é quem une a Unidade Básica de Saúde com a comunidade, que leva a saúde, o bem-estar, a prevenção e o cuidado com a saúde. Tem que ser muito “observador”, e saber escutar a fala da pessoa, seus problemas, doenças e sempre ajudando-a. (Luisa)
- O Agente Comunitário de Saúde hoje ira representar a sua comunidade na Unidade de Saúde.
Nós faremos o elo Comunidade UBS, fazendo o cadastramento das famílias para promover a saúde.
Promover a saúde através da prevenção desde a gestação até o aleitamento ou até o final da vida de algumas pessoas.
Seremos nós os agentes de saúde que levaremos a esperança de dias melhores para a nossa comunidade, e temos a esperança desse projeto crescer a nível de Brasil para que todos tenham os seus direitos respeitados. (Benedita)
- O Agente Comunitário de Saúde, presta serviços a sua Comunidade, no atendimento e acompanhamento dos usuários cadastrados.
A participação da equipe é muito importante para o bom andamento evitando o acometimento de doenças, e controlando as já existentes. (Sônia)
- Hoje um agente comunitário para mim é uma pessoa especial, pois vai ter uma grande responsabilidade. Antes nós estávamos no escuro. Pois hoje estamos na claridade.
O nosso curso foi de grande valia porque aprendemos coisas valiosas que não sabíamos. Aprendemos muito com os nossos professores que estão de Parabéns, o senhor Francisco nos tirou grandes dúvidas, eu já estava feliz como agente agora estou realizada. (M. Dolores)
- Estou acreditando que seremos bem recebido pela comunidade porque já vejo pessoas perguntando sobre o atendimento o que consegui aprender aqui na Capacitação passo alguma coisa para elas.
Espero conseguir fazer como Agente Comunitário da Saúde a ajudar as pessoas principalmente os idosos as crianças que hoje ficam nas ruas, estar todos juntos como uma equipe discutindo sobre todos os assuntos: e o mais importante muitas famílias carentes serão beneficiadas também. (Izilda)

- Complicado para escrever, não estamos em ativa, mas o treinamento me esclareceu que o Ag de Saúde será importante na prevenção contra doenças, passar um tratamento digno para a população apesar das dificuldades.
Seremos olheiros da nossa área de uma forma discreta e formal, mas objetiva, descobrir que não iremos concertar tudo, mas faremos tudo para ser concertado onde for do nosso e de nossa equipe, o alcance. (Norma)
- É uma pessoa que venha ter, bom relacionamento na comunidade e que é uma pessoa que procura dar o melhor de si para o próximo.
E que tenha o dom do amor, e venha ter muita paciência e ser muito perseverante naquilo que faz.
E que venha ser também muito sincero e discreto para com as famílias, e que venham todos ser tratados por igual. (Josinete)
- Para mim hoje é muito importante porque sempre tive uma idéia boa que o agente levaria algo para as famílias.
Com esse curso de capacitação com os profissionais que nos ajudou a ter mais confiança e acreditar que tudo vai dar certo. (Leonice)
- O agente de saúde tem um papel muito importante em sua comunidade. Ele tem a responsabilidade, capacidade de relacionamento e muita vontade de aprender sobre o seu trabalho. Não só conhecer sobre as práticas de saúde, mas refletir e discutir a respeito de como vive aquela comunidade e respeitar os limites de cada um.
Observar tudo o que se refere aquela família e o ambiente onde ela vive, assim obterá dados importantes para que toda equipe, tendo essa consciência será mais fácil chegar a um conceito. O agente deverá ter uma postura, respeito, sigilo e é claro a ética profissional. Vamos trabalhar para melhorar a saúde o bem estar daquela população. (Josilma)
- Hoje o agente comunitário para mim é um amigo, é alguém que leva esperança de uma vida melhor a comunidade, é alguém com quem podemos contar para nossas horas difíceis, pois problemas de saúde existe sempre e nos dias de hoje estão muito difíceis de serem atendidos ou solucionados e esperança de uma vida melhor para todos. (Vailde)

ACS – Parque da Lapa

- O agente de saúde hoje, é aquela pessoa que vai mudar, totalmente o atendimento do Posto no caso melhorando muito. Que no início vai enfrentar muitas barreiras, mas tendo a certeza que com o passar do tempo as coisas vão se encaixando, e agradando a população. (Neide)
- O Ag. Com. De Saúde para mim é aquela pessoa que exerce a função, levando para a comunidade de sua microárea o conhecimento do que é o

Projeto de Saúde da Família, cadastrando a todos que estiverem interessados e visitando regularmente estas famílias, sendo o elo de ligação entre a família e a equipe médica. (Cleide)

- O Agente Comunitário, é uma pessoa, que é dotada de informação de saúde, para que possamos levar para a nossa comunidade e de informação da comunidade para a equipe de saúde.
Em fim, uma pessoa informada a esse respeito.
(É o raio x da microárea onde o mesmo atua). (Edvaldo)
- O agente comunitário é aquele que ganhou muitas informações a respeito do SUS, como também informações a respeito de aspectos do que é saúde no aspecto preventivo e curativo.
Depois de todas as informações e vivências percebo o agente comunitário como os pés que caminham na comunidade, de olhos atentos e serenos, ouvidos que escutam, boca que passa informações e palavras e esperança e consolo.
Que objetivamente levam para equipe os dados bem registrados, que no grupo participa junto.
O agente me parece o elo que ligará a saúde pública e comunidade.
Agora resta a experiência a vivência para de fato sabermos e sermos agentes de saúde da nossa comunidade. (M. Aparecida Serrer)
- O Agente Comunitário de Saúde é um funcionário contratado para atuar na área de sua residência para cuidar da saúde de sua comunidade, colher informações no ato do cadastramento das famílias e levar a Unidade de Saúde. Prevenir as famílias das causas das doenças evitando assim que as doenças cheguem nas casas dessas famílias. (Antonio Carlos)
- O agente de saúde na minha opinião é o veículo da Saúde com a comunidade, é o responsável pelas informações recebidas da comunidade em relação (de cada um) da maneira de vida que leva.
Dessa maneira poderá haver prevenções e um tratamento adequado para cada doença.
Através do agente, também poderá ver as dificuldades da comunidade, que em geral afeta a saúde.
E, o agente nunca estará sozinho, poi com ele estará uma equipe, que o único objetivo será a saúde. (Isilda)
- É uma pessoa simples, humilde e que tem que observar e identificar os problemas da sua micro área ou seja da sua comunidade. O papel do agente não é só cuidar só da saúde das pessoas, mas também de alguns problemas sociais, que afligem o seu bairro ou a sua área. Pra mim é esse agente que tem que ser hoje. (Francisco)
- Bem, na minha opinião ser agente é ser bem informado e ter visão dos problemas e ser experiente na situação, de resolver os problemas de saúde

básica daqueles moradores, afim de trazer benefícios naquela comunidade.

Hoje tenho uma visão mais ampla do que eu vou ter que enfrentar agora. Pois ser um agente tem que ter visão ampla em todos os aspectos. Eu acho o projeto uma coisa ótima. Vai ser bom e muito gratificante com os moradores da minha região. (Djanice)

- É aquela que busca e leva informações para a comunidade, dando a elas acesso mais rápido para se tratarem nas unidades de saúde e hospitais se prevenindo de doenças que podem ser evitadas como:
Doenças transmissíveis e virais
Doenças mentais e psicológicas, etc.. (M. Gorette)
- O ACS é o primeiro contato entre a comunidade e o seu direito à Saúde. É um “tijolinho” importante no alicerce de uma grande construção que é o PSF. (Neide Izabel)
- O agente de saúde atual, é o profissional da saúde, que como morador da comunidade, cuida da saúde da população que lhe é destinada e usufruir também do serviço da saúde.
É um profissional que leva a informação para a comunidade como meio de prevenir, e de ajudar a melhorar a saúde como um todo, e também serviços da saúde que todos tem direito.
Tendo como suporte uma equipe forte e estruturada de profissionais da saúde para melhorar desenvolver o trabalho de agente de saúde. (Maria Luiza)
- O agente comunitário hoje é a revolução deste Programa a atenção básica a saúde. Ele é o observador, identificar e notificar fazer o elo entre as famílias e o Posto de Saúde e a equipe médica.
O agente comunitário hoje tem um papel importante na comunidade.
Para orienta-lo até hábitos diferentes sadios primeiro o agente tem que ter
Amor no trabalho
Solidariedade ao próximo
Respeito com equipe e famílias
Humildade com todos (Luciene)
- Um membro de sua comunidade, devidamente capacitado, ou seja: com alguns conhecimentos técnicos sobre vários assuntos relativos à saúde, preparado com o intuito levar algum conhecimento a esta comunidade se necessário, além é claro, e o mais importante, colher informações sobre estas mesmas pessoas e junto com a equipe médica também capacitada para que possa ajuda-los a resolver seus problemas relativos a saúde.
Enfim, um trabalho muito gratificante. (M. Aparecida Reis)

PROPOSTAS PARA CAPACITAÇÃO CONTINUADA

No decorrer da Capacitação e no fechamento foram levantados e sugeridos pelos próprios ACS os temas abaixo relacionados:

- Atuação e Postura profissional do ACS
- Atenção ao Idoso
- Doença Mental e Deficiência Mental
- Continuidade à aula de Zoonoses – Animais domésticos
- Continuidade à aula de Farmacodependência

Vale também assinalar que, além da continuidade de oferta de atividades corporais e expressivas, faz-se importante para o *desenvolvimento dos ACS*, atividades que possibilitem um trabalho sistemático em relação às suas produções de textos: organização de idéias e informações, redação (ortografia e sintaxe), clareza e objetividade; uma vez que dificuldades foram identificadas durante atividades de escrita propostas na capacitação.