



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

JULIANA AFFONSO GOMES COELHO

**SABERES E PRÁTICAS DE SAÚDE EM CAMPO: UM OLHAR
ANTROPOLÓGICO SOBRE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NA PRAIA AZUL - SP**

**SÃO CARLOS
2011**



**SABERES E PRÁTICAS DE SAÚDE EM CAMPO: UM OLHAR
ANTROPOLÓGICO SOBRE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NA PRAIA AZUL - SP**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

JULIANA AFFONSO GOMES COELHO

**SABERES E PRÁTICAS DE SAÚDE EM CAMPO: UM OLHAR
ANTROPOLÓGICO SOBRE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NA PRAIA AZUL - SP**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de São Carlos, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Antropologia Social.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marina Cardoso

**SÃO CARLOS
2011**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

C672sp

Coelho, Juliana Affonso Gomes.

Saberes e práticas de saúde em campo : um olhar antropológico sobre a estratégia de saúde da família na Praia Azul - SP / Juliana Affonso Gomes Coelho. -- São Carlos : UFSCar, 2011.
179 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2011.

1. Antropologia da saúde. 2. Saúde pública. 3. Programa Saúde da Família (Brasil). 4. Equipe multiprofissional. 5. Educação e saúde. 6. Cidadania. I. Título.

CDD: 306.461 (20^a)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL
Via Washington Luís, Km 235 - Caixa Postal 676
CEP 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil
Fone: (16) 3351-8371 - ppgas@power.ufscar.br



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE

Juliana Affonso Gomes Coelho

18/02/2011

Profa. Dra. Marina Denise Cardoso
Orientadora e Presidente
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar

Prof. Dr. Marcos Pazzanese Duarte Lanna
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar

Profa. Dra. Amélia Cohn
Universidade de São Paulo / USP
Universidade Católica de Santos / UNISANTOS



Dedico este trabalho ao neurologista,
neurocirurgião e ex-secretário da saúde de
Limeira, Drº Joaquim Nogueira da Cruz Neto
(*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Ao Deus do meu coração, pelas inúmeras Bênçãos, pela Luz, pela Vida e pelo Amor que tenho recebido.

À Shiva, pelo Yoga – o qual me auxiliou na obtenção do equilíbrio em diversas fases desse trabalho. Om Namah Shivaya!

À Sara Deva e Bia Santos, respectivamente, pelos cuidados para a minha alma e para o meu corpo.

Aos meus pais, que, de formas diferentes, sempre me apoiaram em minhas escolhas, mesmo não concordando inteiramente com elas.

À minha avó Ghê, pela acolhida da neta errante em seu lar e em sua vida. Obrigada pelo arrimo incondicional nas melhores e nas piores fases que envolveram essa pesquisa.

Aos queridos amigos e parentes, os quais, próximos ou distantes, acompanharam todo esse processo e souberam compreender minhas ausências em momentos importantes de suas vidas.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFSCar, pelo incentivo, pelas conversas, pelos desabafos, pelos momentos de descontração, pelas acolhidas, pelas trocas intelectuais. Agradeço, especialmente, a Lecy Sartori, Natália Sganzella, Messias Basques e Victor Amaral.

À Mariana Siena, pela sua amizade, pelo seu suporte desde o meu primeiro obstáculo em São Carlos e pela acolhida de minhas escolhas, ainda que nem sempre usuais. Você é umas das pessoas mais íntegras que eu já conheci e terá sempre minha admiração e meu respeito.

À Samirian Grimberg, por ter me feito reavaliar três décadas de existência com a singeleza de uma alma desapegada de orgulhos vis. Obrigada por revolucionar meus paradigmas e auxiliar-me no encontro com minha própria essência.

À Lettícia Leite, pelo “tranquilo afeto”, pelo incentivo e pela leitura sempre atenta dos textos que culminaram nessa dissertação.

Aos funcionários da Secretaria de Saúde de Americana e da Unidade de Saúde Drº Pirajá da Silva, especialmente, aos agentes comunitários de saúde da Praia Azul - interlocutores fundamentais de minha pesquisa. Um agradecimento especial a Regina

Mendes, pela acolhida dessa pesquisa desde o seu início e aos agentes Almerinda, Rita, Cris, Antônio, Luciene, Viviane, Bárbara, Wal, Sílvia e Suellen.

À Dr^a Ana Maria Sperandio, pelo acesso ao Projeto AIPS e suas ramificações.

À Secretaria do PPGAS, pelo auxílio em todos os trâmites burocráticos que envolveram o mestrado.

À CAPES e, especialmente, à FAPESP, sem a qual a realização desse sonho acalentado por tantos anos teria sido apenas sonho.

À Clarice Cohn, pela oportunidade de ter sido sua estagiária docente; pelos momentos de vida compartilhados em cafés, encontros, congressos; e, fundamentalmente, pelos comentários atentos no exame de qualificação que precedeu a escritura desta dissertação.

À Marina Cardoso, quem me acompanhou, direta ou indiretamente, durante os sete anos compreendidos entre o meu ingresso à graduação e a conclusão desse mestrado. Obrigada pela paciência com que “esperou” o desenvolvimento do meu processo de construção do conhecimento antropológico, orientando-me de modo a adequar suas considerações a cada uma dessas etapas, com respeito e atenção às minhas limitações e dificuldades.

Por fim, à Cris, sem a qual essa dissertação talvez não tivesse sido concluída. Obrigada por sua força, seu socorro, sua compreensão e, especialmente, por seu amor incondicional, irrestrito e atemporal. Você me ensinou, na prática, como trilhar o “caminho do meio”.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi, originalmente, o estudo antropológico das equipes multiprofissionais do Programa de Saúde da Família (PSF), realizado a partir da etnografia em um município do Estado de São Paulo, na qual se procurou observar a interação entre diferentes campos discursivos e práticas profissionais. Constatou-se, entretanto, que as equipes multiprofissionais estudadas podiam ser divididas em dois tipos de equipe: uma hierárquica, conformada por todos os profissionais de saúde legitimados (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), e outra, mais igualitária, conformada apenas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além disso, ao explorar o tema por meio da pesquisa etnográfica, foi também evidenciado que os saberes e as práticas de saúde em campo eram atravessados pelo paradigma da promoção da saúde, a qual não só buscava reorientar a demanda dos usuários da saúde pública, mas visava a transformá-los, por meio de processos pedagógicos, em sujeitos de cidadania. Para tanto, foi feita uma análise desse processo, focando-se, particularmente, na atuação e formação dos ACS, dado que eles surgiam não só como mediadores entre o saber biomédico e o saber popular, mas também se mostravam capazes de transitar entre estes dois papéis: o de interventor do Estado e o de interlocutor da comunidade. Assim, se por um lado a ambigüidade do ACS revelava o caráter normatizador da estratégia, por outro, mostrava uma brecha para a emergência da cidadania, o que permitiu tanto a problematização do projeto de “cidadanização na saúde” implícito nas políticas públicas de saúde, quanto da coexistência de modelos contraditórios dentro de um mesmo programa e de um mesmo equipamento de saúde. Vimos, então, que a Estratégia de Saúde da Família apresenta paradoxos e incongruências na operacionalização do programa, algumas das quais podem comprometer sua consolidação como eixo norteador do SUS e devem ser objeto de reflexão, a fim de que o programa não se transforme apenas em um modelo gestor sem a contraparte assistencial efetiva que se espera de um serviço de atenção em saúde pública.

Palavras-Chave: Saúde Pública - Antropologia da saúde – Programa de Saúde da Família (PSF) – Equipe Multiprofissional – “Pedagogia da Saúde” - Cidadania

ABSTRACT

The purpose of this research was originally the anthropological study of multidisciplinary teams of Family Health Program (PSF), realized from ethnography in a city of São Paulo, in which I intend to observe the interaction between different discursive fields and professional practices. It was noted, however, that the multidisciplinary teams studied could be divided into two types of teams: a hierarchical, formed by all legitimate health professionals (doctors, nurses and nursing assistants), and a more egalitarian, just conformed by Community Health Agents (ACS). Moreover, by exploring the theme through ethnographic research, was also shown that knowledge and health practices in the field were crossed by the paradigm of health promotion, which not only sought to reorient the demand of users of public health, but sought to transform them, through educational processes, in subjects of citizenship. For this, an analysis of this process was made, focusing particularly on the role and training of ACS, since they emerged not only as mediators between biomedical knowledge and popular knowledge, but also showed themselves capable of switching between these two roles: the interventionist state and the interlocutor of the community. Thus, if the ambiguity of the ACS reveal, on hand, the normative character of the strategy, on the other hand, showed an opening for the emergence of citizenship, which allowed the problematization of the “health citizenization” project implicit in public health politics, as the coexistence of contradictory models within the same program and the same health equipment. Then we saw that the Family Health Strategy presents paradoxes and inconsistencies in the operationalization of the program, some of which may bind that it consolidates as a guideline of SUS and must be object of reflection, in order that the program does not become just a model manager without the effective care counterparty expected of a health care service in public health.

Keywords: Public Health – Health Anthropology - Family Health Program (PSF) - Multidisciplinary Team – “Pedagogy of Health” - Citizenship

SUMÁRIO

LISTA DE FOTOS E FIGURAS.....	10
LISTA DE ABREVIATURAS.....	11
1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	13
1.1. O Contexto de Pesquisa.....	17
1.2. Da Espera à Efervescência: notas etnográficas de um campo em movimento.....	20
1.2.1. <i>A espera</i>	21
1.2.2. <i>A efervescência</i>	27
1.3. A Estrutura do Texto.....	30
2. A SAÚDE COMO POLÍTICA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UM DELINEAMENTO DO PSF COMO EIXO NORTEADOR DO NOVO MODELO DE ATENÇÃO.....	32
2.1. As décadas de 1970 e 1980.....	33
2.1.1. <i>A Promoção da Saúde e o Contexto Internacional</i>	36
2.1.2. <i>A Reforma Sanitária Brasileira e seu impacto sobre a Constituição de 1988</i>	39
2.2. A criação do SUS e seus desdobramentos.....	40
2.3. A Estratégia de Saúde da Família.....	43
2.4. A Atenção Básica de Saúde: Interfaces e Transversalidades.....	48
2.5. A Antropologia da Saúde e as Políticas Públicas de Saúde: uma reflexão crítica.....	52
3. UMA BREVE CARTOGRAFIA DO CAMPO.....	56
3.1. “Praia” e Periferia no Espaço Urbano de Americana.....	56
3.2. Vulnerabilidade e risco social: classificar para intervir.....	64
3.3. A USF e sua Malha Institucional.....	66

4. PRÁTICAS E SABERES NO CAMPO.....	78
4.1. Os fluxos e contra-fluxos da equipe multiprofissional do PSF.....	78
4.1.1. <i>Os profissionais médicos.....</i>	<i>79</i>
4.1.2. <i>Os profissionais enfermeiros.....</i>	<i>82</i>
4.1.3. <i>Os profissionais técnicos.....</i>	<i>83</i>
4.2. O agente comunitário de saúde: um novo ator no espaço público urbano.....	85
4.3. O dia a dia do campo.....	96
4.3.1. <i>D. Lourdes.....</i>	<i>97</i>
4.3.2. <i>D. Vanda.....</i>	<i>99</i>
4.3.3. <i>D. Marta.....</i>	<i>101</i>
5. OS CURSOS DE FORMAÇÃO: APRENDER O DEVIR-ACS.....	105
5.1. O Curso Introdutório.....	107
5.2. A “Cidadanização” na Saúde.....	132
5.3. A Hierarquia às Aversas ou o Englobante Englobado.....	136
6. O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA: O PROJETO AIPS E SEUS DESDOBRAMENTOS.....	140
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	158
REFERÊNCIAS.....	166
ANEXO I: AS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	173

LISTA DE FOTOS E FIGURAS

Figura 2.4.1 – A principais categorias da APS.....	51
Figura 3.1.1 - Estado de São Paulo – Destaque: Região Metropolitana de Campinas.....	57
Figura 3.1.2 – Áreas de Planejamento de Americana.....	59
Figura 3.1.3 – Vulnerabilidade Social na Praia Azul.....	62
Figura 3.3.1 – A Malha Institucional da Estratégia de Saúde da Família.....	77
Figura 5.1.1 – Qualidade de Vida e Conceito Ampliado de Saúde.....	113
Figura 5.1.2 – Fotos de uma família atendida pelo PSF em favela do Rio de Janeiro.....	115
Figura 5.1.3 – Dinâmica de Grupo: desenhos coletivos de um jardim.....	128
Figura 6.1.1 – Participação das crianças do ensino fundamental no lançamento da segunda brochura confeccionada pelo Projeto AIPS.....	143
Figura 6.1.2. – Represa Salto Grande na década de 1970.....	145
Figura 6.1.3 – G.P.R.....	146
Figura 6.1.4 – Piloto do “Mapa Vivo” e local de sua implantação.....	148
Figura 6.1.5 – Situação 1: Família antes da intervenção do PSF.....	150
Figura 6.1.6 – Situação 2: Primeira visita da ACS e cadastramento da família.....	151
Figura 6.1.7 – Situação 3: Família após intervenção do PSF.....	151
Figura 6.1.8 – Situação 4: Encerramento: “É melhor prevenir do que remediar”	152

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIPS	Ações Intersetoriais em Promoção da Saúde
AIS	Agente Indígena de Saúde
APAMA	Área de Preservação Ambiental do Município de Americana
APM	Associação Paulista de Medicina
APS	Atenção Primária à Saúde
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento ou Banco Mundial
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CIDA	Agência de Desenvolvimento Internacional do Canadá
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CPHA	Associação Canadense de Saúde Pública
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DAE	Departamento de Água e Esgoto
EMEI	Escola Municipal de Educação Infantil
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESF	Equipe de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNRURAL	Fundo dos Trabalhadores Rurais
GPR	Gestão por Resultados
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCOR	Instituto do Coração
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social

LOS	Lei Orgânica de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programa Agentes de Saúde
PMA	Prefeitura Municipal de Americana
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PPA	Plano de Pronta Ação
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
RMPS	Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica de Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNB	Universidade de Brasília
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O projeto original desta pesquisa surgiu da curiosidade investigativa acerca de um conceito amplamente utilizado na conformação das políticas públicas de saúde, especialmente a partir da década de 1970, qual seja o de equipes multiprofissionais. Largamente utilizado nas preconizações decorrentes da reforma psiquiátrica, o conceito foi incorporado às reformulações propostas para a saúde pública brasileira como um de seus pilares fundamentais.

Assim, para estudar tal conceito, bem como sua operacionalização no contexto dos serviços de saúde, escolhi um programa de saúde pública cuja expansão exponencial, nos últimos anos, confirmava as declarações do Ministério da Saúde (MS) de que se trataria da atual mola propulsora do Sistema Único de Saúde (SUS); refiro-me ao Programa de Saúde da Família (PSF) ou Estratégia de Saúde da Família. Essa escolha justificou-se por: 1) tratar-se de uma equipe formada por um número menor de especialidades, se comparada às equipes multiprofissionais que atuam na saúde mental, o que, em certa medida, deveria facilitar a observação das negociações e dos conflitos ocorridos entre os portadores dos discursos envolvidos; 2) evidenciar a permanência de questões relativas às hierarquias no interior das equipes multiprofissionais, ou seja, apresentar um formato hierárquico em decorrência dos próprios níveis diferentes de escolaridade e de capital cultural dos atores, contrariamente ao igualitarismo apregoado pelas equipes de saúde mental, as quais se configuram, basicamente, por profissões de nível universitário 3) ter inserido, em seu quadro funcional, um novo agente do Estado, criado especialmente para os programas de atenção básica à saúde – o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Segundo Cohn (2009), nos últimos anos multiplicaram-se os estudos e as análises sobre o PSF, gerando uma profusão de publicações da mais variada natureza, dado o “espanto da novidade” que a estratégia trouxe atrelada a ela. Entretanto, a maioria desses estudos absteve-se de um caráter crítico e, talvez por isso, as ciências sociais e humanas têm, cada vez mais, sido convocadas para participar das negociações que envolvem a saúde coletiva. Os estudos de antropologia que refletem sobre os saberes e sobre as práticas de saúde contemporâneas mediante a pesquisa etnográfica, em um diálogo com diferentes tradições antropológicas, permitem analisar criticamente como se configura o campo atual da

saúde pública no Brasil. Desse modo, por meio de uma perspectiva mais social e antropológica, procurarei levantar algumas questões relevantes, tais como: o traço normatizador que as práticas das equipes do PSF trazem consigo, tanto nos processos educacionais e formativos da própria equipe quanto na forma de atuação junto aos usuários; a problematização da cidadania enquanto idéia-valor para a consecução das políticas públicas; a coexistência de modelos contraditórios dentro de uma mesma USF; entre outras.

O PSF foi implantado pelo Ministério da Saúde, em 1994, com o objetivo principal de reorganizar as práticas de atenção à saúde pública em novas bases, quais sejam: a efetivação das diretrizes básicas do SUS; a articulação de suas práticas tendo como eixo transversal a “humanização”; e a priorização de práticas multiprofissionais centradas na noção de família e/ou grupo social em detrimento de práticas clínicas e biomédicas centradas na noção de indivíduo, o que deveria possibilitar às “equipes da família” uma compreensão ampliada do conceito de saúde e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas da biomedicina. Além disso, foi definida sua implantação em áreas consideradas de risco e vulnerabilidade social.

Foi o reconhecimento da inadequação do modelo biomédico enquanto eixo norteador da Saúde Coletiva que suscitou a criação de propostas que visavam à transformação do sistema de atenção à saúde, de suas práticas e de seu processo de trabalho. O documento que define as bases do Programa de Saúde da Família afirma que “ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção da saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma contínua e integral” (MS, 1994).

Nesse cenário, o trabalho em equipe multiprofissional foi considerado fundamental para a proposta de reorganização do processo de trabalho no âmbito do PSF, visando a uma abordagem mais integral e resolutiva, uma vez que pressupunha mudanças na organização do trabalho e nos padrões de atuação individual e coletiva, de modo a favorecer uma maior integração entre os profissionais, bem como com as ações que desenvolvem. Partindo da hipótese de que, nessa estratégia veiculada pelo SUS como paradigma dominante, haveria três tipos de interlocutores que fariam as interfaces da Atenção Primária à Saúde (APS): os profissionais técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem), os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os usuários do serviço em questão – atores estes

que estariam em constante negociação de saberes considerados, respectivamente: peritos, intermediários e leigos.

O agente comunitário de saúde foi considerado essencial nas equipes, uma vez atribuído o seu papel como um intermediário entre a comunidade e a equipe técnica de saúde - um terceiro-termo capaz de traduzir e tornar inteligível o saber especializado (perito) para a linguagem popular e vice-versa. Dessa maneira, ocupa uma posição ambígua no entremeio desses discursos, já que, oficialmente, é o responsável por fazer a mediação e a passagem dos critérios “científicos” para os critérios leigos. Como o saber científico relativo à biomedicina é sancionado e legitimado institucionalmente como verdade e, de certo modo, imposto àqueles que comungam dos saberes considerados leigos, tendo assim precedência sobre eles, é preciso problematizar se a trasladação do ACS, na prática, não ocorre em um único sentido.

Também se atribui ao ACS a incumbência da mudança de *setting* terapêutico, uma vez que seu trabalho não se realiza na Unidade Básica de Saúde (UBS) e nem mesmo na Unidade de Saúde da Família (USF), mas, especialmente, nas casas dos usuários. A estratégia de visita domiciliar, aliada ao acompanhamento das famílias das áreas de abrangência, justifica-se, no discurso da saúde coletiva, pela necessidade de apoio intensivo e melhoria da qualidade de vida de famílias vivendo em situações de crise.

Desse modo, o objetivo da pesquisa era o estudo antropológico das equipes multiprofissionais da Estratégia de Saúde da Família, tendo por foco a interação entre diferentes campos discursivos e práticas profissionais em torno de um projeto assistencial comum. Meu propósito era buscar as relações entre esses três universos simbólicos distintos envolvidos nessa estratégia, bem como compreender o campo onde esses diferentes saberes competiam e dialogavam entre si, além das possíveis contradições entre o modelo, seus objetivos assistenciais e a demanda por serviços de saúde. Para tanto, escolhi como *locus* da pesquisa de campo o território¹ Praia Azul, localizado no município de Americana.

¹ A conceituação de território, para os teóricos da saúde coletiva, é a de um Sistema Local ou Distrito Sanitário onde estão presentes os múltiplos fatores que influem no processo saúde-doença, especialmente em suas conexões sociais, econômicas e culturais. Para se chegar à definição do território de abrangência dos serviços (territorialização), o planejamento deve considerar as condições de acesso aos serviços, o perfil epidemiológico e sócio-econômico das populações, os mecanismos de controle comunitário sobre os recursos disponíveis e de definição de prioridades. O território, mais do que uma mera referência geográfica, é um processo social e envolve o conjunto de agentes ou atores sociais atuantes. Trata-se de uma arena política – um espaço de luta entre interesses distintos e muitas vezes antagônicos, regido por regras locais ou institucionais de disputa (FIOCRUZ, 1998b, p. 64).

A seleção desse território justificou-se por ser ele a receber a primeira equipe do PSF de Americana, ainda em forma de projeto-piloto quando de sua implantação. Além disso, obtive duas informações da diretora de atenção básica do município que me pareceram relevantes: a) a de que esse território dispunha, atualmente, de três Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo que duas delas estariam vinculadas a uma mesma USF; b) a de que o formato de equipe multiprofissional mais adequado estaria nesse local, uma vez que ele nunca deixou de ser o território privilegiado para novas experimentações e mudanças na forma de operacionalização do programa, constituindo-se como uma espécie de eterno projeto-piloto.

A pesquisa visou, assim, a analisar a fundamentação teórica do PSF, bem como sua operacionalização no cotidiano de trabalho das equipes multiprofissionais, as quais são informadas por gramáticas profissionais e institucionais distintas, além de biografias pessoais diversificadas. No intuito de apreender os discursos e as práticas em questão, utilizei-me de recursos metodológicos diversos, os quais incluíram: a observação direta do trabalho das equipes multiprofissionais de Saúde da Família, entrevistas informais, análise documental e etnográfica. Ainda que o enfoque analítico sincrônico tenha sido privilegiado, perpasssei também pelo registro histórico a fim de retratar a conformação do PSF e assimilar, em meio às políticas sanitárias nacionais e internacionais, suas categorias principais.

Documentos oficiais, tais como, normas operacionais, legislações e decretos foram lidos como discursos que expressam uma determinada construção da realidade. Já as incursões etnográficas foram fundamentais no intuito de observar como as categorias foram assimiladas e operacionalizadas, na prática, pelos diferentes atores. Apreender as categorias e observar sua forma de operacionalização me permitiu vislumbrar a dinâmica de funcionamento dessa política pública ao ser pensada e refratada por diversos saberes e práticas de saúde; não para entendê-los em separado, mas para assimilá-los em relação e em interconexão.

Contudo, quando procurei etnografar os espaços sanitários relacionados ao PSF Praia Azul, a fim de apreender os saberes e as práticas que por eles circulavam, acabei por me deparar com as figuras pálidas dos profissionais “peritos” e dos usuários, em detrimento da saliência dos agentes comunitários de saúde. Toda minha insistência por tornar visível a equipe multiprofissional e sua clientela tinha como consequência, como se verá adiante, a reiterada exposição dos próprios ACS. Por mais que eu quisesse transcender aquilo que me era mostrado no intuito de encontrar o meu objeto primevo; por mais que, racionalmente, eu

buscasse superar um objeto que me parecia simplório e insuficiente, ele próprio parecia acenar para mim como a dizer: “Ei, você não tem escolha; não lhe cabe lutar contra aquilo que o campo lhe mostra”. Por fim, ao custo das dores e do sofrimento advindos da desilusão, da decepção e do orgulho ferido de pesquisadora ávida por novidades e por resultados inéditos, cabia resignar-me a preponderância de um agente largamente explorado nas pesquisas científicas da última década e mudar o foco original da pesquisa. Nessa perspectiva, adotou-se a observação sistemática como técnica de pesquisa, centrando a observação no cotidiano dos ACS das duas equipes selecionadas.

Assim, ao pretender percorrer a malha institucional e o reticulado de relações sociais em espaços cruzados de interação e significados negociados que atravessavam o meu campo; ao procurar desvendar os nexos de uma esfera relacional de conflitos e negociações simbólicas e sociais, o trabalho acabava, em decorrência da própria dinâmica do PSF, por privilegiar muito mais àqueles que emergiram como personagens principais da estratégia, isto é, retratava muito mais os processos de formação e atuação dos ACS do que dos outros profissionais de saúde e seus usuários.

1.1. O contexto da pesquisa

Uma vez escolhido o município a ser realizada a pesquisa, solicitei uma entrevista com o secretário de saúde². Em decorrência de seus inúmeros compromissos políticos, a apresentação inicial de minha pesquisa para sua apreciação era adiada constantemente. Desse modo, procurei diretamente o prefeito da época para que pudesse intervir a meu favor. Fui apresentada, então, à Diretora de Atenção Básica da Secretaria de Saúde de Americana.

Em nossa primeira reunião, ela leu o projeto e mostrou-se extremamente disponível para contribuir com o que fosse necessário. Inicialmente, ela facilitou o meu acesso aos cursos de formação oferecidos aos agentes comunitários de saúde, tais como o curso introdutório para ACS - ofertado por ocasião de sua contratação - e os cursos de atualização – ofertados para instruí-los acerca de novos procedimentos e/ou reforçar conhecimentos anteriormente repassados. Foi por meio desses cursos que pude começar a captar os

² Optei pela omissão dos nomes de meus interlocutores, identificando-os por nomes fictícios ou pela posição social que ocupam (médico, enfermeiro, secretária de saúde, etc.).

conceitos-chave do PSF, bem como a forma como esses conceitos eram transmitidos dos profissionais técnicos (especialmente médicos e enfermeiros) e dos gestores do sistema para neófitos que necessitavam “aprender a pensar” como profissionais de saúde.

Por meio de interações descontraídas e informais, a Diretora de Atenção Básica partilhava comigo de sua visão acerca do sistema público de saúde e me permitia descortinar, através de seus olhos, o terreno de pesquisa fértil e ambíguo no qual eu estava adentrando. Desse modo, obtive acesso aos documentos governamentais que versavam sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), sobre a Atenção Primária de Saúde (APS), sobre o Programa de Saúde da Família (PSF), entre outros. Tais documentos eram constituídos por normas operacionais, regimentos e legislações do Ministério da Saúde, os quais precisavam ser implementados pelo município, uma vez adaptados à realidade local. Tratava-se de discursos que continham as orientações programáticas que subsidiavam a atuação das equipes multiprofissionais de saúde da família. Por esse motivo, tornava-se fundamental observar a incorporação e a aplicação dessas recomendações, dadas as idiossincrasias das equipes e de seus territórios de atuação. Além disso, tive acesso a dezenas de revistas publicadas pelo MS e seus parceiros que visavam ao estímulo e à motivação dos trabalhadores em saúde pública a partir do relato de casos e experiências exitosas.

Dada a mudança de gestão administrativa do município, decorrente do resultado do pleito eleitoral ao final de 2008, perdi minha principal interlocutora. Na ausência de uma nova Diretora de Atenção Básica, elegi a Coordenadora dos PSF como minha nova informante. Todavia, ela não tinha autoridade suficiente para me dar o alvará para a continuidade da pesquisa, especialmente, porque nessa nova fase eu iniciaria a pesquisa de campo propriamente dita. Principiava, assim, um período de espera em meu campo, cujas várias facetas serão descritas em item subsequente.

Após o desenrolar de trâmites burocráticos que atrasaram minha inserção em campo, finalmente, em maio de 2009, estava diante do *locus* físico e relacional que me possibilitaria obter os dados etnográficos fundamentais para o salutar diálogo com a teoria. A Unidade de Saúde da Família Drº Pirajá da Silva foi escolhida primeiramente como sede e ponto de acesso para a observação, uma vez que se constituía como um local de passagem obrigatório para todos os profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) e, portanto, onde se poderiam vislumbrar as principais relações dos atores entre si e destes com o espaço de atuação. Essa USF localizava-se em uma área periférica do município de Americana: a

Praia Azul. Inaugurada em 2002, em virtude de um acordo firmado entre a Prefeitura Municipal e a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS), essa USF recebeu a primeira equipe multiprofissional do Programa de Saúde da Família do município. Atualmente, o “território”³ dispõe de três Equipes de Saúde da Família (ESF), duas delas localadas na Unidade em questão.

A etnografia tinha por objetivo a apreensão das lógicas e das categorias operacionais subjacentes à atuação das equipes multiprofissionais, assim como a investigação da forma como estas eram aplicadas pelos atores envolvidos, uma vez levadas em consideração as relações entre os diferentes saberes e seus mecanismos de negociação simbólica. Por meio desse instrumento metodológico, busquei apreender o modo de operacionalização dos discursos entre os diferentes agentes e atores das duas equipes multiprofissionais localadas na USF da Praia Azul.

Desse modo, procurei mapear o meu campo por meio da observação participante realizada durante a permanência prolongada na USF e no conseqüente acompanhamento, em momentos diversos, das rotinas de trabalho e dos protocolos de atendimento do Programa. Além do mais, tive acesso privilegiado aos trajetos habituais dos ACS, especialmente pelo acompanhamento de suas visitas domiciliares (VD). Essa perspectiva me permitiu apreender tanto os comportamentos dessa categoria profissional, quanto as relações espaciais e sociais traçadas durante esse percurso.

Utilizei-me da prerrogativa do caderno de campo como técnica para o registro dos dados etnográficos, tanto para sua descrição quanto para a reflexão acerca dos mesmos. Não me servi de gravador e evitei fazer anotações na frente de meus informantes, no intuito de não despertar reações pouco acolhedoras; mesmo que isso me causasse certo “prejuízo” decorrente de uma memória, por vezes, falha e lacunar. Para Bergson (1999), a memória é praticamente inseparável da percepção; percepção esta que acaba por favorecer certas imagens em detrimento de outras, pois escolhe entre nossas recordações aquelas que nos fazem experimentar afecções e, ao mesmo tempo, efetuar ações, permitindo-nos esboçar o concreto vivido.

³Apesar de o termo território ser um termo nativo, optei por utilizá-lo no texto dado sua peculiaridade e a importância que acaba adquirindo nos programas de atenção básica. Creio que outros termos não seriam suficientes para dar conta de seu significado. O território é o espaço delimitado de atuação das equipes de saúde da família e o lugar original onde a Estratégia de Saúde da Família acontece. Inicialmente, foi utilizado como sinônimo de população adscrita, ou seja, uma área geográfica que continha de 600 a 1000 famílias atendidas pelo Programa. Entretanto, seu conceito foi expandido e, hoje, para a delimitação de um território recomenda-se considerar a diversidade sociopolítica e econômica, a densidade populacional e a acessibilidade aos serviços.

Por tratar-se de uma etnografia na periferia urbana, tentei ajustar o foco de meu olhar “para perto e para dentro” (MAGNANI, 2002), no intuito de manter o meio-termo necessário entre o “exótico e o familiar”, entre a alteridade e a “afecção⁴”. Todavia, manter a alteridade mínima necessária para uma pesquisa desse tipo, cujo objeto me era tão familiar demandou um aprendizado, muitas vezes incômodo e doloroso, na forma de pesquisar e de me posicionar, interna e externamente, enquanto pesquisadora.

Segundo Bergson (1999, p. 54), “não há percepção que não possa, por um crescimento da ação de seu objeto sobre nosso corpo, tornar-se afecção e, mais particularmente, dor”. Todavia, era preciso usar essa afecção como um instrumento metodológico para auferir um saber antropológico (FAVRET-SAADA, 2005). Assim, trago a seguir um relato de campo no qual exponho essa questão entre a intersubjetividade do campo e o processo do conhecimento antropológico. Para tanto, ao utilizar-me de uma metodologia narrativa - que considera a amplitude dos agentes, instrumentos, instituições, ambientes e seus entornos para o melhor entendimento do fenômeno que se quer descrever e analisar - creio aproximar-me, ainda que sutilmente, do que Mol (2005) denominou “praxiografia”.

1.2. Da espera à efervescência: notas etnográficas de um campo em movimento

Este item é uma tentativa de traçar um retrato compósito com alguns dados essenciais de minha pesquisa de campo. Na verdade, trata-se de um convite para que o leitor compartilhe comigo os trajetos e os enredos que perfazem essa narrativa, para que mergulhe nos fragmentos etnográficos selecionados para essa escritura, na qual adoto a postura metodológica de trabalhar com a intersubjetividade do campo e com a assunção da autoria de meu próprio texto. Opto, desse modo, pelo emprego da primeira pessoa e pela inserção de memórias pessoais e auto-reflexivas, além de procurar expor as impurezas dos dados e das relações ao invés de esterilizá-las.

Meu intuito é mostrar, ainda que resumidamente, como se deu o processo de construção do conhecimento antropológico, desde minha chegada ao campo até a composição desse texto etnográfico; desde os dados confusos e dispersos em campo até sua transformação

⁴ Utilizo afecção, no sentido bergsoniano, como semelhante à afetação de Favret-Saada (2005).

em texto coerente e legível. Dessa maneira, trata-se de uma escritura preta de elementos subjetivos e intersubjetivos, bem como das imprevisíveis situações que se configuram entre pesquisador-pesquisado no cotidiano da pesquisa (PEIRANO, 1995), cujo processo de reflexão multifocal vai tecendo uma trama poética com os *insights* e os revezes da dupla temporalidade de “estar aqui” e “estar lá” (GEERTZ, 2003).

Assim, a processualidade da construção do conhecimento antropológico é o reflexo dinâmico e negocial de um conjunto de fatores: a história pessoal do pesquisador, sua personalidade, seu gênero, sua orientação teórica, seu papel institucional, seu envolvimento emotivo, político e ideológico; e das circunstâncias, especificidades e idiosincrasias do próprio objeto e de seus interlocutores, os quais também são contingenciados pelo sexo, idade, status, formação, religião, entre outros (CLIFFORD, 1998; CRAPANZANO, 1985; FAVRET-SAADA, 1977).

1.2.1. *A Espera*

“A imobilidade das coisas que nos cercam talvez seja imposta por nossa certeza de que essas coisas são elas mesmas e não outras, pela imobilidade de nosso pensamento perante elas” (Proust).

Esperar: contar com

Durante o ano de 2008, minha inserção no campo⁵ esteve restrita ao acompanhamento da gestão do que veio a se denominar Estratégia de Saúde da Família. Nesse período, participei de cursos de formação de agentes comunitários, capacitações para a equipe multiprofissional e eventos comemorativos aos quinze anos da estratégia. Este era o momento

⁵ O conceito de campo utilizado aqui é polissêmico, ou seja, designa-se ora como um objeto de pesquisa, ora como um espaço geográfico. Assim, é composto por documentos, bibliografias, relações, impressões, reflexões, construções textuais, etc.

de familiarizar-me ou de atualizar-me, uma vez que esse objeto não me era desconhecido⁶, com o discurso oficial do PSF: sua origem, suas influências, suas transformações, sua abrangência, entre outras questões. Minhas principais interlocutoras de pesquisa, nessa fase, foram a Coordenadora do PSF do município e a Diretora de Atenção Básica.

Espera: demora; adiamento

Ao término desse ano eleitoral e com a ascensão de um novo partido para a gestão administrativa do município, os principais cargos da Secretaria de Saúde foram, temporariamente, obliterados - fato que impedia o prosseguimento de minha pesquisa. Somente em meados de março de 2009 esses cargos foram ocupados e, após uma série de trâmites burocráticos, obtive permissão, na primeira semana de maio, para dar continuidade à pesquisa.

Esperar: estar na expectativa

No primeiro dia de campo - enquanto um espaço geográfico delimitado para o exercício privilegiado da observação participante -, o Gerente Administrativo das Unidades Básicas de Saúde dos territórios Praia Azul e Antônio Zanaga tinha como meta ciceronear-me no expectante encontro com meu objeto, o qual se daria, inicialmente, na Unidade de Saúde da Família Drº Pirajá da Silva. Todavia, nomeado às pressas e desconhecendo, quase que totalmente, acerca de minha pessoa e de minha pesquisa, fui abandonada ao incógnito sem uma apresentação adequada e sem possíveis orientações. Se essa falta de direcionamento provocou-me uma sensação imediata de desamparo, por outro lado, fui agraciada com uma liberdade quase ilimitada de trânsito pelo campo. Assim, eu pude descortiná-lo sem regras impostas, desde que não invadisse as zonas proibidas: as consultas médicas e as sessões de aconselhamento psicológico para os agentes comunitários de saúde desse território.

⁶ Inicialmente graduada em Terapia Ocupacional, trabalhei, entre janeiro de 2001 e janeiro de 2002, como coordenadora técnica responsável pela implantação do Programa de Humanização da Secretaria Municipal de Saúde de Limeira. Também cursei, durante esse período, o aperfeiçoamento em Gestão de Saúde para Dirigentes Municipais, vinculado ao Programa de Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) / FIOCRUZ, sem, entretanto, ter concluído o mesmo.

Entregue à própria sorte, fui galgando lentamente os degraus de superação de uma timidez paralisante a fim de me fazer presente aos funcionários do serviço de saúde em questão. Entretanto, obtive como resposta inicial ao meu esforço, uma receptividade indiferente e insossa. Com a mente anuviada em busca da ação que me permitisse um contato mais profícuo, recostei meu próprio corpo numa parede limítrofe entre a sala de espera da recepção – locus privilegiado dos usuários do serviço, e as salas dos médicos e de reuniões – locus privilegiado da equipe multiprofissional.

Essa parede era transversal à fachada da Unidade e tinha uma abertura sem portas praticamente em seu centro. Esse vão correspondia, exatamente três metros adiante, à porta de entrada da sala de reuniões e, antes dela, dava acesso, pelas duas laterais, às salas de consultas. Do outro lado da margem desse limite fictício, tinha-se a sala de espera, à direita, e a recepção, à esquerda. Eu escolhera exercitar a minha observação, em pé, encostada pelo lado direito (ou seja, pelo lado da sala de espera), no que deveria ser um batente, caso ali houvesse uma porta. Nunca imaginara que um canto de parede viria a se tornar o meu arrimo, o meu apoio e a minha proteção.

Espera: lugar onde se aguarda algo ou alguém

Nesse primeiro dia, fiquei nessa posição por mais de uma hora, observando um fluxo de atores que me pareceu, a princípio, insuficiente para uma unidade de saúde piloto como aquela onde eu me encontrava. Alguns profissionais e outros poucos usuários passavam por mim sem sequer me enxergar. Se, naquele momento, minha percepção sobre esse fato era desalentadora; por algum tempo, a condição de passar despercebida foi uma importante aliada. Vale ressaltar que a escolha aparentemente aleatória por esse local de observação se não revelava explicitamente, ao menos sugeria, na prática, a existência de uma espécie de ponto cego entre clientela e profissionais de saúde – ponto fulcral no qual se parecia estar imperceptível a ambos os olhares. Era como se houvesse um obscurecimento do campo visual exatamente na intersecção entre essas duas instâncias – possivelmente, o início de um espaço potencial para o estabelecimento de relações.

Essa potencialidade residia justamente na existência de um par visível-invisível que se alternava em movimentos oscilatórios; isso significava que se, naquele momento, a interação entre pesquisador-pesquisado estava obliterada, a tendência seria a de que este

estado se alternasse para a abertura dessas relações. Restava-me, então, tanto aguardar que o pêndulo atingisse o limite visível de seu movimento, quanto usufruir, ao máximo, daquilo que a invisibilidade era capaz de me mostrar; pois, afinal, toda invisibilidade carrega consigo um foco de luz, enquanto toda visibilidade oculta algo. Segundo Strathern (2000), nem tudo o que é tornado visível e transparente corresponde, de fato, à realidade, o que torna necessário questionar sempre o que a visibilidade esconde.

Para Merleau-Ponty (2004: 15-16) aquele que vê, “o vidente”, não é um puro sujeito da visão, porquanto sua definição não se esgota em sua propriedade de ver, mas inclui a condição de alguém “imerso no visível através de seu corpo” ou de um “corpo ao mesmo tempo vidente e visível”, paradoxalmente capaz de olhar e se olhar, numa compreensão da percepção como engajamento ativo e exploratório da pessoa inteira, corpo e mente indissolúveis, num ambiente ricamente estruturado. Para tanto, faz-se necessário restituir aos mundos virtuais do sentido as praticidades de nossa maneira sensória de perceber o mundo, e não reivindicar o observador imóvel e desapegado, que contempla um mundo com nenhum engajamento causal (Ingold, 2008).

Desse modo, essa espécie de panóptico casual - local privilegiado, ao qual só vim dar a devida atenção refletindo posteriormente sobre o campo - deu-me acesso a dados que, curiosamente, não eram refratados pela presença do pesquisador. Assim, percebi que poderia encarar esse fato de forma favorável, uma vez que me permitia ouvir e ver coisas que, talvez, não me fossem possíveis se os atores estivessem incomodados com minha presença, fato que tornou esse “local de espera” bastante significativo – um significado advindo das tramas tecidas juntas da experiência vivida, da percepção e do discurso reflexivo acerca dessa experiência.

Esperar: ter esperança em

Não posso negar que o campo tenha me abalado. O que eu observava, especialmente nas visitas domiciliares, entristecia-me, dado ao emaranhado de esferas da vida social acometidas: renda, habitação, família, saúde, entre outras, e que trazia à tona uma situação muito diferente da minha realidade. Por mais que não fosse novidade lidar com a pobreza e a doença, uma vez que, como terapeuta ocupacional de primeira formação, já havia trabalhado em hospitais psiquiátricos carentes, bem como junto à coordenadoria de programas

e projetos de saúde pública, pareceu-me que me deparar com essas questões dentro do ambiente privado do “paciente” era muito mais impactante. É habitual depararmos com a doença em instituições sanitárias, mas, ao adentrar a privacidade dos “doentes” em seus lares, o binômio saúde-doença acabava por trazer atrelado uma miríade de questões outras, as quais não se podiam resolver apenas com uma consulta médica ou com uma medicação.

A pneumonia, a gravidez de risco e a depressão eram exemplos de manifestações biomédicas de outros tipos de carências e relações – estavam em jogo as submoradias, a violência doméstica, o desemprego, o consumo de álcool e entorpecentes, a alimentação precária, a migração, o abandono familiar. Desse modo, enquanto nos hospitais e centros de saúde via-se a manifestação da doença, nas residências era possível ver o entrelaçado das facetas que envolviam o setor saúde. A generalidade da pneumonia hospitalar cedia lugar à particularidade da pneumonia do Sr. José: idoso; pobre; morador de um barraco misto de madeira e reboco, com chão de terra batida, o qual ficava úmido com as chuvas e pulverizava poeira durante as secas; vítima de constantes furtos e da violência de transeuntes que se aproveitavam de sua fraqueza e solidão e cuja carência alimentar era vista pelo alimento que se cozia no pequeno fogão de lenha – feijão, apenas feijão.

Por tratar-se de uma situação que irrompia por quase todo o território, acabei, com o decorrer das visitas, por criar uma couraça – mas esta não se mostrou impermeável o suficiente para afastar a minha angústia, possivelmente, decorrente de um inadequado processo de identificação com esses usuários do sistema público de saúde, que fazia com que eu trouxesse para mim mesma o sofrimento observado.

Enquanto intermediários, os ACS comoviam-se com essas situações e procuravam encontrar soluções ampliando suas redes relacionais para além da USF e angariando o apoio do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), do Supermercado São Vicente, das Igrejas, da Farmácia Popular, das Escolas. Por outro lado, os profissionais “peritos” mal se dispunham a fazer as tais visitas domiciliares, relutando em sair de seus cômodos lugares. Isso refletia não só uma situação cultural específica àquela comunidade, mas também a forma de operacionalização cotidiana de um instrumento de saúde, pelos profissionais, que soava um tanto descomprometida.

Dessa maneira, por mais que a Estratégia de Saúde da Família sugerisse a atuação em saúde por outra lógica, o que se via era a coexistência de duas gramáticas em conflito constante: a antiga lógica curativa introjetada nos profissionais técnicos e a lógica da

promoção da saúde, na qual se formaram os agentes comunitários de saúde. Os conflitos, as incongruências e as desorientações advindas dessa coexistência acabaram por fazer com que eu mesma perdesse o rumo. Eu me deixara envolver de uma maneira que me impedia de observar meu objeto com a alteridade mínima necessária. Eu estava à flor da pele – reagindo emocionalmente às situações. Raiva, desaprovação, tristeza, desprezo, revolta contribuíam por nublar a minha visão e confundir os meus papéis.

Esperar: aguardar

Como dito anteriormente, o objetivo da pesquisa era o estudo das equipes multiprofissionais do PSF, a partir da interação entre diferentes campos discursivos e práticas profissionais. Interessava-me investigar a negociação entre três “províncias simbólicas”: os profissionais de saúde legitimados, os agentes comunitários de saúde e os usuários do serviço de saúde em questão. Mas eu cegara-me ao me deparar com uma equipe que parecia: fragmentada, desorientada, sufocada pelos conflitos emergentes, gerida por profissionais despreparados e entregues ao marasmo institucional e à desmotivação advinda dele, e na qual cada um fazia o que lhe conviesse, ao invés da equipe modelo que eu idealizara: bem gerenciada, com reuniões de equipe, estudos de caso, troca de saberes e um relacionamento interpessoal razoável, isto é, um espaço de interação social e de significados negociados.

Por tudo isso eu me via sem foco, paralisada na ação e cada vez mais reativa aos estímulos que a mim chegavam; mas essa reação refletia-se em dor e desânimo, como se eu tivesse absorvido para mim a apatia e a imobilidade do próprio campo. Sentia-me aprisionada num lodo que misturava a morosidade do campo com a afluência de minhas próprias emoções. Por algum tempo, precisei me afastar a fim de não prejudicar a pesquisa com um olhar excessivamente interno e familiar, incapaz de estranhar adequadamente o objeto de pesquisa. Ao invés de capturá-lo e apreendê-lo em suas diferentes facetas, eu havia sido capturada e atada aos seus liames. Fazia-se necessário centrar-me novamente, ajustar o foco do olhar para, em seguida, retornar. Segundo Wagner (2010), é nessa experiência cotidiana, marcada por ansiedade, deslocamento e confusão, que o antropólogo “inventa a cultura do outro” a partir das diferenças que se chocam com sua própria forma de perceber e agir.

Tratar de um tema da Saúde Pública e Coletiva pelo viés antropológico foi, muitas vezes, uma tarefa árdua. Fazer essa interface entre as ciências sociais e as ciências biomédicas me situava em um lugar intersticial que dificultava a identificação e a apreensão daquilo que, de fato, era nativo; além de impedir que eu desse a devida importância a fatos que me pareciam banais. Minha dupla formação – enquanto terapeuta ocupacional e cientista social – muitas vezes, fez com que eu desprezasse dados de campo relevantes e/ou enxergasse com olhos pouco críticos eventos que me pareciam naturais. Estabelecer uma “ponte de olhares” entre essas duas áreas fazia com que ora eu incorporasse o discurso nativo como meu e ora eu menosprezasse o estatuto desse discurso. Era difícil sentir repugnância por certas atitudes das enfermeiras sem fazer julgamento de valor, ao mesmo tempo em que era difícil assumir uma posição crítica sobre um discurso que eu já defendera.

1.2.2. *A Efervescência*

“É impossível construir o movimento com imobilidades” (Bergson).

Esse encontro nada auspicioso com o meu objeto, ou melhor, a sensação de inexistência do mesmo, contribuiu para que eu quisesse fugir da avalanche que entrevia em meu campo. Fuga esta que era dificultada pelo precioso “fardo” que eu carregava e que era o meu melhor instrumental – o meu diário de campo. Cansada, as notas que eu lia e relia nele pareciam-me totalmente bizarras – mas a bizarrice estava, justamente, na completa inutilidade que eu dava a elas. Todos aqueles detalhes não pareciam revelar absolutamente nada. Eu estava obcecada por vislumbrar uma lógica que já se mostrara a mim sem que eu me desse conta. Conforme Jullien (2000), não era necessário tanto conhecer quanto tomar consciência do fundo de imanência que se difundia com a evidência, tão próxima, tão diante dos olhos que, justamente por isso, não se conseguia ver. Creio que eu esperava a enunciação dessa lógica como algo extraordinário, como uma revelação ou um sopro de lucidez; mas ela estava ali, subsumida naquelas páginas dispersas que relatavam um cotidiano maçante e que eu tomava, muitas vezes, de modo vulgar.

Assim, o movimento do campo foi inesperado. Ele iniciou-se, timidamente, quando de meu afastamento e da conseqüente e necessária mudança de olhar. Minha procura por um Programa e por uma equipe amarradas à conformidade das exigências estatais cedera

lugar à percepção dos detalhes sutis que traziam dinamismo a ela. Após uma longa espera, eu passara a visualizar um PSF mais impermanente e mutável, e compreendia que a equipe multiprofissional não era uma entidade dada, mas o resultado dinâmico do encontro de práticas, saberes e relações em um campo.

Compreendia ainda que o Programa não podia ser reproduzido como em uma linha de montagem, dadas as particularidades do cenário e dos atores envolvidos. A estratégia preconizava sim uma unidade de interação com uma estrutura pré-modulada, ou seja, previa um padrão de respostas e comportamentos; mas que, por ser regulado por um sistema de práticas cujos atores eram pessoas, sofria, inevitavelmente, atualizações. Minhas dificuldades centravam-se na não percepção de que o quadro que se mostrava a mim já era o PSF e a Equipe de Saúde da Família – mas o PSF e a ESF possível naquele lugar e naquele momento, e não o modelo pelo qual eu, inadvertidamente, esperava. O fato é que havia sim uma distância entre o modelo e modo como ele era operado ali. Todavia, por mais que eu, gradativamente, fosse me dando conta da inexistência desse modelo e da fecundidade que o próprio campo me revelava, não posso negar que, vez por outra, minha mente deslizava em busca do modelo estático ao invés da operacionalização dinâmica do mesmo.

Dessa maneira, quando eu quase havia desistido de focar meu olhar para a equipe, eis que, por uma brecha sutil e incipiente, ela própria se mostrava a mim – revigorada e atuante em seus próprios termos. Da espera à efervescência foi possível perceber como o modelo PSF foi sendo construído, apropriado, significado e operado por seus atores em um processo dinâmico de disputas e acordos entre diversos segmentos sociais que confrontavam seus interesses, suas crenças e seus valores. Foi um longo processo até perceber que a formação da equipe multiprofissional era um processo muito mais social, político e ideológico⁷, do que técnico e tecnológico. Assim, para que essa Estratégia desencadeasse um processo de construção de novas práticas, considerava-se imprescindível que os profissionais estivessem disponíveis para a troca e circulação de conhecimentos e de poder, e que articulassem uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe, qual seja um campo de produção do cuidado comum a todos. Implicava, portanto, para além da multiplicação de técnicos de perfil tradicional, a modelagem de um novo tipo de profissional que acreditasse nos conceitos e valores que orientavam sua prática.

⁷ Ideologia aqui entendida muito mais no sentido geertziano, ou seja, como uma dimensão justificadora, apologética, a qual se refere à parcela da cultura que se preocupa ativamente com o estabelecimento e a defesa de padrões de crença e valor, do que no sentido dumontiano de “um sistema de idéias e valores” ou da forma consciente sobre a qual uma teoria é elaborada.

Além disso, percebi que, na verdade, eu estava diante de duas equipes: uma equipe multiprofissional e uma equipe de agentes comunitários. A primeira apresentava uma configuração hierárquica, uma vez que os profissionais de saúde dessa equipe tinham formações e capitais culturais não apenas diferenciados, mas que expressavam uma gradação no período mínimo investido em sua formação profissional: médico (seis anos), enfermeiro (quatro anos), técnico de enfermagem (dois anos), auxiliar de enfermagem (um ano), agente comunitário de saúde (trinta horas). Numa equipe conformada dessa forma existia menos conflito e mais aceitação no que se referia às instâncias de poder. Entretanto, subsumida nessa equipe se encontrava outra conformada apenas pelos agentes comunitários. Era nessa equipe não-hierárquica e igualitária que se tornavam mais necessários os investimentos pessoais e institucionais para trabalharem o relacionamento interpessoal, pois era nela que o conflito e a competitividade emergiam de forma mais acirrada e por onde transitavam mais intensamente fofocas, inveja, jogos de interesse, etc. Havia, desse modo, duas lógicas operantes – de um lado, a lógica hierárquica da superioridade médica e universitária; de outro, a lógica do Ministério da Saúde, que professava um modelo igualitário, o qual só era possível de ser reproduzido entre os agentes comunitários.

Dado o fluxo incessante de profissionais (nos dois anos de pesquisa foram substituídos sete médicos, cinco enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, três ACS e duas recepcionistas) esse sistema de saúde era altamente rotativo. Contudo, a partir desse fluxo foi possível perceber um movimento de contra fluxo que se refletia, diretamente, na “Casinha dos Agentes”⁸. Ou seja, quando a equipe apresentava uma conformação mais hierárquica, com papéis bem definidos, a “Casinha dos Agentes” perdia a sua importância enquanto sede de apoio e negociações e era, praticamente, abandonada, uma vez que as decisões estavam centralizadas na sala de reuniões. Por outro lado, quando a equipe estava perdida e indecisa quanto aos papéis e aos poderes, estes eram atribuídos aleatoriamente em um processo confuso, competitivo e nada consensual, no qual o conflito era a tônica. A “Casinha dos Agentes” passava, então, a ser o local e o objeto de disputa pelo poder entre os agentes comunitários.

O modelo lógico da relação hierárquica tal como proposto por Dumont (1992, 1993), lança luz para a compreensão desse modo de agenciamento da equipe multiprofissional de saúde da família. Desse modo, como se pode ver, a equipe multiprofissional era, ao mesmo

⁸ A “Casinha dos Agentes” será melhor detalhada no terceiro capítulo, no item que se refere à cartografia da USF.

tempo, o todo, ou seja, o protótipo da equipe preconizada – da qual faziam parte tanto os profissionais de saúde legitimados quanto os agentes comunitários – e a parte, ou seja, a metade hierárquica dessa equipe, a qual englobava a metade igualitária conformada apenas pelos agentes comunitários. Percebe-se que há uma conjugação de proposições de níveis diferentes típica de conformações lógicas de tipo hierárquico e, por conseguinte, uma assimetria nas posições dos integrantes das ESF.

A superioridade dos profissionais técnicos e peritos era inerente à própria configuração da equipe multiprofissional, uma vez que eram eles detentores de um maior capital cultural e os representantes diretos da lógica biomédica. Todavia, ao se alterar o olhar para a importância atribuída pelo PSF à lógica que opera simultaneamente a anterior, qual seja a Promoção da Saúde, vemos o “leigo” agente comunitário destacar-se como em uma imagem com figura a fundo, demonstrando-nos a reversibilidade intrínseca ao princípio hierárquico. Uma vez que as duas lógicas operam simultaneamente, ocorrem constantes deslizamentos entre o que engloba e o que é englobado, de modo a alternar as posições preeminentes, o que nos revela uma situação confusa, ambígua e paradoxal. Segundo Dumont (op. cit.), “aquilo que era superior num nível superior pode se tornar inferior num nível inferior”.

Veremos contradição semelhante se reproduzir também entre a equipe multiprofissional como um todo e os usuários do sistema público de saúde. De um lado, é aos profissionais de saúde que cabe a incumbência de impor a “lógica do saudável” sobre os “vulneráveis” usuários. Por outro, é o reconhecimento dessa mesma vulnerabilidade pelo Estado que confere ao usuário o status de “sujeito de direitos” enquanto prescreve deveres aos profissionais.

Por fim, parecia que eu estivera a entreter-me com um jogo de tabuleiro absorvente, no qual se espera muito tempo pela próxima jogada. O jogo segue monótono e previsível, até que, por outro olhar, o jogador vislumbra, repentinamente, sua lógica; a partir dela, toda a disposição das peças parece fazer sentido nessa nova configuração do jogo.

1.3. A Estrutura do Texto

O trabalho está organizado em sete capítulos, sendo que essas considerações iniciais constituem o primeiro deles. O relato de campo inicial, majoritariamente descritivo,

visou a contextualizar a etnografia e a análise. No segundo capítulo, abordo tanto o contexto que viabilizou a consolidação da saúde enquanto política, quanto os contextos de saúde, nacional e internacional, que culminaram na adoção do Programa de Saúde da Família como estratégia fundamental para a remodelação dos serviços de atenção em saúde oferecidos pelo SUS. Meu intuito foi o de apreender as principais categorias utilizadas, reutilizadas e reformuladas durante um período de mais de oitenta anos para que, nos capítulos subsequentes, fosse possível vislumbrar a operacionalização dessas categorias em campo.

No terceiro capítulo, contextualizo melhor o locus da pesquisa de campo, trazendo ao leitor um panorama do município e do “território” no qual está localizada a Unidade de Saúde Drº Pirajá da Silva. Em seguida, traço uma cartografia dos espaços que compõem essa USF, bem como daqueles que lhe são agregados, tais como a “Casinha dos Agentes” e a Unidade de Saúde Bucal. No quarto capítulo, abordo os fluxos e os contra-fluxos da equipe multiprofissional de Saúde da Família, a qual é constituída por quatro categorias profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos e agentes comunitários, que se divide em duas sub-equipes: a equipe especializada, composta pelas três primeiras categorias e a equipe intermediária entre o saber perito dos primeiros e o saber leigo dos usuários, composta pelos ACS. Além disso, descrevo pequenos retratos do acompanhamento dos trajetos da equipe multiprofissional, especialmente, das visitas domiciliares (VD) dos agentes comunitários de saúde.

No quinto capítulo, descrevo os processos educacionais e pedagógicos utilizados para a formação dos profissionais de saúde, especialmente, o Curso Introdutório do PSF, destinado, principalmente, aos neófitos Agentes Comunitários de Saúde. No sexto capítulo, dou continuidade a descrição dos mecanismos de “pedagogia da saúde” por meio dos projetos de educação continuada desenvolvidos na Praia Azul, especialmente, pelo Projeto AIPS e pelo Grupo de Estudos “Promoção de Saúde, Ambiente e Desenvolvimento Local”.

Por fim, termino o texto com algumas considerações finais, retomando os argumentos principais que considero relevantes na exposição e discussão feitas ao longo de todo o trabalho, tanto os que se referem a aspectos gerais quanto aqueles que revelam a originalidade e a particularidade das equipes multiprofissionais da Estratégia de Saúde da Família da Praia Azul.

2. A SAÚDE COMO POLÍTICA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UM DELINEAMENTO DO PSF COMO EIXO NORTEADOR DO NOVO MODELO DE ATENÇÃO

Este capítulo tem como objetivo traçar um panorama acerca da conformação de um sistema público de saúde no Brasil, de modo a desvelar sua lógica de estruturação e de funcionamento, bem como suas articulações institucionais. Procura apontar suas principais políticas e o contexto nacional e internacional que tornaram possível ao PSF transformar-se, de uma experiência localizada de atenção em saúde, em uma estratégia nacional de reorientação do modelo assistencial do SUS e em um eixo norteador da Atenção Básica em Saúde. Esse panorama, ainda que longo, é necessário para que se compreendam valores, conceitos, teorias, idéias, princípios e representações apregoados pelas diversas instâncias técnico-institucionais que compõem o discurso da Saúde Pública e Coletiva, os quais são constantemente transformados, resignificados, incorporados, naturalizados e agrupados sob um mesmo léxico, ainda que apresentem argumentos contraditórios.

A consolidação da saúde como política ocorreu após a Segunda Guerra Mundial, com o advento do *Welfare State* ou “Estado de Bem-Estar Social” e da implantação dos sistemas de saúde na Europa e nos Estados Unidos (ELIAS, 2000). Já as políticas de saúde no Brasil caracterizam-se pelo seu vínculo estreito com as políticas de Previdência Social, o que faz com que não seja possível recuperar a trajetória das primeiras sem rastrear a constituição do sistema de proteção social brasileiro (COHN; ELIAS, 1996).

A primeira intervenção do Estado para garantir algum tipo de seguro social foi a Lei Eloy Chaves ou Decreto 4.682, de 1923, a qual implantou a Previdência Social por meio da criação de Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP)⁹ - que pensavam a saúde como assistência médica oferecida exclusivamente a categorias profissionais organizadas¹⁰ e seus dependentes. O serviço médico oferecido pelas CAP derivava da compra de serviços credenciados pelo sistema previdenciário. Segundo Cohn (1996), residem neste fato as raízes da privatização da assistência médica no Brasil, a qual tem impactos até hoje sobre os saberes e práticas de atenção à saúde.

⁹ As CAP, entidades públicas com larga autonomia com relação ao Estado, foram instituídas como um contrato compulsório, organizadas por empresas, geridas através de representação direta de empregados e empregadores, tendo finalidade puramente assistencial: benefícios em pecúnia (dinheiro) e prestação de serviços (Cohn, 2006, p. 14-15).

¹⁰ Inicialmente criada para os ferroviários, as CAP foram estendidas, posteriormente, aos comerciários, bancários, industriários, funcionários públicos, entre outros.

E é a partir desse momento, também, que tem origem uma característica crucial da saúde em nosso país; a concepção da assistência médica, muito mais restrita que saúde, como pertinente à esfera privada e não pública. Não se constitui, portanto, saúde como um direito do cidadão e muito menos dever do Estado, mas sim a assistência médica como um serviço ao qual se tem acesso a partir da clivagem inicial da inserção no mercado de trabalho formal e para a qual se tem que contribuir com um percentual do salário sempre por meio de um contrato compulsório. (COHN, 2006, p. 15)

Entre 1933 e 1938, as CAP são unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) - autarquias geridas pelo Estado que institucionalizaram o seguro social, fragmentando as classes assalariadas urbanas por inserção nos setores da atividade econômica (bancários, comerciários, etc.). Em 1960, foi promulgada a Lei nº 3.807, conhecida como Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), na qual se propunha a uniformização da legislação previdenciária, o aumento de benefícios e uma maior abrangência de segurados. Em 1963, foi criado o Fundo dos Trabalhadores Rurais (FUNRURAL), no intuito de estender a Previdência Social a estes trabalhadores. Em 1966, por meio do Decreto nº 72, houve a fusão de todos os IAP, dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

2.1. As décadas de 1970 e 1980

Em 1974, foi formado o Ministério da Previdência e Assistência Social. Em 1977, por intermédio da Lei nº 6.439, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), sendo o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) uma de suas partes constituintes. A importância crescente que a assistência médica foi assumindo no interior da Previdência Social acabou por inverter a relação benefício (intuito principal quando da criação das CAP) / prestação de serviços médicos.

Durante a década de 1970, apesar de algumas propostas universalizantes – a maior parte delas malograda (FUNRURAL, por exemplo) -, vigorava um modelo médico-assistencial de caráter individual, baseado em ações curativas, as quais não beneficiavam toda a população, pois somente os trabalhadores contratados pelo regime da Consolidação das Leis

do Trabalho (CLT) poderiam dispor dessa assistência. Além disso, o atendimento era centrado no setor privado, vinculado e financiado pelo governo federal. Cabe ressaltar que o fortalecimento do setor privado atendia aos interesses de determinados grupos, não atingindo as reais necessidades da população.

No que se refere à saúde pública, o Ministério da Saúde (MS) desenvolvia quase que exclusivamente ações coletivas de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias; na área de assistência médico-hospitalar, atuava junto à parcela da população definida como carente ou indigente, ou ainda por ações programáticas destinadas a grupos selecionados da população (materno-infantil, portadores de tuberculose e hanseníase, pacientes psiquiátricos), por meio de alguns poucos hospitais especializados e por instituições de caráter filantrópico. Essa população não tinha nenhum direito e a assistência que recebia era na condição de favor ou caridade (SOUZA, 2002).

Havia, assim, uma clara divisão de trabalho entre os setores privado e público de saúde. Enquanto ao primeiro cabia a assistência médica individual – a mais rentável e lucrativa, ao segundo restava assumir um caráter suplementar, de modo a suprir a ausência do primeiro nas ações que lhe eram inviáveis financeiramente, o que pressionava a saúde pública a rever constantemente sua identidade sem, no entanto, perder sua especificidade (COHN, 1996, 2006).

Em 1974, o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) redefiniu o modelo de desenvolvimento social brasileiro e se propôs a garantir “o aumento de renda em todas as classes e a redução substancial da pobreza absoluta”. Essa nova formulação da política social, voltada para a inclusão, fortaleceu mudanças relevantes nos indicadores de infra-estrutura social e condição de vida. Na área da saúde, o II PND, por meio do Plano de Pronta Ação (PPA), buscou ampliar o acesso da população pobre, da população das áreas rurais e dos não-segurados ao consumo de atenção médico-hospitalar, de modo a universalizar a cobertura. A *universalização*¹¹ da cobertura de atendimento médico seria uma das pautas, na década de 1980, da agenda defendida pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) - concepção que

¹¹ As palavras, conceitos e citações em itálico corresponderão a categorias tidas como nativas, exceção feita nas ocasiões em que se referirem a termos estrangeiros. É preciso ressaltar que muitos destes termos fazem parte da própria gramática da pesquisadora, portanto, só serão gravados em itálico quando houver um real estranhamento de seu significado, justificando a utilização deles como categoria nativa por seus diversos agentes (profissionais de saúde, gestores, documentos, literatura específica, usuários). No caso de termos que apresentam uso compartilhado, serão grafados entre aspas quando eu própria me apropriar deles para descrever o campo.

impactou diretamente a Previdência Social, a qual migrará, posteriormente, de um modelo de seguro-saúde (recebe benefícios apenas quem paga) para um desenho organizacional típico da seguridade social (direito independente de pagamento) (FIOCRUZ, 1998a).

Em 1980, na VII Conferência Nacional de Saúde, foi lançado pelo Governo Federal o Programa Nacional de Serviços Básicos (PREV-SAÚDE¹²), o qual sequer saiu do papel, mas cujos princípios podem ser revisitados hoje no próprio discurso do PSF. Em 1982, é criado o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). É a partir do plano do CONASP que se inicia a implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS), com o objetivo de tornar mais eficientes e eficazes as ações públicas de atenção em saúde.

Formuladas em 1982 e implantadas a partir de 1984, as AIS também visavam à integração entre as esferas do governo, implicando numa *descentralização* dos recursos e das ações, bem como à incorporação da assistência médica individual aos que dela estavam excluídos e ao controle sobre o setor privado. Esse processo de *descentralização* culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em julho de 1987, implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e as secretarias estaduais de saúde, e com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento qualitativo das AIS, antecipando um conjunto de inovações que viriam a ser consolidadas na Constituição de 1988.

Desse modo, até o final da década de 1980, as políticas sociais brasileiras ainda eram qualificadas como residuais - por não abrangerem toda a comunidade nacional como objeto da proteção social - e meritocrático-corporativas - pois apenas eram definidos como cidadãos os indivíduos pertencentes às categoriais profissionais reconhecidas pelo Estado e que contribuíssem para a Previdência Social (FIOCRUZ, 1998a); fatores estes que levaram à construção de uma espécie de “cidadania regulada”¹³, assim como a uma apropriação desigual das políticas públicas por parte da população.

¹² O PREV-SAÚDE surgiu como uma proposta de reorganização do sistema de saúde, inspirando-se nas propostas da Conferência de Alma-Ata, que privilegiavam a atenção primária e a *participação popular* para a consecução da meta “Saúde para Todos no Ano 2000”. Assim, definia como objetivos: a *universalização* da cobertura de serviços básicos; a articulação das diversas instituições do setor saúde para a oferta de serviços; a *hierarquização* da oferta de serviços por níveis de complexidade, tendo a **atenção primária como porta de entrada**; a *regionalização* dos serviços; a utilização de técnicas simplificadas e a *participação comunitária*. Para o cumprimento desses objetivos, propunha-se a expansão da rede pública, especialmente de serviços básicos, o incentivo ao regime de tempo integral, dedicação exclusiva e plano de carreira, entre outros.

¹³ O conceito de “cidadania regulada”, cunhado por Santos (1979, p. 74), refere-se à cidadania reconhecida apenas àqueles cidadãos que trabalhavam em uma das ocupações reconhecidas e definidas por lei.

Além disso, o favorecimento explícito do setor privado da assistência médica por meio da política previdenciária, por um lado, capitalizou e fortaleceu o Sistema de Saúde Supletivo (convênios, cooperativas médicas, medicina de grupo) e, por outro, sucateou a rede pública de serviços. A rede brasileira de serviços de saúde dividia-se entre o setor privado - concentrado no segmento hospitalar e incorporador de tecnologia de alto custo, especialmente, no que se refere aos processos diagnósticos e terapêuticos; e o setor público - concentrado nos serviços de atenção primária e incorporador de tecnologia de baixo custo. Cabe ressaltar, todavia, que a maioria dos serviços de alta complexidade - como os hospitais com grande incorporação de tecnologia e, portanto, com grandes investimentos de capital, tais como o Instituto do Coração (INCOR), em São Paulo, e o Sara Kubitschek, em Brasília, bem como os programas para HIV-AIDS, entre outros - pertenciam (e pertencem) ao setor público (ELIAS, 1996, p. 76-77).

Nos anos 1970 e 80, no intuito de reverter essa situação, uma grande mobilização social de trabalhadores, gestores e usuários da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade - que constituíram o então denominado “Movimento da Reforma Sanitária” - geraram, de modo pluralista e suprapartidário, as condições sociais e políticas de onde emergiu a noção de saúde como direito e de direito à saúde, assim como os princípios que viriam a servir de base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sob a égide do setor público (PAIM, 2008). Esse contexto, somado às pressões das agências internacionais, instigou o Estado a refazer sua agenda social e possibilitou a emergência de um sistema de valores centrado na defesa da *cidadania universal*. Desse modo, a política governamental teve de romper com a lógica anterior e ampliar, de modo significativo, a inclusão do setor social.

Faz-se necessário, antes da apresentação da Reforma Sanitária Brasileira, contextualizar um conceito que impactou profundamente (e ainda impacta) o desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil, qual seja o de *Promoção da Saúde*.

2.1.1. A Promoção da Saúde e o Contexto Internacional

Em 1974, o ministro da Saúde do Canadá divulgou o documento “Novas Perspectivas para a Saúde dos Canadenses” ou “Informe Lalonde” (como ficou conhecido),

no qual aparece o termo “promoção da saúde” como um novo paradigma em saúde. A Promoção da Saúde trabalha com um *conceito ampliado de saúde*, no qual estão inclusos elementos como: a biologia humana, o estilo de vida, a organização da atenção básica e o ambiente (IANNI; QUITÉRIO, 2009). Assim, a saúde, em larga medida, realiza-se fora do setor específico da saúde, isto é, em ações e setores (meio ambiente, trabalho, educação, entre outros) nem sempre alcançáveis pelos mecanismos e estratégias tradicionais. Dessa maneira, tanto os diagnósticos quanto as intervenções acabam por pressupor a *interdisciplinaridade* e a *intersetorialidade*.

A repercussão do Informe Lalonde rompeu as barreiras territoriais do Canadá ao influenciar a I Conferência Internacional de *Cuidados Primários à Saúde*, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1978, na cidade de Alma-Ata (atual Cazaquistão). Foi lá que surgiu o famoso slogan “Saúde para todos no ano 2000”. Duas diretrizes podem ser citadas como essenciais em Alma-Ata: 1) estender os serviços de saúde básica (como imunização, saneamento, planejamento familiar, vigilância nutricional) para países pouco desenvolvidos e 2) usar a *participação comunitária* para promover saúde (Morgan, 2006). Além disso, como os médicos eram considerados como “super especializados” para trabalharem na comunidade, cria-se a idéia dos “trabalhadores comunitários de saúde” como linha de frente dos serviços de atenção primária.

A consolidação do conceito “promoção da saúde” e a busca de caminhos práticos para a sua operacionalização foi a tônica da I Conferência Internacional pela Promoção da Saúde, realizada em 1986, no Canadá, na qual se subscreveu a Carta de Ottawa. Segundo Ianni & Quitério (2009, p. 117),

A Conferência de Ottawa... estabeleceu como estratégias fundamentais para a promoção da saúde: a defesa da saúde, a *capacitação* e a *mediação*. Por defesa da saúde entende-se a luta para que fatores políticos, econômicos, socioculturais e ambientais sejam cada vez mais favoráveis à saúde. A *capacitação* pressupõe *indivíduos aptos* a conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Finalmente, o entendimento de que a saúde se realiza num contexto de múltiplos atores e interesses, determina a necessidade de *mediação* entre eles, no sentido de que ela seja vista menos como um compartimento da administração pública e mais como pressuposto na formulação de políticas, planos, programas e projetos.

Em 1993, o Banco Mundial, com o apoio da OMS, dedicou seu Informe sobre o Desenvolvimento Mundial ao tema “Investir em Saúde”. Não obstante as possíveis polémicas suscitadas pelo documento destacam-se dois dentre seus principais traços: 1) suas conclusões e recomendações são dirigidas principalmente aos países em desenvolvimento, o que denota a particular preocupação dos organismos internacionais com a grave situação de pobreza, miséria e exclusão social, verificada nesses países, bem como a estratégia em difundir como prescrição a atuação por meio das políticas sociais, especialmente as de saúde e educação; 2) revela-se a necessidade de análise da eficácia dos serviços de saúde em relação aos seus custos (relação custo-benefício) para a escolha de intervenções sanitárias que promovam a saúde nas diferentes realidades locais (ELIAS, 1996).

O conceito de Promoção de Saúde, ao introduzir explicitamente o *ambiente* como elemento constitutivo e determinante das condições de vida e da situação de saúde das populações, explicita a necessária incorporação desse tema na pauta dos serviços de saúde e na definição de políticas e de estratégias. Segundo Ianni & Quitério (2009), é recente a incorporação pela OMS da questão ambiental à atenção básica. A proposta da Atenção Primária Ambiental elaborada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) aponta para a urgência do enfrentamento *intersetorial* e *interdisciplinar* das questões de saúde e *ambiente* presentes no cotidiano das populações e na dinâmica dos serviços e sistemas de saúde.

Uma das iniciativas em Promoção da Saúde foram as chamadas “*Cidades Saudáveis*” (ou “*Municípios Saudáveis*”), introduzindo o que Mendes (1996) chamou de uma nova ordem governativa na cidade - uma gestão social onde a saúde, entendida como *qualidade de vida*, é o objetivo do conjunto das políticas públicas, inclusive de serviços de saúde. Nos anos 90, a proposta chegou aos países da América Latina e Caribe junto com os processos de *descentralização* da saúde e tornou-se um eixo transversal e um constante fórum de debates com iniciativas como o PSF¹⁴.

¹⁴ O território da Praia Azul, por exemplo, foi selecionado como locus de implantação da primeira Unidade de Saúde da Família por intermédio da “Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis” (RMPS).

2.1.2. A Reforma Sanitária Brasileira e seu impacto sobre a Constituição de 1988

A nova institucionalidade do setor saúde começou a ser desenhada em 1986, quando foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde. Em meio a amplos debates na imprensa, nos sindicatos, nos partidos políticos de oposição, nas instituições de ensino e pesquisa, entre os profissionais do setor público dos serviços de saúde e em movimentos populares, a VIII Conferência contribuiu para formar um diagnóstico a respeito dos problemas do sistema de saúde e de suas possíveis soluções, e aprovar as bases do que viria a se constituir numa das principais conquistas do período - o SUS, marco da construção democrática e participativa das políticas públicas.

As principais bandeiras da RSB eram¹⁵: a necessidade de ampliação dos recursos públicos postos à disposição da saúde da população, a utilização de critérios de *equidade* em sua distribuição e a transparência em sua aplicação. Tais idéias asseguravam a cada habitante do país o *acesso* universal, integral e gratuito às modalidades tecnológicas e terapêuticas disponíveis, segundo a necessidade dos *cidadãos/usuários*; apontavam o rumo da construção do modelo de atenção à saúde fundamentado nas necessidades e demandas da população por ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde; e estabeleciam o poder público como o principal agente da regulação e da programação da oferta de serviços de saúde, via instrumentos de *descentralização*, *regionalização* e *controle social* do sistema.

Dessa maneira, a proposta de RSB no Brasil “propunha, ao lado da *redemocratização* geral da sociedade, a *universalização* do direito à saúde mediante a criação de um sistema de saúde racional, de natureza pública, *descentralizado* e que integrasse ações curativas e preventivas” (RODRIGUEZ NETO, 1994, p. 9). Para Cohn (1996), estas proposições eram contrárias aos interesses do setor privado da saúde e significavam a reversão de toda a lógica de prioridades do sistema, além do estabelecimento de novos padrões de administração na esfera pública, cuja visibilidade era ainda muito pequena, dado o seu caráter essencialmente preventivo e de baixo impacto para solucionar os principais problemas de saúde da população. Assim, os desafios, que ora se colocavam, abalavam as bases dos modelos de atenção até então vigentes e significavam enfrentar o peso de uma tradição consolidada ao longo de mais de sessenta anos.

¹⁵ Baseado em: FIOCRUZ, 1998a; PAIM, 1992, 2008.

A primeira e grande conquista do Movimento da Reforma Sanitária foi a atribuição de um setor saúde na Constituição Federativa do Brasil de 1988, cuja principal inovação foi a substituição do conceito de seguro social¹⁶ pelo conceito de *seguridade social*, definida, no artigo 194, como um sistema que “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 2000a [1988]). Além disso, as disposições gerais acerca da *seguridade social* apresentadas nesse mesmo artigo reforçaram a idéia da *universalidade da cobertura* e do *acesso* ao cuidado à saúde, não mais como uma concessão, mas como um *direito*, configurando um modelo de proteção social institucional-redistributivo (FIOCRUZ, 1998a).

2.2. A criação do SUS e seus desdobramentos

Os pressupostos básicos do SUS são descritos na Constituição de 1988 como uma parte do capítulo de *seguridade social*¹⁷ e podem ser resumidos em três princípios: *universalidade, igualdade e equidade*; e em três diretrizes: *descentralização*¹⁸, *participação comunitária*¹⁹ e *atendimento integral*, ou seja, prover tanto as ações curativas quanto as ações

¹⁶ O seguro social, como visto anteriormente, restringia-se a formas de benefícios e prestações de serviços bastante específicas, tanto no que se referia a sua natureza, quanto àqueles a quem se destinava.

¹⁷ As diretrizes do SUS estão resumidas no Art. 198 – “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – *descentralização*, com direção única em cada esfera de governo; II – *atendimento integral*, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – *participação da comunidade*”.

As funções do SUS encontram-se resumidas no Art. 200 – “Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, no termo da lei: I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II – executar as ações de *vigilância sanitária* e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como de bebidas e águas para consumo humano; VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.” (BRASIL, 2000a [1988])

¹⁸ A *descentralização* deveria ser entendida como o repasse de recursos e de delegação de poderes às esferas estaduais e municipais para que adaptassem as diretrizes centrais das políticas formuladas pelo governo federal às especificidades locais.

¹⁹ A *participação comunitária*, também difundida como o controle social exercido pela sociedade ou como controle público, pressupõe a participação ativa dos diferentes setores da sociedade nos diversos espaços e canais institucionalizados de participação.

preventivas necessárias. A fórmula “Saúde: direito de todos, dever do Estado”²⁰ sintetiza a concepção de uma política social *universalista* como resultado do desenho preconizado pela RSB, a qual, por sua vez, assumia as idéias do *Welfare State*.

A partir da nova Constituição da República, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias criaram, gradativamente, as condições de viabilização do *direito à saúde* e de seus preceitos. Entretanto, suas conseqüências não surtiram os efeitos previstos e desejados em grau e velocidade compatíveis com as exigências para a estruturação do SUS. Um passo significativo na direção do cumprimento da determinação constitucional de construção do SUS foi a publicação do decreto n.º 99.060, de 1990, que transferiu o INAMPS do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde, antes mesmo da promulgação da Lei Orgânica de Saúde (LOS). Contudo, o INAMPS somente foi extinto pela Lei n.º 8.689, de 1993, ou seja, quase três anos após a promulgação da lei que instituiu o SUS (SOUZA, 2002).

Em continuidade ao processo de construção do SUS, o texto constitucional foi detalhado na LOS, composta pelas Leis n.º 8.080/90²¹ e n.º 8.142/90²², as quais reiteraram o SUS como uma estratégia *descentralizada* para a atenção e o cuidado à saúde, bem como os princípios básicos de *universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade*. O artigo três da Lei 8.080/90 já trouxe a idéia de um *conceito ampliado de saúde*, a partir do qual a saúde teria 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.

Para tornar a LOS operacional, o MS publicou as Normas Operacionais Básicas (NOB) 91, 93 e 96. As NOB visavam, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, à definição de estratégias e movimentos táticos que orientassem a operacionalidade do sistema. A NOB SUS 01/91 teve por objetivo fornecer instruções aos responsáveis pela implantação do SUS, especialmente no que se referia às transferências de recursos (ainda vinculada ao convênio com o INAMPS) e à promoção do processo de *descentralização* e conseqüente *municipalização* (BRASIL, 1991). A NOB SUS 01/93 sistematizou o processo de *descentralização* da gestão dos serviços e ações do SUS,

²⁰ “Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (id *ibid.*).

²¹ A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 2002b).

²² A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a *participação da comunidade* na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 2002c).

instituindo níveis progressivos de gestão, além das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como foros permanentes de negociação e deliberações (BRASIL, 1993). Já a NOB SUS 01/96, ao mesmo tempo em que aperfeiçoou a gestão do SUS, apontou para uma *reordenação do modelo de atenção à saúde*.

O modelo vigente – assentado na lógica da clínica – baseia-se, principalmente, na ética do médico, na qual a pessoa (o seu objeto) constitui o foco nuclear da atenção. O novo modelo de atenção deve perseguir a construção da *ética do coletivo* que incorpora e transcende a ética do individual. Dessa forma, é incentivada a associação dos enfoques clínico e epidemiológico. Isso exige, seguramente, de um lado, a *transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde* (restabelecendo o *vínculo* entre quem presta o serviço e quem o recebe) e, de outro, a *intervenção ambiental*, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde. Nessa nova relação, a pessoa é estimulada a ser *agente de sua própria saúde* e da saúde da comunidade que integra. Na *intervenção ambiental*, o SUS assume algumas ações específicas e busca a *articulação necessária com outros setores*, visando à criação das condições indispensáveis à promoção, à proteção e à recuperação da saúde (BRASIL, [1996] 2000d).

Como se pode ver pelo excerto acima, entre as medidas preconizadas pela NOB 96 está o fortalecimento dos *vínculos* dos serviços com os seus usuários, privilegiando os *núcleos familiares e comunitários* e criando condições para a *participação* e o *controle social*. Além disso, o item 12.1.2 é relativo ao incentivo ao Programa de Saúde da Família (PSF) e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), estabelecendo um acréscimo percentual ao montante do Piso de Atenção Básica (PAB)²³, de acordo com critérios estabelecidos e sempre que estiverem atuando, integradamente à rede municipal, equipes de saúde da família, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência.

²³ O PAB é um instrumento que cria um pagamento per capita para atividades ambulatoriais de menor complexidade, a ser transferido de forma direta e automática, fundo-a-fundo.

2.3. A Estratégia de Saúde da Família

Os princípios organizativos e as bases conceituais do PSF foram discutidos pelos coordenadores estaduais do PACS, técnicos do Ministério da Saúde e secretários municipais no Encontro de Avaliação do PACS, em 1993; o qual congregou atores de várias regiões do país, de forma a romper com o confinamento das experiências de ACS às regiões Norte e Nordeste, bem como a ampliar sua atuação com a inclusão de profissionais especializados. Pode-se dizer que o Programa Agentes de Saúde (PAS) - iniciado no Ceará, em 1987 - e o PACS - implantado em junho de 1991 - constituíram as plataformas para a implantação do PSF no país. Essas experiências locais foram tentativas bem sucedidas de alguns municípios inovarem na busca de soluções para seus problemas de saúde; tentativas estas que ocorriam, em princípio, à margem do SUS, tal como oficialmente definido.

Os modelos precursores deste tipo de ação podem ser buscados nas antigas práticas de atenção primária, baseados na *adscrição de clientela*²⁴ e na estratégia de medicina comunitária com visitantes domiciliares - que foram experimentadas no Brasil nos anos 1970 e 80, direcionando as atividades para clientelas de alto risco para doenças infecto-contagiosas, diarreia e desnutrição. Uma característica comum estava no impacto positivo e imediato sobre a mortalidade infantil, mas também na falta de recursos em situações que exigissem um pouco mais de complexidade tecnológica e de pessoal especializado (FIOCRUZ, 1998b, p. 87-88).

Nos anos 1990, tais estratégias retornaram, trazendo com elas, por um lado, a preocupação do MS em articulá-las junto ao conjunto da rede de saúde e de fixar os profissionais junto aos seus clientes, uma vez avaliado que 80% dos problemas de saúde da população eram passíveis de serem resolvidos pela rede básica de serviços; por outro, a insegurança da população com a qualidade, alcance e efetividade dos atendimentos prestados por estes profissionais, especialmente em decorrência da cultura da assistência médica individual e de alta densidade tecnológica que se construiu ao longo das décadas. Como afirma Cohn (2006, p. 21) consolidara-se “a concepção do *direito à saúde* como possibilidade de *acesso* a uma precária *assistência médica* de eficiência duvidosa”.

²⁴ “A *adscrição de clientela* é o princípio organizativo dos processos de territorialização nos sistemas locais de saúde e nos distritos sanitários; seu significado é de que a população seja capaz de reconhecer seu serviço enquanto o serviço possa identificar sua população” (FIOCRUZ, 1998b, p.86).

Desse modo, ao constatar que a organização e o funcionamento da rede de serviços públicos de saúde não dava conta das necessidades de *acesso* e da qualidade dos serviços, o Ministério da Saúde propôs a implantação de um modelo substitutivo; ou seja, sugeriu a reestruturação do SUS por meio da reorganização da Atenção Básica, sobrepondo a Estratégia de Saúde da Família - cujo enfoque se daria nas pessoas, na comunidade e na atuação multiprofissional - ao modelo tradicional - focado na doença e na ação do profissional médico. Propôs-se, então, a conversão do modelo tradicional adotando-se processos *sustentáveis* de mudança que pudessem viabilizar um sistema de atenção caracterizado por estar baseado: nos princípios de *saúde da família*; nos conceitos de *risco*²⁵ social e epidemiológico; na noção de *território*; no fortalecimento dos *vínculos* entre a população usuária e os serviços; na *desburocratização*; na *equidade*; na *racionalização* do *acesso* aos cuidados; na *transformação dos processos de trabalho* e nas práticas dos profissionais de saúde; no desenvolvimento de ações *intersetoriais* e de *promoção da saúde*; e na introdução de sistemas de avaliação e monitoramento das ações (COSTA; NASCIMENTO, 2009, p. 72-73).

Para tanto, o MS estabeleceu critérios de fomento e incentivo financeiro à incorporação da Estratégia nos programas dos governos municipais. A parte variável do PAB²⁶, por exemplo, corresponde a incentivos para o desenvolvimento de ações no campo específico da Atenção Básica, incluindo o PACS, o PSF, a Assistência Farmacêutica Básica, o Combate às Carências Nutricionais, as Ações Básicas de Vigilância Sanitária e as Ações Básicas de Vigilância Epidemiológicas e Ambiental²⁷ (VIANA *et. al.*, 2009). Além do PAB, o MS - com o apoio financeiro do Banco Mundial (BIRD) – criou, em 2002, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), o qual se destina a incentivar a

²⁵ Nas últimas décadas há uma proliferação de discursos e práticas técnico-políticas organizadas em função de uma nova categoria de *risco*, bem como a expansão do uso do risco como recurso para arbitragem de situações, principalmente, na área do social (MITJAVILA, 2002). Desse modo, como veremos adiante, a noção de risco, normalmente, aparece conjuntamente à noção de *controle* e *vigilância*.

²⁶ O PAB é um mecanismo de transferência automática de recursos financeiros aos municípios, composto por uma parte fixa e uma variável, e destinado exclusivamente ao custeio de procedimentos e ações de Atenção Básica em saúde. A parte fixa do PAB é obtida pela multiplicação de um valor per capita anual pela população de cada município e destina-se ao custeio das seguintes ações básicas: consultas médicas em especialidades básicas; atendimento odontológico básico (procedimentos coletivos, procedimentos individuais preventivos, dentística e odontologia cirúrgica básica); atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior e nível médio; visita e atendimento ambulatorial e domiciliar do PSF; vacinação; atividades educativas a grupos da comunidade; assistência pré-natal e ao parto domiciliar; atividades de planejamento familiar; pequenas cirurgias; atividades dos ACS; pronto atendimento em unidade básica de saúde. Atualmente, o valor do PAB fixo corresponde, em média, a R\$15,00 por habitante/ano (VIANA *et. al.*, 2009, p. 31).

²⁷ Recentemente, novos incentivos foram incorporados à parte variável do PAB, como as Ações Básicas à Saúde dos Povos Indígenas, Saúde Bucal e Ações Básicas de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária.

conversão do modelo de atenção básica de saúde nos municípios com mais de 100 mil habitantes, por meio da elevação da qualificação do *processo de trabalho* e desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população.

Segundo a concepção do PACS e do PSF, trata-se de definir a população alvo, cadastrar as famílias e estabelecer o conjunto de serviços oferecidos – o que se convencionou chamar de *territorialização*²⁸. De modo geral, são efetuadas as consultas e procedimentos básicos dos programas de saúde pública desde a vacinação ao pré-natal, passando pelo controle de tuberculose, diabetes, hipertensão arterial, entre outros. São implementadas estratégias de *educação em saúde* com a população, organizado um pronto-atendimento e estabelecido um mecanismo de atuação em *equipe* de caráter *multiprofissional* (no mínimo²⁹, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde). O programa de *visitas domiciliares* (VD) começa pelo cadastramento das famílias e busca *vincular*, de modo contínuo, os profissionais de saúde às famílias atendidas. Busca-se também esse estreitamento de *vínculo* pela participação dos profissionais em eventos da e para a comunidade e pela articulação com os demais setores do município (BRASIL, 2001).

Procura-se, além disso, algum tipo de *integração* com o restante do SUS, por meio de um sistema de referência e contra-referência. Para que a *integração* seja possível, os serviços são organizados e *hierarquizados* em três setores: primário, secundário e terciário. Esta classificação racional é abstrata e corresponde a certo “tipo ideal”³⁰, dificilmente encontrável em estado puro na operacionalização do sistema de saúde. A diferença da assistência primária para a secundária ou para a terciária refere-se a três eixos: a) a incorporação de tecnologia material, ou seja, a incorporação de equipamentos nos diversos níveis assistenciais, do menos denso na atenção primária ao mais denso na atenção terciária; b) a capacitação profissional ou o tempo gasto na formação profissional, o qual será solicitado, de forma gradual, de acordo com o nível de atenção; c) o perfil da morbidade, que

²⁸ A territorialização constitui um princípio importante do programa, na medida em que as equipes trabalham com território de abrangência definido, sendo responsáveis pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada a esta área. Considerado um dos conceitos mais caros ao atual modelo de atenção em saúde, e, especialmente, à atuação dos agentes comunitários de saúde, derivam da territorialização as seguintes noções: domicílio, peridomicílio, anexos, microárea, área e segmento territorial. Destas, duas são fundamentais para a dinâmica de atuação dos ACS: a microárea – território onde habitam entre 400 e 750 pessoas, correspondente à atuação de um ACS, e a área – conjunto de microáreas cobertas por uma equipe de saúde da família responsável pelo atendimento de 2400 a 4500 pessoas.

²⁹ A equipe multiprofissional de saúde da família comporta ainda, embora não usualmente, um cirurgião-dentista, um auxiliar de saúde bucal, um assistente social, um psicólogo, um fisioterapeuta, entre outros profissionais de saúde necessários ao Programa desenvolvido na localidade.

³⁰ Como se verá no decorrer deste trabalho, o discurso enquanto “tipo ideal”, no que se refere à maioria dos conceitos utilizados no PSF, será diferente da forma como ele é operacionalizado na prática.

segue das doenças mais corriqueiras atendidas no nível primário ao padrão intermediário do secundário, finalizando com as situações mais complexas do terciário. A idéia básica da organização do sistema de saúde é fazer com que o usuário entre pela *atenção primária* – foco do PSF. Aquilo que não se consegue resolver nesse nível será encaminhado para o secundário, que por sua vez irá referir para o terciário as situações nas quais não está capacitado para atender (ELIAS, 2000).

Dessa maneira, o PSF insere-se no bojo das reformas ministeriais que buscam a efetivação do SUS, a *hierarquização* setorial em esferas de poder (Governo Federal, Estadual e Municipal) e a *participação popular*. Foca-se na *vigilância à saúde*³¹ - que prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde familiar de forma integral e contínua no próprio ambiente do atendido (BRASIL, 1998); e baseia-se em um *conceito ampliado de saúde* - pensado em termos de bem-estar, *qualidade de vida e cidadania*, no qual há um deslocamento da centralidade na doença para a centralidade na saúde. A Promoção da Saúde passa, então, ao menos teoricamente, a ser a mola propulsora do sistema. Segundo o MS (2006, 2007),

A Estratégia de Saúde da Família deve: ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos *territórios* em que as Equipes de Saúde da Família atuam; atuar no *território*, realizando *cadastro domiciliar, diagnóstico situacional*, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo *postura pró-ativa* frente aos problemas de saúde-doença da população; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no *diagnóstico situacional* e tendo como *foco a família e a comunidade*; buscar a *integração* com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e ser um espaço de *construção de cidadania*.

Além disso, cada “equipe da família” deve ser capacitada para: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características demográficas, sociais e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de *risco* aos quais a população que ela atende está exposta; elaborar, com *participação da comunidade*, um plano local para enfrentar os determinantes do

³¹A vigilância à saúde é um novo paradigma de intervenção sanitária que supõe a combinação de três grandes tipos de ação: a promoção da saúde, a prevenção de enfermidades e acidentes e a atenção curativa.

processo saúde/doença; prestar *assistência integral*, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar; e desenvolver ações *educativas* e *intersetoriais* para enfrentar os problemas de saúde identificados (BRASIL, 1998).

De acordo com Paim (2001), trata-se de um modelo *distritalizado*³², com *adscrição da clientela* (600 a 1000 famílias por equipe), fundado em práticas assistenciais de cunho sanitário e epidemiológico, que operam por meio da *oferta organizada* e da *reorientação da demanda*, de acordo com as prioridades dos grupos populacionais demarcados, no qual a família e seu contexto tornam-se os alvos estratégicos. O *setting* tradicional do consultório reparte e cede lugar a rua, a casa, a praça, mantendo relações funcionais e programáticas com a demanda espontânea no interior da UBS e da USF.

No processo de interação que se estabelece entre o serviço de saúde e a comunidade, os Agentes Comunitários de Saúde ocupam posição de destaque, pois são considerados atores sociais privilegiados no processo de trabalho da equipe e na comunidade, na medida em que atuam como uma espécie de “dobradiça” entre o domínio público, no qual atuam, e o domínio privado, de onde se originam, já que a condição para a contratação do ACS é a de que seja um membro da comunidade (COHN; NAKAMURA; COHN, 2005, p. 183). Intermediários entre o saber biomédico e o saber popular, os agentes comunitários ocupam uma posição *sui generis* e são identificados como o elo de comunicação entre essas duas instâncias. Nesse contexto, o ACS passa a ter sua importância exponencialmente acentuada, especialmente nos discursos oficiais, até ser incorporado como uma profissão criada pelo e para o Estado, a qual se encontra regulamentada pela lei 10.507, de 10 de julho de 2002. O exercício dessa profissão ocorre exclusivamente nos programas de Atenção Básica vinculados ao SUS.

A Estratégia de Saúde da Família aparece, então, como um “novo paradigma terapêutico”, na tentativa de reorganizar os modelos de atenção, de modo que os serviços de saúde devam cumprir, simultaneamente, duas funções principais: atender à demanda das pessoas a partir de suas necessidades sentidas, de forma programada, e aos problemas de saúde prioritários, a partir de um diagnóstico epidemiológico. Essas duas tarefas, entretanto,

³² O modelo distritalizado preconiza que as ações de saúde deverão desenvolver-se em “áreas geográficas” delimitadas, “territórios” e “áreas de abrangência” definidas e devidamente mapeadas, chegando, inclusive, ao delineamento de “micro-áreas de risco”.

implicam duas modalidades distintas de práticas em saúde, envolvendo tecnologias diferentes, assim como lógicas diferenciadas de organização do trabalho em saúde. A primeira tem na clínica o paradigma do conhecimento e organização da prática, essencialmente voltada para a atenção individual. A segunda baseia-se na epidemiologia, como instrumento de conhecimento da realidade de saúde, e agrega ao saber possibilitado pela clínica uma dimensão social e cultural indispensável à *intervenção sobre o coletivo*.

Ambas as abordagens são consideradas importantes e complementares dentro de uma visão mais compreensiva do processo saúde-doença. Assim, o SUS introduz o conceito da *integralidade* da atenção exatamente para dar conta de superar dicotomias tradicionais e históricas entre a cura e a prevenção, o individual e o coletivo, o universal e o particular, o público e o privado, buscando o equilíbrio entre as duas abordagens (FIOCRUZ, 1998b, p. 39-40); contudo, como veremos nas descrições do campo, esse discurso sofre distorções.

2.4. A Atenção Básica de Saúde: Interfaces e Transversalidades

As ações de atenção básica adquiriram maior importância na agenda da política de saúde a partir da década de 1990, com a implementação da Estratégia de Saúde da Família, uma vez que, como visto anteriormente, ela se tornou uma das principais ferramentas para aumentar a *cobertura* e ampliar o *acesso* da população aos serviços de atenção básica, de modo a promover a *reorganização da prática assistencial* e a adoção de novos critérios de abordagem, provocando reflexos em todos os níveis do sistema.

Durante os anos que se seguiram à implementação da NOB SUS 01/96, os diversos atores envolvidos no processo de consolidação do SUS passaram a discutir as estratégias necessárias para enfrentar os grandes desafios colocados para as políticas de *descentralização* na saúde. Desse processo resultou a publicação, em 2001, da Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS SUS 01/01). O objetivo geral da referida norma era: “promover maior *equidade* na alocação de recursos e no *acesso* da população às ações e serviços de saúde em *todos os níveis de atenção*”. Tinha-se, então, um importante desafio: o de desenvolver estratégias que combinassem a resolução de problemas individuais (por meio da clínica) e coletivos (por meio da prevenção e da promoção à saúde).

Desse modo, no que diz respeito à organização da assistência, enfatizava a importância de qualificar e melhorar a resolutividade da atenção básica em todos os municípios brasileiros, a partir da identificação de áreas estratégicas mínimas, relacionadas a problemas de saúde de abrangência nacional (saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle da hipertensão e diabetes, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase). Ainda no que tangia à assistência à saúde, também estabelecia diretrizes gerais para a organização das demais ações de média e alta complexidade. Assim, nesse processo histórico, a Atenção Básica foi gradualmente se fortalecendo e constituindo-se como a porta de entrada preferencial do SUS, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde.

Em 2003, motivada pelo Jubileu de Prata da Conferência de Alma Ata (1978) e atendendo a determinação de seus países membros, a OPAS e a OMS decidiram reavaliar os valores e os princípios que inspiraram a Declaração de Alma Ata, de forma a desenvolver sua estratégia futura, bem como traçar orientações programáticas para a renovação da Atenção Primária em Saúde (APS). A visão de um sistema de saúde com base na APS estava bem inserida no espírito de Alma Ata e, ao mesmo tempo, reconhecia novas contribuições, tais como a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, a Declaração do Milênio³³ e a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. O documento de posicionamento da OPAS/OMS enfoca os valores, princípios e elementos centrais que provavelmente estão presentes em uma abordagem renovada da APS:

A meta fundamental da renovação da APS é “obter ganhos *sustentáveis* de saúde para todos”. O mecanismo proposto para a renovação da APS é a transformação dos sistemas de saúde, de modo que estes adotem a APS como seu fundamento. Um sistema de saúde com base na APS requer uma estratégia abrangente para a organização e operacionalização dos sistemas de saúde, que considere o direito ao maior nível possível de saúde sua principal meta, maximizando a *equidade* e a *solidariedade*. Tal sistema é dirigido por princípios da APS, capazes de responder às necessidades em saúde da população, com orientação para a *qualidade*, *responsabilidade* governamental, *justiça* social, *sustentabilidade*, *participação* e *intersetorialidade* (OPAS, 2007).

³³ A Declaração do Milênio foi elaborada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2000, de forma a orientar os esforços para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Esses esforços incluem: erradicar a pobreza extrema e a fome; alcançar a *educação* primária universal; promover a igualdade de gêneros e o *empoderamento* das mulheres; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater HIV/AIDS, malária e outras doenças; garantir *sustentabilidade ambiental*, e desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento.

Esperava-se que cada país encontrasse sua própria forma de construir uma estratégia *sustentável* para fundamentar seu sistema de saúde com mais firmeza sobre a abordagem da APS. No Brasil, em março de 2006, o Ministério da Saúde aprovou, por meio da Portaria nº 648/GM e no âmbito do chamado “Pacto pela Saúde”³⁴, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual estabeleceu a revitalização das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, com base no PSF e no PACS, uma vez verificados, entre outras: a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da Atenção Básica no Brasil e a transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros (BRASIL, 2007). Segundo o MS,

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias *democráticas* e *participativas*, sob forma de *trabalho em equipe*, dirigidas a populações de *territórios* bem delimitados, pelas quais assume a *responsabilidade* sanitária, considerando a dinamicidade existente no *território* em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu *território*. É o contato preferencial dos usuários com o serviço de saúde. Orienta-se pelos princípios da *universalidade*, da *acessibilidade* e da coordenação do cuidado, do *vínculo* e continuidade, da *integralidade*, da *responsabilização*, da *humanização*, da *equidade* e da *participação social* (BRASIL, 2007, p. 12).

As discussões para alcançar o formato final da PNAB se fundamentaram nos eixos transversais da *universalidade*, *integralidade* e *equidade*, em um contexto de *descentralização* e *controle social* da gestão, princípios assistenciais e organização do SUS, consignados na legislação. Assim, a nova política apontava para a redefinição dos princípios gerais, das *responsabilidades* de cada esfera de governo, da infra-estrutura e dos recursos necessários, das características do *processo de trabalho*, das atribuições dos profissionais, e das regras de financiamento, incluindo as especificidades da Estratégia de Saúde da Família.

³⁴ O documento refere-se as “Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”, publicado pelo MS em 2006.

Os princípios, valores e elementos centrais de sistema de saúde com base na APS podem ser visualizados na figura que se segue.

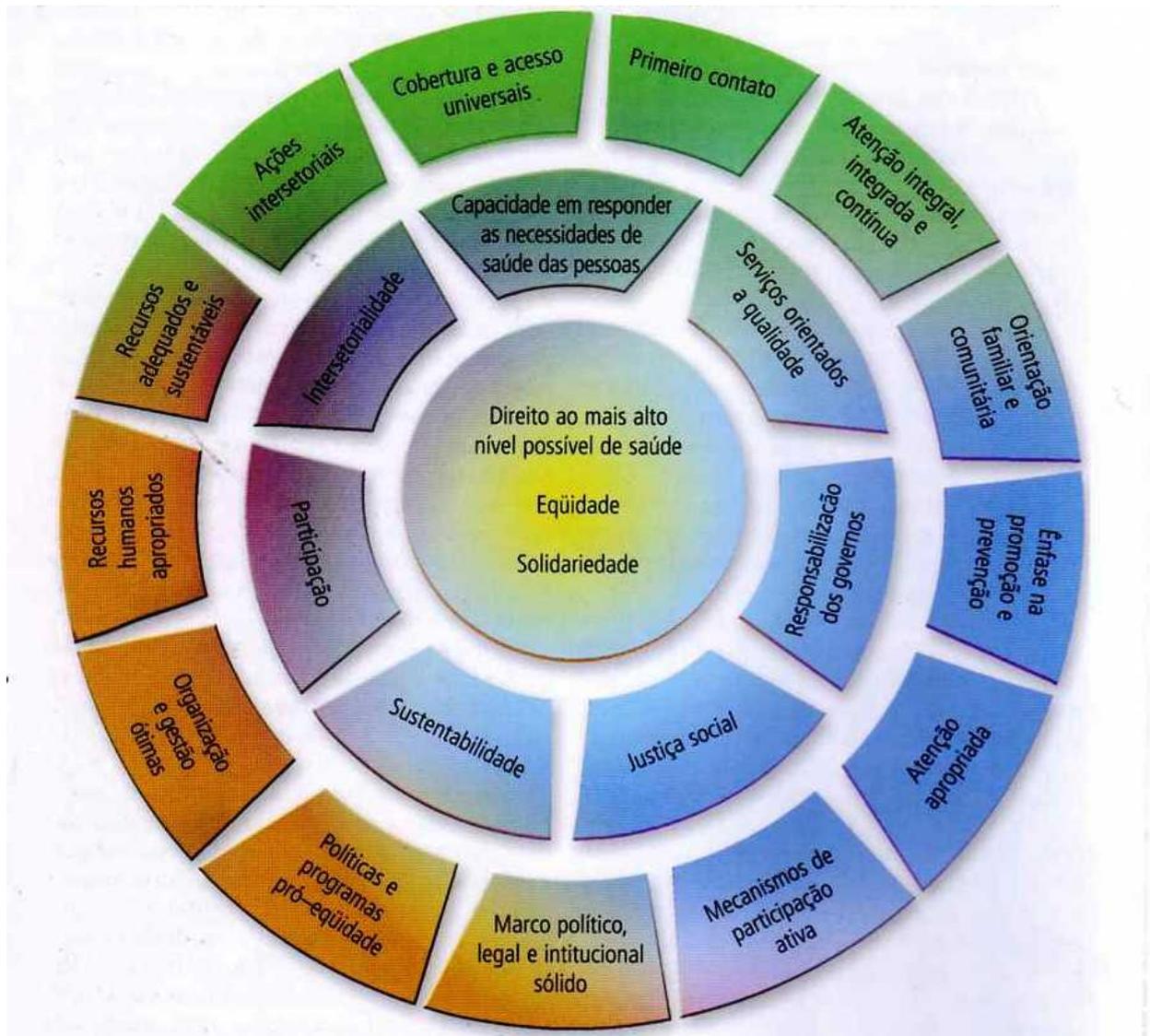


Figura 2.4.1 - As principais categorias da APS
 Fonte: Documento de Posicionamento da OPAS/OMS

Por meio da PNAB, a Atenção Básica passa a ter o PSF como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS, o que significa recusar o modelo clínico centrado na atenção individual como princípio ordenador das ações destes serviços, sem, contudo, recusá-lo enquanto um modelo de atenção necessário. Assim, o MS tem proposto a massificação do PSF e PACS pelo país. O que se vê é que programas são criados, recriados, remodelados e multiplicados no cotidiano das ações sanitárias. O caso do

Brasil é ilustrativo da combinação de lógicas assistenciais distintas e até contraditórias. Na verdade, quanto mais complexa e diversificada uma sociedade, maior a diversidade de situações de saúde, e, portanto, maior a probabilidade de conviverem estratégias distintas de intervenção, cuja hierarquia, entretanto, é definidora da lógica dominante do modelo. É importante ressaltar que os processos de mudança de modelos, mais do que uma fórmula coercitiva imposta verticalmente, demandam tempo e uma nova combinação de modalidades de saberes e práticas negociadas no campo. Não se pode pretender sobrepor a lógica da APS à lógica da assistência médica individual consolidada ao longo das décadas sem conflitos e sem um amplo processo de negociação.

2.5. A Antropologia da Saúde e as Políticas Públicas de Saúde: uma reflexão crítica

Nos itens anteriores, procurei delinear todo o trajeto da constituição das políticas públicas de saúde, de modo a configurar um sistema público que culminou na adoção da Estratégia de Saúde da Família como mote institucional. Cabe salientar, porém, que se trata apenas de uma das possíveis versões que poderiam ser traçadas a este respeito, logo, uma verdade relativa e, possivelmente, lacunar. Além disso, ao utilizar como referência outros autores que discorreram sobre o assunto, apresento uma escritura baseada em leituras de segunda e até de terceira mão; tratam-se, desse modo, de interpretações de interpretações (GEERTZ, 1988) e devem, portanto, ser tomadas como tal.

Os elementos para reflexão serão auferidos muito mais pela pesquisa empírica do que por esses marcos históricos já estabelecidos, uma vez que é preciso verificar *in loco* como (e se) o que está preconizado se materializa na dinâmica cotidiana. Todavia, as fontes históricas e documentais são uma forma de incorporar a dimensão temporal como necessariamente constituinte da realidade empírica observada no presente. Segundo Leach (1996, p. 69), “as sociedades reais só existem no tempo e no espaço... toda sociedade real é um processo no tempo”.

Parte-se do pressuposto de que os modelos de organização da atenção à saúde padronizados em âmbito nacional encontram limites para sua execução, quando considerada a

diversidade das realidades urbanas dos municípios brasileiros. Dessa forma, não se tomará, acriticamente, a Estratégia de Saúde da Família como o tipo ideal para a substituição do modelo assistencial tradicional ou como o catalisador do processo de consolidação do SUS, pois, em alguns aspectos, ela parecerá contraditória e ambígua.

Os estudos de antropologia que refletem sobre os saberes e práticas de saúde, em um salutar diálogo entre etnografias e tradições teóricas, são profícuos para empreender uma reflexão crítica acerca da configuração atual da saúde pública no Brasil. Desse modo, é preciso problematizar o discurso oficial da Saúde Coletiva e do PSF, bem como a própria construção e uso de categorias utilizadas, muitas vezes, de modo naturalizado. A Antropologia da Saúde surge como uma perspectiva complementar e enriquecedora na abordagem dos problemas de saúde pública, na medida em que revela que o estado de saúde de uma população é associado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural, e considera a saúde e os fenômenos a ela relacionados como culturalmente construídos e culturalmente interpretados. Sugere, portanto, que as políticas públicas de saúde levem em conta as particularidades culturais e os diferentes processos lógicos predominantes em cada contexto, ou seja, que considerem a maneira de pensar e de agir das populações junto às quais se quer intervir.

Vários estudos revelam os limites das intervenções médicas, na medida em que estão pouco adaptadas ao universo cultural das populações as quais são destinadas (DUARTE, 1986; CANESQUI, 1994, 2003; CARDOSO, 1999, 2004; TRAD *et. al.*, 2002.). Duarte (1986), por exemplo, afirma que o modelo psicológico que domina os modelos de atenção à saúde não é adequado para tratar a clientela das classes trabalhadoras, a qual se orienta por outros modelos classificatórios e terapêuticos; embora não recusem todos os serviços e recursos diagnósticos e terapêuticos ofertados pela medicina, os quais são sistematicamente demandados e valorizados no universo das representações.

No caso do PSF, como se verá nos capítulos ulteriores, o privilégio da atenção básica pode, de fato, ser efetivo; porém, ele exige todo um esforço de adaptação de uma cultura sanitária construída sobre outros valores e princípios, ainda mais se se levar em consideração que ele é um Programa de implantação recente na maioria dos municípios. Há um trabalho de convencimento sobre a importância do PSF para a assistência à saúde junto à população da área de abrangência das equipes multiprofissionais de saúde da família. A figura do ACS, enquanto um agente de saúde substitutivo para as ações de menor complexidade,

também requer um processo de “acomodação” para que a população adquira a necessária confiança e segurança em seus cuidados e orientações. Assim, é preciso contar com a variável tempo, na medida em que estamos diante da necessidade, apontada por gestores e estudiosos em saúde coletiva, de uma mudança cultural. Entretanto, como se verá adiante, tem se tentado agilizar esse processo por meio de outra variável – a educação. Eis aqui uma das questões que serão problematizadas, pois os processos educativos propostos, baseados em discursos psicopedagógicos, nem sempre são adequados a sua finalidade.

Faz-se necessário apontar também que a transposição de uma estratégia regional, iniciada e consolidada no Norte e Nordeste do país, apresenta suas limitações e idiossincrasias quando aplicada em outras áreas, especialmente se estamos nos reportando a uma população majoritariamente urbana, residente em uma região metropolitana. A grande maioria da população nessa região procura ter acesso aos serviços apenas no contexto da manifestação da doença e, mesmo assim, os usos que faz desse sistema estão de acordo com a operacionalização de outra lógica de cuidado. Ou seja, a assistência médica, a medicação, os exames preventivos, a vacinação, e mesmo as VD dos ACS, ainda que sejam demandadas pela população-alvo dos programas de atenção básica, são utilizadas por ela segundo os seus próprios termos.

Assim, a medicação para tratamentos crônicos (diabetes, hipertensão, depressão) que devem ser de uso prolongado segundo a lógica dos profissionais de saúde, é utilizada apenas no momento de crise pelos usuários. Esse fato, embora seja encarado pelos profissionais como ignorância, revela uma forma de gestão do próprio cuidado pelos usuários que não deve ser desconsiderada. A Promoção da Saúde é ainda um conceito muito distante desses usuários que se acostumaram à procura pelo assistencialismo médico a partir de suas necessidades sentidas, as quais também seguem uma lógica própria. Como disse um usuário: *“o que é sofrimento para nós (usuários) é diferente do que é sofrimento para vocês (profissionais)”*. Este fato acaba por provocar um deslocamento entre aquilo que se demanda e aquilo que se oferta, o que gera, muitas vezes, um sistema insuficiente e subutilizado, e a insatisfação entre os atores envolvidos no processo de atenção à saúde – sejam profissionais ou usuários. Novamente, a educação surge como o meio de inculcar essa demanda.

As políticas de saúde pública apresentam noções caracteristicamente antropológicas; no entanto, na tentativa de transportá-las para a prática, elas sofrem rupturas, desvios, ruídos e incongruências. Utilizam-se dela para pensar estratégias de mudanças – de

comportamento, de hábitos, de mentalidade - as quais estão implícitas nos programas que visam à adoção de um “estilo de vida saudável” e normatizado: boa nutrição, higiene, participação nas campanhas de imunização. Na Promoção da Saúde está embutida uma pedagogia correcional do cotidiano e uma medicalização não só das doenças e do adoecer, mas da vida dos usuários, impondo de fora parâmetros para o “bem viver”. Estas, porém, são apenas algumas das questões que serão tratadas nos capítulos seguintes.

Por fim, após o mapeamento das principais diretrizes e categorias utilizadas no discurso oficial da Saúde Pública e Coletiva - as quais, como vimos, são lançadas, reformadas, revisadas, revitalizadas -, trata-se agora de perceber como os profissionais da equipe multiprofissional do PSF dão vida aos valores, princípios e ideais, sejam teóricos, técnico-operacionais ou subjetivos, sob os quais está desenhado o SUS e a estratégia em questão, ou seja, é preciso desvelar como se apropriam desses princípios e os operacionalizam em seu trabalho cotidiano. É preciso analisar como essas categorias são apreendidas, compreendidas e operacionalizadas nas práticas dos profissionais da equipe de saúde da família (ESF), quer sejam médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem ou agentes comunitários de saúde, bem como o modo como elas se relacionam com os saberes da própria população assistida.

3. UMA BREVE CARTOGRAFIA DO CAMPO

No capítulo anterior, descrevi a mobilidade do campo, interpondo aspectos subjetivos e objetivos, abstratos e concretos, pessoais e relacionais. Dei ênfase especial a um espaço restrito e limítrofe que veio a se tornar o meu panóptico – o meu lugar privilegiado de observação durante a primeira fase da pesquisa de campo –, mas também o meu lócus de sustentação emocional. Se as visitas domiciliares deixavam-me atordoada, a “parede da invisibilidade” me fazia recobrar, um pouco, o equilíbrio. Contudo, como essa situação não se reproduzia em outros espaços da unidade e como existia uma rede de equipamentos públicos de saúde, educação e assistência social que se interconectavam, em menor ou maior grau, fazia-se necessário conhecê-los. Porém, esse será um processo que se iniciará com a cartografia do município de Americana e que irá se aproximando, gradativamente, da Unidade de Saúde da Família e dos equipamentos que a ela se relacionam direta ou indiretamente, como se estivéssemos dando um zoom para, cada vez mais, colocar em foco o nosso objeto.

3.1. “Praia” e Periferia no Espaço Urbano de Americana

Americana está localizada na região Centro-Leste do Estado de São Paulo e pertence à região metropolitana de Campinas³⁵. A cidade tem cerca de 200 mil habitantes, distribuídos numa área territorial de 134 Km², com 99,5% deles em área urbana. Destaca-se por sua *qualidade de vida*: apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)³⁶ de 0,840³⁷ - o que a coloca como a 19ª colocada do Estado de São

³⁵ A região metropolitana de Campinas foi criada por uma lei estadual em 2000 (lei estadual complementar 870), e é constituída por dezenove municípios: Campinas, Sumaré, Americana, Hortolândia, Santa Bárbara D'Oeste, Indaiatuba, Valinhos, Paulínia, Vinhedo, Cosmópolis, Nova Odessa, Monte Mor, Pedreira, Artur Nogueira, Jaguariúna, Santo Antônio da Posse, Itatiba, Engenheiro Coelho e Holambra.

³⁶ O IDH é um índice sintético que procura expressar o conjunto de dimensões incorporadas à mensuração das “necessidades básicas insatisfeitas”, ou seja, busca, para além da renda, incorporar as questões de educação, saneamento, habitação e outras, privilegiando o caráter multidimensional da pobreza, com o reconhecimento da inter-relação entre as diversas carências (FERREIRA *et al.*, 2006).

³⁷ Dado coletado no site do SEADE/IBGE. Disponível em: <http://www.seade.sp.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>.

Paulo e a 59ª do Brasil -, uma renda per capita de 3,13 salários mínimos³⁸ e a menor taxa de mortalidade infantil (10:1000)³⁹ do Estado de São Paulo.



Figura 3.1.1 - Estado de São Paulo – Destaque: Região Metropolitana de Campinas
Fonte: São Paulo MesoMicroMunicip.svg by Raphael Lorenzeto⁴⁰

O município é um dos principais pólos fabricantes de tecidos de fibras artificiais e sintéticas da América Latina, configurando-se como a 72ª cidade mais rica do Brasil e a 4ª da Região Metropolitana de Campinas. No que se refere ao setor saúde, conta com setenta e nove estabelecimentos, trinta e quatro deles vinculados ao SUS⁴¹. A Secretaria de Saúde é composta pelos seguintes equipamentos: Programa de Vigilância de Controle de Carrapatos, Unidade de Atendimento Domiciliar, Central de Regulação, Centro de Referência de Saúde do Trabalho, Programa Municipal de Controle da Dengue, Núcleo de Controle de Zoonoses, Ouvidoria da Saúde, Unidade de Auditoria e Avaliação, Farmácia Central, Clínica de Fonoaudiologia, Centro de Atenção Psicossocial “Arte e Vida”, Conselho Municipal de Saúde, Ambulatório de Infectologia, Unidades de Saúde Bucal, Núcleo de Especialidades, Centro de Atenção Psicossocial

³⁸Dado coletado no site do IBGE. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2003_2007/tab01.pdf>.

³⁹Dado coletado no site do SEADE/IBGE. Disponível em:

<<http://www.seade.sp.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>>.

⁴⁰ Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Regi%C3%A3o_Metropolitana_de_Campinas>.

⁴¹Dados coletados no site do IBGE. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>

Infantil, Hospital Infantil Drº André Luiz, Hospital Municipal Drº Waldemar Tebaldi, Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família.

O PSF em Americana é composto por sete *equipes multiprofissionais* cadastradas no Ministério da Saúde e por mais três equipes em fase de implantação. Cada uma dessas ESF tem em seu corpo técnico: um(a) médico(a) da família, um(a) enfermeiro(a), um(a) técnico(a) em enfermagem, um(a) auxiliar de enfermagem e de seis a oito agentes comunitários. Até o presente momento, o Programa abrange os seguintes bairros: Jardim Alvorada, Antônio Zanaga I, Antônio Zanaga II, Jardim Brasil, Jardim dos Lírios, Parque Habitacional Mário Covas, Residencial Jaguari, São José e Praia Azul (nesta última há duas equipes em funcionamento, sendo uma delas composta ainda por um(a) dentista e um(a) auxiliar de dentista, uma vez que se trata de uma ESF com Saúde Bucal).

A Estratégia de Saúde da Família configura-se como um Programa relativamente novo no município, cuja primeira equipe foi implantada apenas em 2002. A segunda equipe surgiu em 2005; e apenas em 2006, em decorrência da promulgação da PNAB, é que a rede foi ampliada, gradativamente, até atingir o número atual de equipes. O atendimento efetuado pelo PSF atinge 10,15% da população do município.

Americana está dividida em dez áreas de planejamento⁴², de acordo com uma racionalidade estratégica que atribui valor a áreas mais ou menos homogêneas da cidade, conforme determinados interesses de uso do *território*. A área de planejamento 01 corresponde à região central, enquanto a área de planejamento 03 corresponde à região denominada de Praia Azul - área com aproximadamente 12. 836 habitantes⁴³ no qual se centrará o meu trabalho. A divisão das áreas de planejamentos baseia-se nos setores censitários do IBGE e segue o critério de aproveitamento de limites já existentes, querem naturais ou artificiais (rodovias, avenidas principais, pontes, rios, represas, limites de municípios, etc.).

⁴² Lei 4.597/08.

⁴³ Dados obtidos junto a Unidade de Estatística e Análise Sócio-Econômica da Secretaria de Planejamento e Controladoria da Prefeitura Municipal de Americana (PMA).

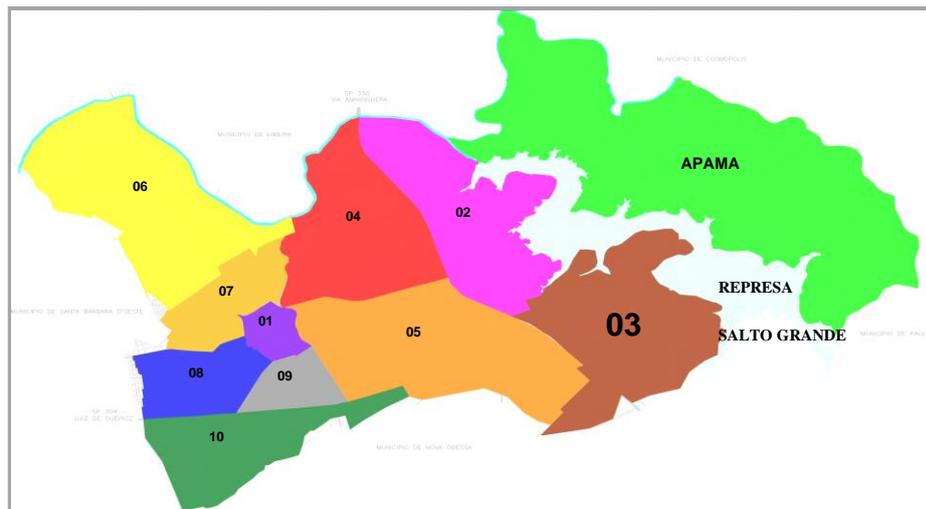


Figura 3.1.2 - Áreas de Planejamento de Americana
 Fonte: Secretaria de Planejamento e Controladoria da PMA

De acordo com as preconizações do Ministério da Saúde, a escolha desse território para a implantação do PSF seguiu os critérios de *vulnerabilidade* e *risco* social, os quais levaram em consideração informações como: grau de inserção educacional, renda per capita e ocupação, tipos de habitação, porcentagem de idosos e deficientes, infra-estrutura, saneamento básico, entre outros fatores sociais que dizem respeito ao acesso a informações, serviços, bens culturais, meio-ambiente, etc.

Segundo Ferreira *et. al.* (2006), a concepção de *vulnerabilidade social* é entendida como uma combinação de fatores que possam produzir uma deterioração do nível de *bem-estar* de pessoas, famílias ou comunidades em consequência de sua exposição a determinados tipos de *riscos*⁴⁴. Ao considerar a insegurança e exposição a *riscos* e perturbações provocados por eventos e mudanças (econômicas, ambientais, culturais, entre outras), essa noção daria uma visão mais ampla sobre as condições de vida dos grupos sociais mais pobres e, ao mesmo tempo, levaria em conta a disponibilidade de *recursos* e *estratégias* das próprias famílias para enfrentar os impactos que os afetam (ALVES; TORRES, 2006). Por conta disso, tem sido um conceito amplamente utilizado na definição de políticas públicas, cuja incorporação teve forte influência de organismos internacionais como a ONU e o BIRD, os quais também têm dado muita importância ao *conhecimento* como forma de *conscientizar* ou *educar*

⁴⁴ Alterações na própria tecitura social deslocaram, nas últimas décadas, a idéia de risco como um evento excepcional e casual ao qual se estava sujeito para a idéia de risco como constituinte da própria estrutura social. Como diz Beck (1992), viver na modernidade tardia é estar em risco constantemente; vivemos, assim, em uma “sociedade de risco”.

as pessoas acerca da “real” dimensão dos *riscos* que elas correm e, assim, potencializar seu *empowerment*. As categorias de *vulnerabilidade*, *risco* e *empoderamento* serão melhor trabalhadas em item subsequente.

A seguir, farei um breve retrospecto da formação e apropriação dessa região, uma vez que as heranças deixadas pelas dinâmicas territoriais precedentes têm extrema importância para entendermos as situações urbanas atuais. O *território* Praia Azul⁴⁵ começou a se constituir, com essa denominação, em 1949, após o represamento do Rio Atibaia e a conseqüente formação da Represa do Salto Grande (a Praia propriamente dita), a qual, por sua vez, passou a atrair o turismo para essa região, transformando-a, gradualmente, de uma área estritamente rural para uma área de recreação e lazer. Inicialmente formado por algumas grandes fazendas, o território⁴⁶ foi, gradualmente, fracionado em pequenos lotes. Sua principal rua - a Rua Maranhão - remonta a esse período, quando, pelo aumento do fluxo de turistas, foi necessário abrir um acesso à represa.

O intenso incremento do processo industrial e da urbanização das cidades paulistas, ocorridos nas décadas de 1970 e 80, provocou a poluição das águas do Rio Atibaia pelos esgotos domésticos e industriais, o que acabou por tornar a Represa Salto Grande imprópria para banho. A partir de 1982, com a desativação da Praia Azul como ponto turístico, essa região, distante do núcleo urbano, viu estagnar o seu desenvolvimento. Seus moradores começaram a se sentir discriminados pela ausência de infra-estrutura, pela poluição e pela intensificação da prostituição. Vale ressaltar que, ainda hoje, a região é procurada pelos serviços oferecidos por dezenas de profissionais do sexo que se revezam nas esquinas e em cadeiras colocadas estrategicamente na entrada dos inúmeros motéis.

Assim, um novo processo de urbanização e apropriação desse espaço urbano foi iniciado quando da desvalorização dos terrenos em virtude da derrocada do turismo e da conseqüente estagnação no processo de alocação de recursos em infra-estrutura e serviços urbanos básicos. Um intenso fluxo e contra fluxo de moradores fez com que o território apresentasse duas faces renovadas: por um lado, bairros constituídos por chácaras de veraneio, cuja infra-estrutura era bancada pelos próprios

⁴⁵ Informações baseadas em SPERANDIO; SPADACIO, 2009.

⁴⁶ Nesse caso, território não foi grafado em itálico, pois não corresponde a um uso nativo, mas ao uso vulgar do termo como sinônimo à área ou espaço geográfico.

proprietários (poços artesianos, fossas sépticas, etc.), a maioria deles do próprio município; por outro, bairros constituídos por migrantes trabalhadores do próprio município, de municípios vizinhos, e, particularmente, de outros Estados.

Nesse último caso, confirma-se a tendência, apontada em estudos da periferia urbana (ALVES, 2006), de que os grupos de mais baixa renda costumam residir em áreas com más condições urbanísticas e sanitárias e em situação de risco e degradação ambiental, por serem estas as únicas áreas acessíveis. Entretanto, percebe-se acima que a ocupação desse espaço não se deu de forma homogênea, o que acabou por revelar outra tendência apontada por Caldeira (2000) – a da proliferação de condomínios fechados de alta renda em diversas áreas periféricas das cidades.

Desse modo, a Praia Azul configurava-se como um espaço urbano heterogêneo composto pelos seguintes bairros: Balneário Riviera, Balneário Salto Grande, Jardim São Sebastião, Bairro Olho D'Água, Jardim Santo Antônio, Jardim América, Jardim Campo Belo, Jardim São José, Parque Dom Pedro II, Bairro Camargo, Fazenda Santa Lúcia, Remanso Azul, Recanto Azul, Chácara Machado, Residencial Santa Paula, Jardim do Lago, Jardim da Mata, além dos bairros constituídos por chácaras de veraneio e/ou condomínios fechados: Portal dos Nobres, Jardim Imperador, Bosque dos Ipês, Residencial Tancredi e Iate Clube de Campinas.

Como se verá na figura abaixo, os bairros foram categorizados por meio do Índice Paulista de *Vulnerabilidade Social* (IPVS). Esse indicador permite ao gestor e à sociedade uma visão mais detalhada das condições de vida do interior de uma localidade, com a identificação e a localização espacial das áreas que abrigam os segmentos populacionais mais *vulneráveis*, de modo a gerar um instrumento de definição de áreas prioritárias para o direcionamento de políticas públicas⁴⁷ (FERREIRA *et. al.*, 2006).

⁴⁷ Grifo meu.

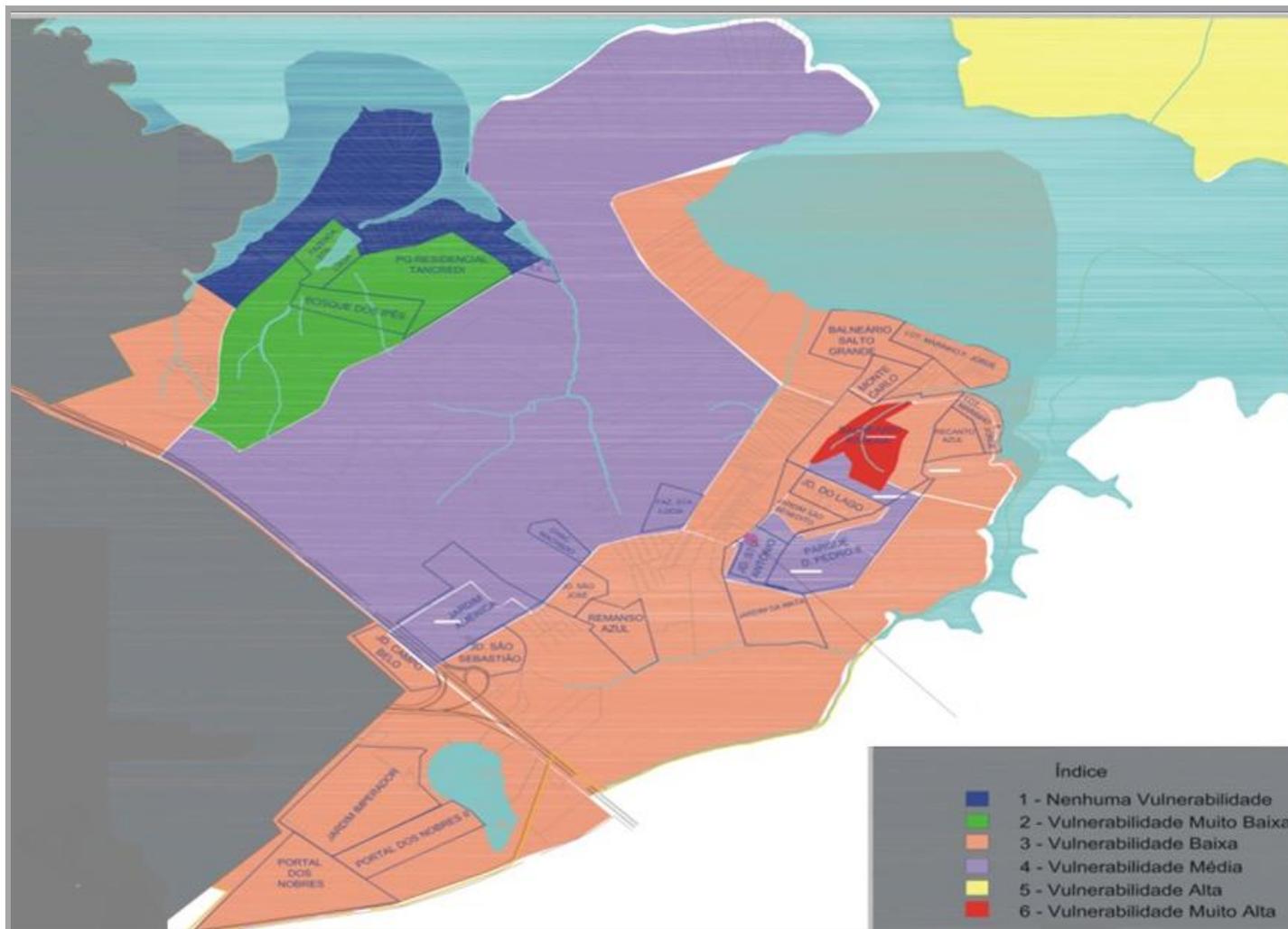


Figura 3.1.3 - Vulnerabilidade Social na Praia Azul
 Fonte: Secretaria de Planejamento e Controladoria da PMA

Com o IPVS buscou-se a criação de uma tipologia que classifica cada setor censitário utilizado pelo IBGE em seis grupos, de acordo com sua maior ou menor exposição à *vulnerabilidade*, a qual, por sua vez, é derivada das dimensões socioeconômica e demográfica da população, agregando aos indicadores de renda, índices referentes à escolaridade e ao ciclo de vida familiar, entre outros. Os bairros categorizados por nenhuma vulnerabilidade (V1) ou por vulnerabilidade muito baixa (V2), além dos bairros Portal dos Nobres e Jardim Imperador (V3), de acordo com a figura, não são abarcados pelo PSF. Entretanto, ainda que sete bairros não sejam atendidos por essa estratégia, aqueles que o são representam 92,28% da população, tendo como base o território do censo de 2000⁴⁸.

No que se refere à saúde, qualidade de vida e implementação do SUS, percebe-se que a situação precedente de abandono, em termos de recursos e investimentos em sua infra-estrutura básica, afetou toda a sua dinâmica. Segundo Antônia – moradora do território desde a década de 1970 – a população acostumou-se a buscar as soluções para suas necessidades fora da Praia Azul. Da atenção primária à terciária, os moradores habituaram-se a procurar o Hospital Municipal para o *pronto-atendimento*, criando uma demanda pelo assistencialismo médico curativo e imediato, o que se refletirá diretamente no deslizamento da lógica de acesso aos serviços, isto é, entre a disponibilidade tecnológica do equipamento de saúde utilizado e a necessidade de atendimento do usuário.

Em 2004, um Fórum da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis⁴⁹ (RMPS), promovido em parceria com a OPAS e OMS, bem como com o departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, apontou a Praia Azul como a área mais *vulnerável* do município, com problemas ambientais e sociais como: falta de saneamento básico, degradação ambiental, falta de pavimentação, prostituição, necessidade de ampliação da rede escolar e adequação dos prédios das Unidades Básicas de Saúde. Ainda hoje a região não tem cobertura integral da rede de esgotos, o que faz com que muitas residências necessitem de fossos sanitários. A pavimentação também continua inconclusa; nos bairros mais periféricos, como o Jardim da Mata, as ruas não são asfaltadas, o

⁴⁸ Dados obtidos junto a Unidade de Estatística e Análise Sócio-Econômica da Secretaria de Planejamento e Controladoria da Prefeitura Municipal de Americana.

⁴⁹ A Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis é uma iniciativa regional do Programa Cidade Saudável. O conceito de cidade saudável nasceu no movimento sanitário do final do século XIX, por meio das cidades-jardim da Inglaterra pós-revolução industrial. Mas, apenas em 1984, no *Beyond Health Care Conference*, no Canadá, a idéia de Cidade Saudável foi mencionada pela primeira vez. Na América Latina, o movimento só teve início na década de 1990. Município Saudável, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), é uma estratégia para promover saúde junto com as pessoas e as comunidades, nos espaços onde elas estudam, trabalham, se divertem, amam e vivem (OPAS, 2002).

que impede a visita dos ACS quando chove. Dentre os vários projetos, a RMPS participa, desde 2006, do Projeto “Ações Intersetoriais para a Saúde: *Promoção da Saúde como Estratégia para o Desenvolvimento Local Sustentável*”, um programa de intercâmbio de conhecimento entre Brasil e Canadá, do qual fazem parte alguns agentes comunitários do PSF local.

3.2. Vulnerabilidade e risco social: classificar para intervir

Antes de aumentarmos o zoom e focarmos o olhar para mais perto da USF e de seu entorno, creio ser necessário problematizar uma categoria que aparece como definidora da implantação do PSF na Praia Azul: trata-se do conceito de *vulnerabilidade*. Como apontado anteriormente, Ferreira (op. cit.) entende a metodologia classificatória por meio da *vulnerabilidade* como um instrumento de definição de áreas prioritárias para o direcionamento de políticas públicas. É preciso pensar, portanto, como e com que finalidade a Saúde Pública e Coletiva se apropriou dessa idéia para embasar o lançamento de “novas”⁵⁰ estratégias.

O termo *vulnerabilidade* tem sido usado freqüentemente na literatura científica, especialmente após a década de 1980, focalizado, principalmente, para a perspectiva de *risco*. O conceito nasceu na área dos Direitos Humanos, tendo sido incorporado à área da saúde a partir dos trabalhos realizados sobre HIV-AIDS (DELOR; HUBERT, 2000; MANN *et al.*, 1993). No final da década de 1980 e início de 1990, a *culpabilização* dos *grupos de risco* da doença, identificados a *estilos de vida* potencialmente perigosos (homossexualismo, uso de drogas injetáveis), repartiu lugar com a *responsabilização* dos sujeitos pela adoção de uma *profilaxia* para os *comportamentos* considerados *de risco*. Em decorrência da proliferação da doença para além dos *grupos de risco*, abriu-se uma brecha para a intervenção da Saúde Pública, no âmbito da Promoção da Saúde, cujo intuito era a adoção de *comportamentos* mais *seguros* por meio da *conscientização* e *co-responsabilização* dos sujeitos por sua própria saúde.

⁵⁰ As estratégias lançadas como novidade, assim como os conceitos explícitos e implícitos nelas, raramente são, de fato, novas. São, na verdade, reformulações, remodelagens, re-significações de uma gramática, cujo léxico é atualizado nos termos utilizados naquele momento.

Todavia, deve-se agregar a essa *vulnerabilidade* individual – que se refere aos comportamentos individuais, bem como ao grau e à qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre os problemas de saúde, sua elaboração e aplicação na prática, - a *vulnerabilidade* social - que avalia a obtenção das informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, o poder de participar de decisões políticas e em instituições e a *vulnerabilidade* programática - que consiste na avaliação dos programas para responder ao controle de enfermidades, além do grau e qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção. Juntas, as três modalidades de *vulnerabilidade* permitem a integralização da análise da situação de saúde e de diferentes possibilidades de *intervenção*, sempre contemplando a *participação ativa* dos indivíduos (AYRES *et al.*, 1999).

Uma vez identificada a *vulnerabilidade* no território Praia Azul, cabia o desenvolvimento de ações que minimizassem o seu impacto e de ações que *empoderassem* seus moradores com os *recursos* necessários para combatê-la. A Estratégia de Saúde da Família seria uma forma de *intervenção* que se justificaria a partir da *classificação* de *vulnerabilidade* de um *território*. O *diagnóstico situacional* empreendido pelos agentes comunitários de saúde durante as *visitas domiciliares* seria uma das ações da *Vigilância em Saúde* para identificar possíveis *riscos* e reavaliar os objetos e os métodos de *intervenção*; já os programas de Promoção da Saúde e *Participação Comunitária* visariam a munir os usuários do SUS com os *recursos*, individuais e coletivos, identificados como necessários para o melhor enfrentamento de condições adversas à sua saúde. Deve-se ressaltar que o “diagnóstico situacional” baseado no “risco” foca-se apenas na demanda identificada por um diagnóstico epidemiológico e que opera por meio de uma atenção diferenciada e fragmentada em ações programáticas em decorrência da maior vulnerabilidade de certos grupos, tais como: diabéticos, hipertensos, idosos, crianças, gestantes, bem como para o controle de endemias (dengue, tuberculose, raiva).

Para que o conceito de *vulnerabilidade* seja operacionalizado, traz ainda agregado as noções de *multidisciplinaridade* e *aprendizagem* – a primeira, para melhor identificar as necessidades da população assistida em todas as suas nuances e para conjugar diversos setores da sociedade na *gestão do cuidado*; a segunda, porque é por processos de *ensino-aprendizagem* que tanto a comunidade quanto os profissionais que atuam nela poderão *prevenir* os *riscos* e adquirir os *recursos* e, conseqüentemente, o *empoderamento* necessário para produzir e reproduzir saúde de forma *auto-gestada*, de modo a melhor equacionar seus

problemas e necessidades. O discurso da “vulnerabilidade” permite uma ligação transversal entre os discursos da Saúde Pública e Coletiva e os da Participação Comunitária, os quais, ao trazerem à tona categorias como “empoderamento” e “protagonismo”, atrelam ainda a noção de *cidadania* ou de “cidadanização” (DUARTE, 1993) do sujeito, tão cara ao movimento de redemocratização da sociedade, dentre eles, o Movimento de Reforma Sanitária. A idéia do “protagonismo” apresenta-se como a pedra de toque das políticas de Promoção da Saúde, a qual visa à transformação de seus usuários em “sujeitos saudáveis”.

Percebe-se que ao classificar um “território”, um grupo ou um indivíduo como “vulnerável”, estes são fragilizados e suscetibilizados a fim de que se justifiquem as ações de intervenção. Subjacente ao conceito de “vulnerabilidade” encontra-se o projeto de fabricação de um usuário “empoderado”: um “cidadão” ativo e “consciente”, não apenas de seus direitos, mas, principalmente, de suas responsabilidades. O que se percebe, todavia, é que o uso desse conceito se dá de forma tão naturalizada que nem seus próprios multiplicadores têm idéia do projeto de construção do sujeito por detrás dele ou, quando o têm, apenas o enxergam em suas potencialidades e não em suas incongruências. É o que veremos mais adiante ao tratarmos dos projetos de educação continuada e, mais especificamente, do Projeto de Ações Intersetoriais para a Promoção da Saúde (AIPS).

3.3. A USF e sua Malha Institucional

Após localizar o município e o “território” no qual realizei minha pesquisa, acredito que seja fundamental, ainda que brevemente, descrever os principais espaços físicos e relacionais da USF, bem como seus espaços descentralizados, a fim de traçar uma cartografia da Estratégia de Saúde da Família na Praia Azul, de maneira a contemplar sua estrutura organizacional e seu funcionamento, bem como suas relações com equipamentos públicos de assistência social e de educação.

O PSF na Praia Azul compreendia quatro espaços fixos: duas Unidades de Saúde da Família (onde atendiam os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), uma Casa de Apoio aos ACS, também chamada de “Casinha dos Agentes” e uma Unidade de Saúde Bucal (onde atendiam o dentista e seu auxiliar). Entretanto, para além desses espaços oficiais, a estratégia baseava-se em linhas e teias que buscavam a interconexão de indivíduos, famílias, residências, espaços públicos e serviços em uma grande rede intersetorial composta

por: centros comunitários, conselho tutelar, escolas, delegacia da mulher, creches, vigilância sanitária, secretarias municipais, etc., dependendo da necessidade da família em questão.

O Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), por exemplo, desenvolvia trabalhos sócio-educativos para crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, por meio de ações que objetivavam o incentivo ao *protagonismo* e ao fortalecimento de *vínculos* familiares e comunitários. Os ACS utilizavam-se frequentemente desse espaço, especialmente, no que se referia à distribuição de cestas básicas para as famílias mais carentes e para o preenchimento da solicitação de medicações de Alto Custo.

As escolas mantinham um diálogo constante com o PSF e, mais especificamente, com o Projeto AIPS, solidificando a transversalidade e a complementaridade entre os setores de saúde e educação. O Projeto de Alfabetização de Adultos “ABC”, idealizado e desenvolvido por dois agentes comunitários, tinha como sede um espaço cedido pela Escola Estadual (o Centro Lúdico), assim como o Projeto “Cinema para Todos”. Ambos tratavam-se de iniciativas pessoais de agentes comunitários das duas ESF da Unidade de Saúde Drº Pirajá da Silva convencidos de seus papéis enquanto multiplicadores do ideal da Promoção da Saúde. Por outro lado, também as escolas demandavam o apoio constante das USF para a educação sanitária das crianças, especialmente, para palestras de saúde bucal e palestras preventivas contra o uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas. Além disso, mantinha convênios com o CRAS para a realização de palestras acerca de violência doméstica e gravidez na adolescência.

A Praia Azul tinha três ESF em atuação, uma locada na USF do Jardim América II e duas locadas na USF “Drº Pirajá da Silva”, a qual serviu como sede para essa pesquisa. A Unidade de Saúde da Família Drº Pirajá da Silva localizava-se no bairro Balneário Salto Grande (vide mapa p. 62) e ocupava quase a totalidade de um pequeno e irregular quarteirão, em frente à Praça Antônio Leite de Camargo e praticamente as margens da Represa Salto Grande. Em seu entorno encontravam-se as últimas ruas asfaltadas desse bairro. Sua fachada dava de frente para um ponto de ônibus – o ponto final do itinerário Praia Azul, e também para o único hotel da região que sobrevivera desde a época dos tempos áureos do turismo: o Hotel e Restaurante do Chico - um dos parceiros da Secretaria de Saúde para a locação de espaços e refeições para eventos neste “território”.

O atendimento da USF Drº Pirajá da Silva funcionava de segunda à sexta-feira, das 07h às 12h e das 13h às 17h. As atividades desenvolvidas na Unidade ou por seus

profissionais, além das consultas agendadas eram: segundas-feiras às 9h – Oficina da Alegria (coordenada por três ACS; realizada na “Casinha dos Agentes”); segundas-feiras às 14h – Reunião de Equipe (coordenada pelos enfermeiros; realizada na sala de reuniões da USF); terças-feiras das 9h às 10h30 – Oficina ABC (Oficina de Alfabetização de Adultos realizada por dois ACS no Centro Lúdico do bairro); quartas-feiras às 8h – Grupo de Caminhada (coordenado por uma educadora física, na Praça Antônio Leite de Camargo); terças e sextas-feiras das 7h às 8h30 – Coleta de Exames Laboratoriais (realizada pelos enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem); quartas-feiras a partir das 13h – Exame de Prevenção de Colo do Útero (realizado pelas enfermeiras); terças e quintas-feiras (visitas domiciliares realizadas pelos médicos e enfermeiros).

A Unidade não possuía letreiro: apenas o símbolo do PSF e o nome do mesmo, pintados sobre as paredes externas - de uma espécie de amarelo ocre, parcialmente desbotadas - que circunscravam a porta de entrada. Nesta, encontravam-se informes sobre o horário de funcionamento da Unidade e de seus principais serviços, além de cartazes da Secretaria Municipal de Saúde e do Ministério da Saúde. Outra entrada, pelos fundos, era exclusiva dos profissionais, os quais, normalmente, preferiam adentrar pela lavanderia e chegar diretamente à cozinha a ter de cruzar a sala de espera dos usuários. A Unidade era cercada por um alambrado e, nos fundos, fazia divisa com uma minúscula pracinha. Na verdade, tratava-se do fim de um quarteirão em formato de “V”, no qual havia uma grande árvore frondosa - utilizada para sombrear as profissionais do sexo que a utilizavam como “ponto”.

No andar térreo tinha-se, pelo lado direito: uma sala de coleta de exames laboratoriais, uma pequena farmácia e uma sala de vacinação; pelo lado esquerdo, o balcão da recepção e a sala de espera dos usuários. Além disso, entre a recepção e a sala de espera havia um pequeno *hall* que dava acesso às duas salas de atendimento médico e à sala de reuniões. Apenas um metro adiante da sala de vacinação, havia uma escada que nos remetia ao subsolo. Nele estavam dispostas, pelo lado esquerdo, uma sala de esterilização e um sanitário exclusivo para os funcionários; pelo lado direito, uma cozinha e uma lavadeira, a qual dava acesso ao quintal com inúmeros varais e, em seguida, ao portão dos fundos.

A sala de coletas laboratoriais era também utilizada como sala de observação, na qual estavam dispostas duas macas, duas cadeiras de plástico brancas, dois suportes para o antebraço – utilizado nas coletas de sangue - e um pequeno armário de aço, no qual eram guardados os materiais necessários para os procedimentos de enfermagem: seringas, agulhas,

luvas descartáveis, aparelho para medir pressão e para exame de dextro⁵¹, entre outros. Esta sala permanecia fechada e só era ocupada em dias de coleta ou para pronto-atendimento. Os exames eram realizados apenas por solicitação médica e em dias pré-estipulados. Os resultados, normalmente, eram entregues apenas na data de retorno da consulta ou, quando a marcação desta dependia do resultado, eram entregues pelos ACS, que já alertavam o usuário para a necessidade ou não de marcação da mesma. Além disso, com a recente aquisição de um *software*, os exames ficavam disponíveis em um banco de dados virtual na internet e podiam ser impressos antes da consulta, em qualquer Unidade na qual o usuário viesse a ser atendido. O usuário também podia acessá-lo pelo site www.labfusame.com.br mediante uma senha de acesso que lhe era entregue no momento da coleta do exame. Esta prática visava a evitar o desperdício de papel e tinta e estava diretamente relacionada com a noção de “desenvolvimento sustentável”, muito em voga nas políticas públicas atuais. Ainda visando ao combate do desperdício, a Secretaria pretendia adquirir um notebook para cada médico, a fim de que nem mesmo houvesse a necessidade de impressão dos exames.

A farmácia media cerca de seis metros quadrados e tinha acoplado na própria porta um pequeno dispositivo que servia de balcão. Havia prateleiras dispostas em todas as suas paredes, nas quais eram armazenados os medicamentos disponibilizados gratuitamente pelo SUS aos usuários. Um auxiliar de enfermagem ficava de plantão, recostado em uma cadeira e com uma prancheta em mãos, na qual anotava os medicamentos dispensados para cada usuário, a data e a quantidade. Além disso, ele era o responsável por receber, catalogar e arrumar as medicações que chegavam da farmácia central, bem como por solicitar novos pedidos a um dos dois coordenadores das ESF. Os usuários, ao saírem da consulta, já podiam, mediante apresentação da receita, solicitar a medicação na farmácia. As medicações de uso contínuo, tais como medicações para hipertensão e diabetes, eram dispensadas até seis meses após a emissão da receita. Contudo, esses usuários dificilmente retornavam após a primeira dispensação, uma vez que os próprios ACS se encarregam de entregá-la nos meses subsequentes.

A sala de vacinação era composta por: uma mesa branca retangular, dois bancos de plástico, uma poltrona preta no estilo semi-leito com apoio para antebraço, uma maca e uma geladeira, na qual eram armazenadas as vacinas. Nesta sala eram realizados os procedimentos de imunização, além de medicações intramusculares e intravenosas. As

⁵¹ Dextro é como é chamado o exame de sangue, realizado com um aparelho digital, para se medir a quantidade de glicose no sangue, especialmente nos pacientes já diabéticos e que estão fazendo o controle da glicemia.

paredes estavam decoradas com motivos infantis e comportavam, ainda, dois murais com: informações acerca das vacinas recomendadas para cada fase da vida, orientações gerais sobre os procedimentos, contra-indicações e efeitos colaterais, bem como a divulgação de campanhas, caso houvesse uma em vigor. Os procedimentos acima eram realizados pela técnica de enfermagem, desde que houvesse na Unidade um médico ou uma enfermeira como responsável. Por algumas vezes, presenciei a recusa do atendimento de crianças que vieram para a vacinação, pois a USF encontrava-se, naquele dia, sem médicos de plantão e com as duas enfermeiras fazendo cursos promovidos pela Secretaria de Saúde.

A recepção era constituída por um balcão de concreto que circundava um espaço de cerca de dez metros quadrados, com uma entrada lateral, exclusiva para as recepcionistas. Sob o balcão, duas mesas retangulares – em uma delas estavam dispersas as agendas dos médicos, o dispensador de senhas, fichas de atendimento, prontuários e material básico de escritório (canetas, lápis, borrachas, clipes, grampeadores, etc.), além de um telefone que tocava insistentemente, quando não havia nenhum funcionário “pendurado” nele; na outra, havia um computador e uma impressora. Encostados na parede distal estavam os armários de aço estilo arquivo, nos quais eram armazenados os prontuários das famílias cadastradas no PSF. Estes eram dispostos pela numeração da família e não do usuário individual, como ocorria nas Unidades Básicas de Saúde. Na recepção trabalhavam duas recepcionistas e um ACS – os quais se revezavam nessa ocupação de acordo com uma escala.

Ressalto que apenas os prontuários das famílias cadastradas e que recebiam a visita mensal dos ACS é que estavam dispostos nos arquivos. Para os usuários não cadastrados: por terem se mudado para a Praia recentemente, por recusarem as VD, por residirem em área não coberta pela estratégia ou por estarem apenas em visitas familiares, a Unidade dispunha de “fichas brancas” – uma espécie de mini prontuário individual que diferia dos prontuários familiares e eram armazenados, sem uma organização definida, em meio a papelada e as bolsas nos armários da sala de reuniões. Esse procedimento foi uma forma de “dar um jeitinho” para não negar assistência à saúde a indivíduos que, se se seguissem à risca os protocolos, não teriam direito ao atendimento na USF, mas somente nas Unidades Básicas de Saúde.

A recepção era o local mais movimentado da USF, especialmente, em dias de coleta laboratorial e marcação de consultas, o que acabava por gerar uma grande fila de espera para fora da Unidade, uma vez que a recepção era praticamente na porta de entrada. O

agendamento de consultas era feito apenas no primeiro dia útil do mês, referente ao mês posterior; desse modo, o tempo máximo de espera por uma consulta era de sessenta dias. Esse procedimento, em conjunto com as visitas domiciliares, desafogava todos os outros dias do mês com uma possível demanda espontânea, reorientando a demanda por meio da oferta organizada, exceção feita para os casos que necessitavam de pronto-atendimento. Era perceptível que as visitas domiciliares dos ACS diminuam a necessidade de atendimento de muitos usuários, especialmente daqueles cuja necessidade era mais de “acolhimento” do que de uma resolução para uma problemática específica. Este fator, somado a entrega de exames e medicações pelos próprios ACS, contribuía para que o fluxo de usuários fosse pequeno dentro da Unidade.

O grande problema do agendamento de consultas tem sido a grande porcentagem de faltas que, atualmente, gira em torno de 40%. Esse fato nos revela o peso de enfrentar uma tradição consolidada no assistencialismo médico imediato transportado da lógica privada, o que criou uma demanda infinitamente superior pelo pronto-atendimento. O pronto-atendimento no território Praia Azul era feito na Unidade de Saúde São José; entretanto, em decorrência do desconhecimento da população, muitos acabavam procurando a USF. Nesses casos, a equipe de enfermagem fazia um pré-atendimento e triava os usuários (cadastrados e não cadastrados) de acordo com suas necessidades: alguns eram encaminhados para a sala de observação, outros para as salas de consultas médicas, outros ainda aguardavam pelo serviço de ambulâncias para que fossem encaminhados para unidades de saúde mais especializadas, geralmente, para o Hospital Municipal. O pronto-atendimento estava previsto nas normas que regem o PSF, entretanto, apenas para situações que se adéquem aos parâmetros que configurem urgência e emergência. E aqui reside um dos descompassos entre a percepção institucional do que sejam emergência e urgência e a percepção dos usuários em situação de sofrimento.

Esses descompassos eram responsáveis por conflitos entre profissionais de saúde e usuários: de um lado, uma população que exigia a quebra de protocolos em decorrência de uma manifestação de mal-estar, desconforto ou doença; de outro, trabalhadores pressionados pelo molde institucional diversificado de cada equipamento de saúde, mas que precisavam ter o “jogo de cintura” necessário para não descontentar a população e, conseqüentemente, impedir alvoroços na mídia decorrentes de alegações de negligência e recusa de atendimento.

A sala de espera era composta por duas dezenas de cadeiras de plástico brancas, um bebedouro e um sanitário. Ela contava com uma pequena porcentagem de ocupação e, muitas vezes, encontrava-se praticamente vazia, o que parecia favorecer a quase total falta de interação entre os usuários que ali aguardavam sua consulta. Percebia-os apáticos, inertes, passivos e submissos, à espera do serviço que lhes seria prestado – isso se revelava na própria postura corporal, nos olhares baixos, nas roupas sóbrias. Nas paredes encontravam-se alguns murais com informações úteis aos usuários, tais como: horários de ônibus, telefones dos principais serviços públicos de saúde, informações sobre sintomas e modos de transmissão de doenças (dengue, tuberculose) e cartazes sobre eventos de promoção da saúde (grupos de gestantes, programa antitabaco, etc.).

As salas dos médicos eram privativas destes, exceção feita à coleta do exame preventivo de colo de útero (papanicolau) e a esporádicos atendimentos de enfermagem – os quais, mesmo assim, somente ocorriam na ausência deles. Além disso, essas salas não eram apenas de atendimento, mas local de estudo e descanso destes profissionais, bem como um local onde podiam não só guardar como expor seus objetos pessoais, tais como retratos, bibelôs, livros, etc. No primeiro momento de campo, estas salas eram para mim como caixas fortes – nada se via, nada se ouvia e não se podia adentrá-las. A forma que encontrei para sondá-las melhor, já que eu não havia sido autorizada para acompanhar as consultas médicas, foi solicitar uma consulta para mim mesma. Durante quarenta minutos, observei a sala e dialoguei com o médico de família. Ainda que eu não fosse uma usuária comum do Programa, resolvi levar o atendimento adiante, marcando um retorno alguns meses depois. A partir dessa experiência, procurei trocar informações com outros usuários e profissionais, no intuito de melhor apreender o formato das consultas médicas nessa Unidade.

Contudo, não havia um formato de atendimento médico para a USF, pois cada um dos sete médicos que passaram por lá nos últimos dois anos tinham seu modo particular de prestar assistência. O médico que me atendeu e demorou quarenta minutos para sondar uma queixa de insônia, também se demorava de vinte a trinta minutos para sondar queixas de resfriado à obesidade. Em virtude de sua formação como clínico geral e nutrólogo, ele tinha outra abordagem do processo saúde-doença e procurava solucionar as queixas não apenas com medicação, mas, especialmente, por meio da mudança de hábitos alimentares e busca por uma vida mais espiritualizada. Carismático, havia ganhado a simpatia de seus pacientes, mas sofria resistências pela forma com que conduzia as consultas. Por outro lado, Dr^a Marluce, clínica geral, plantonista do Hospital Municipal, já tinha passado por quase todas as UBS e

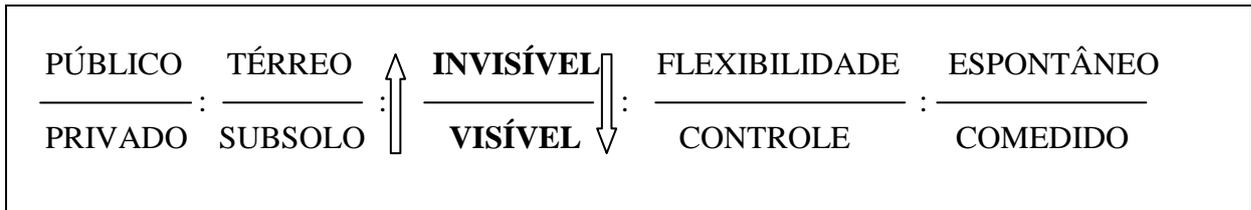
USF da cidade, e sempre precisava ser remanejada pelas queixas e pelo descontentamento que gerava por suas consultas rápidas e desinteressadas e por uma personalidade um tanto fria e grosseira. Eu a conheci na cozinha e devo ter trocado com ela apenas meia dúzia de palavras superficiais; as informações acima foram prestadas por alguns ACS, por dois usuários que conheci nas VD e me disseram ter verdadeiro pavor dela e pela própria Coordenadora do PSF, quem constantemente era solicitada a prestar esclarecimentos sobre sua conduta.

A sala de reuniões era um depósito de toda a papelada burocrática utilizada para o serviço: diferentes fichas, memorandos, folhetos, material de escritório cediam espaço, nos armários, a dezenas de bolsas pessoais das funcionárias. Ali havia uma grande circulação de profissionais, especialmente de agentes comunitários de saúde, e um constante burburinho abafado. Um comércio clandestino de semi jóias e de produtos de beleza vendidos por catálogo parecia ser o principal chamariz daquele espaço, os quais eram rapidamente escondidos quando se percebia a aproximação de algum gestor da Secretaria Municipal de Saúde. Assim como a sala de espera, esse local aparentava certa monotonia e inércia. As enfermeiras, as quais usufruíam mais desse espaço, pareciam se misturar a ele e nele se perder, dando a impressão de indolência e preguiça (friso que essa era a impressão que me causaram naquele momento).

No subsolo merece destaque a cozinha – local com o maior fluxo de profissionais da Unidade. Este local, assim como a sala de reuniões, também era privativo dos profissionais da Unidade e, portanto, sem qualquer acesso do público. Entretanto, diferentemente da espontaneidade que aparentavam no andar superior, as conversas na cozinha estavam impregnadas de meias palavras, de olhares desconfiados, de expressões dúbias, bem como de um discurso sempre mais elaborado e refletido. Não se falava sem pensar, como se fosse preciso se proteger de escutas nas paredes. Parece haver aqui um paradoxo interessante se trouxermos à tona, novamente, a questão do par visibilidade-invisibilidade.

Pelo que foi relatado anteriormente, pudemos perceber que os profissionais preferiam adentrar a Unidade pelas portas do fundo, ou seja, entrar de modo “invisível” ao público e “visível” aos outros profissionais. Entretanto, vimos que, no subsolo, eles se comportavam de maneira mais austera e comedida, em detrimento de seus modos mais espontâneos no térreo. Desse modo, parece-me que, entre seus pares, lançavam mão de um “artefato de visibilidade” (STRATHERN, 2000) no qual se mostravam sem, contudo,

mostrarem-se realmente; isto é, exerciam o controle sobre aquilo que tornavam visível. No andar térreo, onde o privado se mesclava com o público e o risco de publicização era maior, a necessidade de esconderem-se acabava por flexibilizar o controle sobre a visibilidade. Teríamos assim o seguinte croqui relacional:



O espaço físico da USF Dr^o Pirajá da Silva tem sido objeto de muitas reclamações por parte dos profissionais de saúde, pois eles argumentam que ela é muito pequena para os vinte e dois funcionários lotados nela: a sala de reuniões não acomoda todos os funcionários; a cozinha só comporta quatro pessoas por vez; só há um sanitário privativo; não há sala disponível para o atendimento da enfermagem, pois os dois consultórios são para uso médico, dadas as devidas exceções; e as duas equipes não podem fazer reuniões separadas, pois a sala de reuniões é de usufruto de todos. Além disso, existe a questão da distância entre a área de abrangência da equipe dois e a USF. A Secretaria de Saúde, após quase quatro anos de reclamação, está adequando uma antiga residência para o estabelecimento provisório da equipe dois, até que se construa uma nova Unidade de acordo com os parâmetros necessários.

Merece ainda destaque um local *sui generis* encontrado em campo, qual seja a “Casinha dos Agentes”, localizada a cerca de duas quadras da USF. Esse espaço pertencia a Secretaria de Meio Ambiente e tinha sido utilizado pela Secretaria de Planejamento quando da elaboração de um projeto para a reestruturação ambiental dessa região, o qual acabou por ser engavetado posteriormente. Foi utilizado também pelos técnicos e colaboradores da RMPS quando avaliaram este “território” para a implantação do projeto-piloto do PSF no município. Quando a segunda ESF foi lotada nessa USF, o espaço se tornou pequeno para o número de funcionários. Destarte, os doze agentes comunitários de saúde foram sediados nessa Casa de Apoio, onde realizavam suas refeições, guardavam seus pertences, discutiam casos de usuários e procuravam compartilhar procedimentos e soluções; também era nesse espaço que

ouviam músicas, colocavam a fofoca em dia, faziam as unhas, “chapinha” e escova, davam toques de maquiagem, combinavam churrascos e festas, entre outras atividades.

Esse espaço era ainda objeto de disputa dos ACS, os quais, além de estarem divididos em duas ESF, também se auto-dividiram entre os *idealistas* e os *pés-no-chão*. Como veremos adiante, dentre os *idealistas* estavam aqueles que haviam aderido, espontaneamente, a projetos transversais ao PSF, tais como a Alfabetização Solidária, a Escola da Família e o Projeto AIPS. Eles eram vítimas constantes de olhares desconfiados e desaprovadores dos outros, os quais achavam que a extrapolação do horário de trabalho com assuntos direta ou indiretamente relacionados a ele, era apenas uma forma de “chamar a atenção” e “tirar vantagem”. Os *pés-no-chão* são aqueles que não se converteram ao conceito PSF e que apenas continuam no emprego pelas vantagens que ele oferece: estabilidade por ser um funcionário público, salário e cesta alimentação que somam cerca de R\$1.100,00 mensais, convênio médico, entre outros.

Se os *idealistas* são sujeitos reivindicatórios em prol da comunidade a que assistem, os *pés-no-chão* são sujeitos reivindicatórios de seus próprios direitos. Eles contestam a exigência da presença diária na USF, o horário rígido de trabalho, que é incongruente com a necessidade de cobertura mensal total da micro-área de abrangência, e reivindicam a construção de outra USF para sediar os integrantes da equipe dois, cuja área de abrangência dista cerca de dois quilômetros da USF Dr^o Pirajá da Silva. Para a ACS Bianca é um transtorno ter de “*mostrar a cara todos os dias para a coordenadora*”. “*Eu moro longe, não tenho carro e faço uma longa caminhada para chegar aqui e logo ter de voltar para a minha área. Quando chego lá já estou cansada e desmotivada para fazer as VD. Acho isso um absurdo, mas a gente reclama e ninguém faz nada*”.

Segundo o ACS Maurício, a jornada de trabalho deles também é um impeditivo para o desempenho do trabalho. “*Com um horário fixo fica difícil da gente atender todas as famílias; a maioria só está em casa à noite, mas nosso horário é das oito às cinco. Seria bom se cada um fizesse seu próprio horário, mas a Secretaria não quer se responsabilizar por acidentes de trabalho que possam ocorrer fora do período estipulado, e tem a coragem de dizer que acidentes ocorrem independente de estarem trabalhando ou não. Quando o calo aperta eles pedem para fazermos VD à noite ou aos sábados, além do horário normal. Isso eu não faço não – ou o horário é fixo ou livre, hora extra é que não vou fazer só porque eles não*

querem perder as verbas lá do Ministério⁵². Eles só sabem exigir, mas respaldo que é bom não dão. Estou prestando vários concursos melhores para tentar sair daqui. Trabalho nisso há quatro anos e não agüento mais.”

A Unidade de Saúde Bucal era outro espaço descentralizado da USF, distando dela um quilômetro e meio. Ao lado do CRAS e defronte da Escola de Educação Municipal, sua localização era considerada como privilegiada e, por isso mesmo, também vinha sendo foco de disputas. Em primeiro lugar, porque a distância servia de justificativa para a dentista e sua auxiliar não freqüentarem as reuniões de equipe. Em segundo lugar, porque ela se situava praticamente no término da área de atuação da “equipe um” da USF Drº Pirajá da Silva, e início da área de atuação da “equipe dois”, o que fazia com que esta última reivindicasse esse espaço como sede de apoio, o que eliminaria a necessidade de caminhar três quilômetros todos os dias apenas para marcar presença na Unidade.

A Unidade de Saúde Bucal era constituída por: uma sala de espera, na qual havia dois sofás de couro preto sintético, uma mesinha de centro com um vaso de flores artificiais e um quadro abstrato; um sanitário unissex; um pequeno lavatório com espelho, onde as profissionais ensinavam técnicas de escovação e de uso do fio dental aos seus usuários; e a sala de procedimentos odontológicos, na qual havia uma “cadeira de dentista” branca, dois armários de inox com toda a parafernália instrumental deste profissional, uma mesinha de telefone e uma cadeira para a auxiliar de dentista.

A USF Jardim América II comportava a terceira equipe de Saúde da Família da Praia Azul. Ela se situava praticamente às margens da Rodovia Anhanguera e prestava assistência aos bairros situados antes da Rua Maranhão – a principal rua de acesso à Represa e onde se situava o centro comercial do território. Era uma Unidade pequena e com uma ocupação mínima por parte dos usuários, especialmente, porque ela ficava bem mais próxima da UBS e da UPA do bairro São José do que a USF Drº Pirajá da Silva. O grande atrativo desse PSF eram os cursos diários de artesanato oferecidos à população, bem como o bazar que existia na própria Unidade e que comercializava aquilo que se produzia durante os grupos. Os grupos eram conformados majoritariamente por mulheres entre dez e setenta e cinco anos. As atividades realizadas eram: pintura em tela, pintura em tecido, crochê, tricô, confecção de

⁵² Existe uma exigência para o repasse de verbas integral do Ministério da Saúde de que, no mínimo, 90% das VD sejam realizadas.

sabonetes, oficina de culinária e oficina de papel reciclado, algumas das quais em parceria com o CIEP.

A cartografia dos espaços que compõem a malha relacional da Estratégia de Saúde da Família da Praia Azul nos dá idéia das relações estabelecidas entre os equipamentos públicos de saúde e de áreas afins, bem como da apropriação desses espaços por alguns dos atores envolvidos na tecitura dessa rede ainda tão tênue. No capítulo seguinte, tentarei mostrar as relações entre os saberes e as práticas desses atores conjuntamente com os usos que fazem, em maior ou menor grau, dos espaços descritos anteriormente.



★	Praça Antônio Leite de Camargo	★	CRAS
★	Equipamentos Públicos Educacionais (CIEP e Centro Lúdico – da esq. para a dir.)		
★	Equipamentos Públicos Sanitários (USF Jd. América, UBS e UPA São José, Unidade de Saúde Bucal, USF Drº Pirajá da Silva e “Casinha dos Agentes” – da esq. para a dir.)		

Figura 3.3.1 - A Malha Institucional da Estratégia de Saúde da Família na Praia Azul

Fonte: Secretaria de Planejamento e Controladoria da PMA (com adaptações)

4. PRÁTICAS E SABERES NO CAMPO

A área de saúde é uma arena de disputa entre vários atores sociais com interesses próprios, nem sempre convergentes, dentre eles os usuários e os trabalhadores da saúde. Neste capítulo irei discorrer sobre as diferentes formas de atuação dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional de Saúde da Família a partir e para além dos protocolos estabelecidos e na complexa rede de relações que se estabelecem entre suas práticas e seus saberes, bem como entre modelos de atenção em saúde diversos e, por vezes, contraditórios.

Veremos, por exemplo, por meio da descrição e análise de alguns atendimentos observados durante o meu acompanhamento das visitas domiciliares, que as concepções de cada um acerca de saúde e doença são uma causa constante de conflito entre usuários e profissionais, pois se baseiam em pontos de vista e visões de mundo dessemelhantes. Veremos também que o modelo explicativo que informa cada categoria profissional pode não ser convergente dentro da própria equipe, e que na USF convivem modelos contraditórios que ameaçam a solidificação do PSF como modelo organizativo da atenção básica. Além disso, verificaremos que os usuários se apropriaram, ao longo do tempo, de práticas de assistência médica e que, em decorrência disso, criaram uma demanda própria que também é díspar com a força motriz do PSF. Todavia, a operacionalização e o uso que os usuários fazem daquilo que se apropriaram segue uma lógica completamente diversa da lógica original, o que faz com que os trabalhadores acusem, explícita ou veladamente, a “ignorância” da população.

4.1. Os fluxos e contra fluxos da equipe multiprofissional do PSF

As equipes do PSF constituíam-se por quatro categorias profissionais agrupadas em duas sub-equipes: os profissionais médicos, os profissionais enfermeiros e os profissionais técnicos compunham a equipe mínima dos profissionais da saúde, enquanto os agentes comunitários compunham a equipe intermediária entre o saber perito dos primeiros e o saber leigo dos usuários. De um lado, os profissionais mais especializados e de nível universitário ou técnico do programa; de outro, os ACS – profissionais com poucas horas de capacitação na área da saúde e membros da comunidade. Havia, desse modo, a convivência de uma pretensa equipe igualitária apregoada pelos ideais de interdisciplinaridade da Promoção

da Saúde, que supunha uma coordenação tendencialmente horizontal dos saberes envolvidos de modo a evitar a preeminência explicativa de um saber sobre os outros, mas que, na verdade, era ainda uma equipe hierárquica tributária da conformação biomédica; e uma equipe igualitária de fato, conformada apenas pelos agentes comunitários de saúde, tributária da conformação do PACS.

4.1.1. *Os profissionais médicos*

Os profissionais médicos eram contratados, majoritariamente, para prestar assistência clínica aos usuários mediante marcação prévia de consultas e para efetuar por, pelo menos uma vez na semana, visitas domiciliares aos usuários acamados identificados pelos ACS. O preconizado é que fossem contratados médicos de família, mas, em decorrência das dificuldades encontradas para reter esse profissional no sistema público de saúde, a maioria dos profissionais que adentrava o SUS por meio de concurso público municipal era clínico geral. Ainda assim, por meses durante a pesquisa de campo, acompanhei editais serem abertos e prorrogados sem que sequer houvessem inscritos. Ressalto que, com raras exceções, os médicos contratados possuíam consultórios privados e/ou acumulavam vários empregos públicos, especialmente, como plantonistas em hospitais. Desse modo, eram, em sua ampla maioria, informados pela lógica da atenção secundária e sua passagem pela atenção primária era, quase sempre, temporária. Salários incompatíveis, exigência de cumprimento de uma jornada mínima de trabalho, distância geográfica e cultural dos assistidos e desorientação com relação à semântica da atenção primária eram alguns dos motivos que geravam descontentamento entre os profissionais médicos e explicavam a alta rotatividade no sistema.

Dr^a Rose, médica do PSF durante três anos, explicou que estava se demitindo para abrir uma clínica de exames diagnósticos, pois tinham feito especialização na UNICAMP em radiologia e, para ela, era muito difícil ver que os pacientes da saúde pública não respondiam ao tratamento: *“eles não tomam a medicação do modo como você prescreve, só tomam quando estão se sentindo mal, depois param; não cuidam da alimentação, não fazem os exames solicitados. Cansei de tentar mudar a cabeça deles, de tentar ajudar”*. Percebemos que a idéia que se tinha da doença, de um e de outro lado, servia como mediadora das relações e dos conflitos. Enquanto a médica pensava a doença em sua cronicidade e na necessidade contínua de tratamento para a recuperação e para a manutenção da saúde, os usuários

pensavam a doença enquanto um evento temporário, que deveria ser tratado apenas enquanto o afligisse.

Dr^a Márcia, quem veio a ocupar a vaga deixada pela Dr^a Rose, disse que a atual USF da Praia Azul havia sido uma UBS; portanto, a população ainda não tinha se habituado à mudança e nem entendido a dinâmica de funcionamento da rede hierarquizada do SUS, na qual cada equipamento era responsável por atender uma demanda específica. Dr^a Márcia, médica de família e especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (campus Sobral), afirmava que era preciso implementar ações para orientar a população (tais como o Mapa Vivo e Fórum do PSF) e melhor capacitar os profissionais. Além disso, dizia ser *”mister uma renovação da estratégia de Saúde da Família na Praia Azul para eliminar a coexistência de um PSF e um não-PSF no mesmo espaço. Os enfermeiros precisam fazer especialização em Saúde da Família, precisam aprender sobre gestão... Precisamos reativar os grupos de Promoção da Saúde, as reuniões de equipe...”*.

Logo após a entrada da Dr^a Márcia, a ESF passou por um período de euforia. Na primeira semana de trabalho, ela reativou as reuniões de equipe semanais, com a participação de todos os funcionários (com exceção de dois que ficariam de plantão na Unidade), bem como de um gestor da Secretaria de Saúde, sempre que possível; propôs a transferência para a USF de uma recepcionista com larga experiência nos trâmites da Estratégia de Saúde da Família e interveio junto a Secretaria de Saúde para a contratação de mais um médico e um enfermeiro para completar o quadro funcional da segunda ESF. Além disso, incentivou os enfermeiros a melhor se capacitarem para exercerem os cargos de coordenação, motivando-os a procurar uma especialização em Saúde da Família à distância, bem como cursos de liderança e motivação.

A primeira reunião dessa nova equipe multiprofissional teve três horas de duração. Iniciava-se aí um processo de avaliação, discussão e negociação que parecia mais aberto e horizontal, no qual se *“dava voz a todos os atores”* e cujo intuito era o de reconfigurar a estratégia de Saúde da Família nesse “território”. Muitas mudanças foram propostas, pelos mais diferentes atores, a fim de readequar o PSF à atenção básica de saúde. Procedimentos foram alterados e dois dos grupos de promoção da saúde foram reabertos com a participação do outro médico contratado: o de gestantes e o antitabaco.

Também foi colocado em pauta a falta de recursos públicos para a manutenção da *Oficina da Alegria* – um grupo de artesanato que visava à integração e ao

compartilhamento de experiências entre pessoas que estavam passando por processos depressivos. Esse grupo vinha sendo mantido, há anos, com recursos dos próprios agentes comunitários de saúde. A médica elogiou os ACS por tentarem manter a oficina viva por todos esses anos, mas disse que eles já estavam cansados de a *“levarem financeiramente nas costas”* e que era preciso encontrar uma solução urgente. Esse grupo foi extremamente estimulado quando da implantação do projeto-piloto do PSF na Praia Azul e recebeu subsídios durante alguns anos. *“Antes, até camisetas nós tínhamos e muita gente participava. Tiramos muita gente da depressão e saímos até no jornal... Hoje, tem dia que aparecem duas pessoas, tem dia que aparecem três. A higiene da “Casinha” precisa ser mantida por nós mesmos e os materiais também precisam ser comprados por nós. Está insustentável!”*

Além disso, foram propostas alterações nos procedimentos de coleta de exames, entrega de resultados, armazenamento de fichas, cadastramento e descadastramento de famílias, agendamento de consultas, atendimento preferencial, entre outros. Para a coleta de exames, foi proposto que se designasse um funcionário responsável por identificar, na fila, usuários que se encontravam ali para fazerem exame de urina, de modo a orientá-lo acerca dos procedimentos para a coleta (uma vez que há muita contaminação do material por desconhecimento do procedimento) e encaminhá-lo para o local apropriado para a realização do mesmo. Desse modo, a fila do exame de sangue seria aliviada e os que demandavam por outros tipos de exames seriam liberados mais rapidamente. O novo procedimento para a entrega de exames visava ao agendamento de consultas com prazos de espera menores para usuários que estivessem com exames alterados. Assim, os médicos ficariam responsáveis por verificar os resultados de todos os exames e separar os que necessitariam de uma marcação de consulta breve daqueles que poderiam ser orientados pela enfermagem e entrar na lista de espera normal do agendamento de consultas.

O cadastramento e descadastramento das famílias pelo PSF foi um assunto que gerou polêmica, pois a manutenção do cadastro das famílias estava atrelada às VD mensais realizadas pelos agentes comunitários de saúde. Dessa maneira, se a família estava cadastrada, mas o agente não a encontrava por três meses consecutivos, era feito o seu descadastramento. Entretanto, grande parte da população assistida trabalhava fora, o que dificultava e, muitas vezes, impedia a manutenção desse cadastro. Novamente foi trazida à tona a necessidade de adequação da jornada de trabalho dos ACS. Uma solução proposta foi a mudança de horário de trabalho dos agentes, por exemplo, das 10 às 19h ou das 11 às 20h. Isso resolveria o problema do “ócio matinal” dos agentes, em virtude de ser cedo demais para fazer visitas e a

questão do desencontro com as “famílias trabalhadoras”. Entretanto, a Secretaria de Saúde também tinha um empecilho para isso – a administração não queria que seus funcionários trabalhassem em horários nos quais não pudessem ser fiscalizados por algum gestor e o horário de funcionamento da Secretaria era das 8h às 17h. Outra solução proposta foi a de dedicação exclusiva ao programa, mas com seguridade e respaldo da Secretaria e aumento substancial do salário, a qual foi descartada em primeira instância pelos gestores. Pode-se perceber que tanto os usuários quanto os agentes comunitários explicitam as falhas desse programa e dão o tom por onde ele poderia ser melhor operacionalizado. Todavia, contrariamente ao discurso, a atenção em saúde é suplantada por normas burocráticas, organizacionais e gestionárias que acabam por emperrar o próprio funcionamento do PSF.

4.1.2. Os profissionais enfermeiros

Os profissionais enfermeiros eram contratados para serem os coordenadores das equipes de Saúde da Família. Eram eles que deveriam gerenciar as equipes e responder por elas para a Secretaria de Saúde. Além disso, também eram responsáveis por fazer a pré-triagem em casos de urgência e emergência e supervisionar os procedimentos da equipe de enfermagem (técnicos e auxiliares). De todos os profissionais, identifiquei-os como os mais desorientados em virtude de terem de assumir uma função para a qual não foram preparados. Formados para prestar serviços, eles adentraram o PSF para exercerem tarefas burocráticas de chefia e liderança; treinados para a prática assistencial de qualidade, repentinamente, viam-se avaliados pela produtividade e por dados quantitativos. Novamente, era a burocracia do modelo gestor sufocando a prática de atenção em saúde. Muitas vezes percebia-os apáticos e perdidos, sem saber como encaminhar as questões. Além disso, havia um obstáculo que se sentiam inábeis para transpor: a tradicional superioridade médica intimidava-os a executarem, de fato, o papel de coordenadores das ESF; era como se eles sempre precisassem da aprovação daqueles a quem se acostumaram a chamar de chefes e não o contrário.

Lembro-me de Augusta – quem me relatou, em conversa informal, acerca de seu sofrimento na Praia Azul e de suas pretensões em arrumar outro emprego, o que, de fato, aconteceu. *“Eu me formei na UNICAMP para ser enfermeira do PSF; eu escolhi essa área e fiz estágio em PSF durante a graduação, mas aqui em Americana não existe PSF. Aqui é tudo solto, é tudo misturado; largam a gente aqui com um monte de papelada e não é isso que eu*

quero. A Secretária de Saúde nem sabe o que é PSF; ela é médica pediatra da UNIMED. Acha que ela quer incentivar a atenção básica para perder pacientes?... Eu quero fazer grupos de gestantes, grupos antitabagismo e não ficar sempre apagando incêndios. A população da Praia só quer pronto-atendimento, mas isso aqui não é uma Unidade Básica. A gente tem de ficar sempre dando um jeitinho para não dar encrenca... Quer saber, sou eu quem está ficando doente aqui”.

Após essa conversa algo parece que ficou claro para mim. A substituição do modelo de atenção preconizada pelo PSF não significava a extinção da lógica biomédica e/ou curativa, nem mesmo a sua existência em caráter residual. Na verdade, o que se buscava era uma mudança de paradigma cuja atenção à saúde fosse hierarquizada e cuja porta de entrada fosse a atenção primária, pois o que ocorria, na maioria das vezes, era a entrada já pela atenção secundária. Mas o que deveria ser uma complementaridade entre os modelos de atenção primária e secundária passara a ser uma espécie de disputa sobre a “verdade” na atenção em saúde entre estes mesmos modelos.

A entrada da Dr^a Márcia na equipe multiprofissional funcionou como um catalisador para movimentos que estavam em estado de latência. Médica, mas já formada nos moldes da atenção primária, ela tornou-se o componente ideológico necessário para a reorientação desses modelos segundo a lógica do PSF e, conseqüentemente, dos próprios profissionais. Foi impactante retornar à Praia Azul após alguns meses de afastamento e encontrar a enfermeira Mariza, quem antes me parecera tão apática, despreparada, acomodada e submissa, empolgada a tecer planos e traçar metas para a remodelação do PSF. Essa mudança de atitude, em conjunto com a contratação de um novo enfermeiro, recém formado e motivado pelo primeiro emprego, trouxe para a equipe maior confiança na capacidade gerencial de seus coordenadores. Os agentes comunitários passaram a ter um melhor direcionamento e uma maior resolutividade em seus problemas e questões. Um reflexo nítido da mudança organizacional da Unidade foi o quase total abandono da “Casinha dos Agentes”, cuja aparência tornara-se desagradável: mato alto, ratos, teias de aranha. Se, antes, os agentes comunitários tinham na “Casinha” a sua sede, pois, apesar dos conflitos, eles se apoiavam mutuamente; agora, o apoio vinha da própria chefia.

4.1.3. Os profissionais técnicos

Os profissionais técnicos eram, segundo minha percepção, os que menos sofriam com a convivência entre duas lógicas opostas e complementares, uma vez que os procedimentos que realizavam eram semelhantes em uma ou em outra. No hospital, nas UBS ou nas USF eram os auxiliares e/ou técnicos que auferiam a pressão arterial, realizavam o exame de dextro, aplicavam injeções e faziam o primeiro acolhimento da problemática do *paciente* no espaço físico dos equipamentos de saúde. Não obstante, eles também almejavam por uma maior definição de propósitos e de papéis no interior no PSF da Praia Azul. A técnica de enfermagem Marinalva afirmou que a equipe estava mais coesa desde a contratação da Dr^a Márcia e que eles estavam muito mais focados nos resultados que vinham conquistando do que nos problemas e nos fracassos. Afinal, agregada a minha mudança de olhar, a efervescência do campo também havia sido desencadeada pelo movimento que a contratação de profissionais que acreditavam nos conceitos e nos valores do PSF estava a causar, demonstrando-nos que não bastava a criação de uma equipe multiprofissional e, nem mesmo, sua formação técnica, mas era imprescindível sua formação ideológica.

“Estou entusiasmada com os resultados. Dia desses eu consegui fazer um usuário parar de beber; ele estava muito mal, sabe. Também estou junto com o doutor no grupo de antitabagismo e o grupo está aumentando dia a dia... Antes, os agentes resolviam quase sozinhos os problemas que encontravam nas VD; eles não tinham muito suporte, não. Veja o caso da D. Manoela que discutimos na equipe esses dias. Ela é lá da área da Marcela, é diabética e está com um ferida horrível na perna que reluta em cicatrizar e fede muito; e isso já faz quase um ano. D. Manoela está meio passada das idéias, sabe. Ela precisa tomar injeção de benzetacil para a ferida, mas uma hora ela toma aqui, outra hora lá no 17 (UBS São José); aí perde o controle, não dá prá saber se ela tá tomando demais ou de menos, entende? A Dr^a pediu a opinião da Marcela na reunião. Achei isso muito bom, pois ela sabe tudo o que acontece lá. A D. Manoela mora com uma filha que é doente mental; nos fundos, mora seu ex-marido com outra esposa, um filho usuário de drogas e uma netinha que vive suja e cheia de piolhos. É uma vida difícil a dela. Esse ex-marido dela, ela não gosta dele perto não; diz que ele está tentando matá-la. Mas é tudo coisa da cabeça dela. A Marcela disse que ela precisa usar um pó cicatrizante para a ferida, mas que ela acha que é veneno

que o marido coloca para ela morrer e, vira e mexe, joga tudo fora. Por isso a ferida está lá fedendo...Na reunião, chegamos a conclusão que era preciso pedir a intervenção da Rosinha lá do CRAS... Depois da visita, ela achou tantos problemas que acionou a Promotoria Pública. Achei certo, pois lá não tinha higiene, não tinha alimentos e estava todo mundo meio fora do cabo... Acho que isso sim é PSF!!! Estamos no caminho certo”.

O maior conflito dos técnicos e auxiliares de enfermagem era com relação à importância que se atribuía ao agente comunitário na Estratégia de Saúde da Família. A técnica de enfermagem Amanda reclamou do excesso de valorização do ACS em detrimento dos outros profissionais de saúde e também demonstrou certa indignação com a pouca diferença de salário entre ela e os agentes, sendo que o grau de responsabilidade que recaía sobre o seu trabalho era muito maior quando comparado ao trabalho dos agentes. Amanda estava inconformada, pois, nas vésperas do Natal, a secretária de saúde havia convocado todos os agentes comunitários para um café da manhã coletivo. Ela desabafa: *“O PSF não funciona só pelos ACS, nós também somos parte essencial dele. Mas isso ninguém vê”*. Vejamos que se havia pouco ou nenhum conflito entre as classes profissionais que tinham seu status tradicionalmente demarcado, ele começa a aparecer entre as profissões cujo capital simbólico é semelhante, atingindo seu auge entre os próprios ACS, no que denominei de “equipe dos agentes”.

4.2. O agente comunitário de saúde: um novo ator no espaço público urbano

Para além desses profissionais, a equipe multiprofissional contava com o agente comunitário de saúde: um híbrido que era ao mesmo tempo um membro da comunidade e da equipe de saúde, considerado como um tradutor entre o saber biomédico e o saber popular, o que o fazia ter maior potencial de penetração e de intervenção na população e, conseqüentemente, de “vigilância” e “controle” pelo Estado. Atuando como mediador entre o serviço de saúde e a comunidade, o ACS possibilitava, por meio das visitas domiciliares, que o estado de saúde da população, em todas as suas dimensões, fosse acompanhado mais de perto pelo serviço. Uma vez que a estratégia do PSF estava centrada nas VD e na possibilidade de adentrar a esfera privada dos usuários, o ACS ganhava posição de destaque

na consolidação desse Programa, sendo considerado, pelo Ministério da Saúde, como o fio condutor da estratégia.

Não obstante, esses atores também nos permitiram observar a existência de uma tensão entre práticas e saberes, bem como uma fragmentação na equipe multiprofissional, ainda que sob veementes afirmações contrárias: de um lado, os profissionais especializados do PSF, que contavam com um arsenal de conhecimentos e práticas já sistematizados, predominantemente clínicas; de outro, os ACS, que enfrentavam a realidade concreta a partir de um patrimônio de saberes e práticas em processo de construção, pois que oriundos tanto de sua experiência pregressa quanto dos processos de capacitação a que foram e são submetidos.

Desse modo, este item trata da emergência de um novo ator social no contexto decorrente das reformulações do SUS, mais especificamente, em estratégias de atenção primária em saúde como o PSF e o PACS. A importância dos ACS tem sido reiterada em proporção direta ao reforço da APS no contexto internacional, nacional e local. O exercício da atividade profissional de Agente Comunitário de Saúde deve observar a Lei nº 10.507/2002⁵³, que cria essa profissão, o Decreto nº 3.189/1999, que fixa as diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde, e a Portaria nº 1.886/1997, que aprova as normas e diretrizes do Programa de Agente Comunitário e do Programa de Saúde da Família.

Como profissional que executa uma atividade fim do Estado, a inserção no cargo de ACS deve observar a regra contida no inciso II do art. 37 da Constituição Federal, qual seja o concurso público municipal como sua única forma de ingresso. Uma vez aprovado no mesmo, o ACS deve aguardar sua convocação por meio de Diário Oficial e apresentar

⁵³ “Art. 1º Fica criada a profissão de Agente Comunitário de Saúde, nos termos desta Lei.

Parágrafo único: O Exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 2º A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob a supervisão do gestor local deste. § 2º Caberá ao Ministério da Saúde estabelecer o conteúdo programático do curso de que trata o inciso II deste artigo, bem como dos módulos necessários à adaptação da formação curricular dos agentes mencionados no § 1º.

Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão: I - residir na área da comunidade em que atuar; II - haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde; III - haver concluído o ensino fundamental. § 1º Os que na data de publicação desta Lei exerçam atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde, na forma do art. 2º, ficam dispensados do requisito a que se refere o inciso III deste artigo, sem prejuízo do disposto no § 2º.

Art. 4º O Agente Comunitário de Saúde prestará os seus serviços ao gestor local SUS, mediante vínculo direto ou indireto.

Parágrafo único: caberá ao Ministério da Saúde a regulamentação dos serviços de que trata o caput.

Art. 5º O disposto nesta Lei não se aplica ao trabalho voluntário.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação” (BRASIL, 2002).

documentos probatórios de conclusão do ensino fundamental e residência no bairro onde executará suas funções. A esses procedimentos iniciais segue-se a posse e a realização do Curso de Formação para ACS, no qual o mesmo deve obter aproveitamento e frequência mínimos (70%). Só então o profissional será considerado apto a executar as atividades preconizadas⁵⁴, as quais se seguem:

- Realizar o mapeamento de sua área;
- Cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro;
- Identificar indivíduos e famílias expostas a situações de *risco*;
- Identificar áreas de *risco*;
- Orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as, quando necessário;
- Realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básica;
- Realizar, por meio da *visita domiciliar*, acompanhamento mensal de todas as famílias sob suas responsabilidades;
- Estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situação de *risco*;
- Desenvolver ações de *educação* e *vigilância à saúde*, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Promover a *educação* e a *mobilização comunitária*, visando a desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do *meio ambiente*, entre outras;

⁵⁴ Segundo a PNAB (BRASIL, 2007), são atribuições específicas do ACS:

I – desenvolver ações que busquem a integração entre a *equipe de saúde* e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II – trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III – estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo *ações educativas*, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV – cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V – orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI – desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e dos agravos, e de *vigilância à saúde*, por meio de *visitas domiciliares* e de *ações educativas* individuais e coletivas nos domicílios e nas comunidades, mantendo a equipe informada, principalmente, a respeito daquelas situações de *risco*;

VII – acompanhar, por meio de *visita domiciliar*, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII – cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

- Traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites;
- Identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipe.

Segundo o discurso da saúde coletiva, o agente comunitário de saúde deveria ser alguém que se destacasse de sua comunidade pela capacidade de comunicação com as pessoas e por sua liderança natural, de modo a funcionar como um elo entre a comunidade e o serviço de saúde – um elo cultural que daria mais força ao trabalho *educativo*, ao unir dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular. Além disso, por estar em contato constante com as famílias, ele facilitaria o trabalho de *vigilância* e promoção da saúde realizada por toda a equipe. O ACS é considerado como um agente fundamental do Estado para a “mudança de mentalidades” - um agente que atua no que se considera a parte mais *vulnerável* da população brasileira.

A rotina dos ACS incluía a verificação da saúde dos usuários por meio de entrevistas realizadas durante as VD; informações sobre as atividades da USF; auxílio no planejamento e realização das atividades preventivas e de promoção da saúde; averiguação sobre o uso correto da medicação por parte dos usuários; entrega de exames, encaminhamentos para especialistas e medicações prescritas; marcação de consultas, especialmente com a dentista; acolhimento das problemáticas identificadas em sua micro-área de atuação e busca pelas melhores soluções; verificação de criadouros de dengue; informações sobre exames preventivos, especialmente o de colo do útero; “controle” sobre os hábitos alimentares e sobre a realização de atividades físicas periódicas.

Como cada ACS e cada família eram diferentes, cada visita domiciliar tinha a sua particularidade: desde a recepção da família e/ou usuário (mais ou menos calorosa), a questão de permitir ou não a entrada do ACS na residência, o oferecimento de alimentos ou bebidas, o tempo de duração das visitas, o caráter da conversação (que variava do simples preenchimento do formulário de visitação até a discussão de questões de foro íntimo e de focos da vizinhança). A ACS Maísa fez a seguinte declaração a esse respeito: “*as visitas domiciliares vão muito além do formulário que utilizamos para alimentar o SIAB, pois ele é*

apenas quantitativo e muitas visitas não rendem nenhuma informação nesse sentido. Às vezes, o usuário só quer um acolhimento, só quer conversar”.

Verificamos que as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, típicas das USF, repartiam lugar com atividades remanescentes das UBS. Se, no plano do discurso, a Promoção da Saúde englobava a dimensão curativa, ela estava subsumida nas práticas, dada a relevância das últimas. Muitas vezes, verifiquei que os ACS se preocupavam muito mais com a entrega de um exame, medicação ou encaminhamento para especialistas do que com as condições de vida e saúde das famílias atendidas. Isso não significava que os agentes se eximissem de fazer a “entrevista de saúde” com algum representante da família atendida, ainda mais porque era ela que fornecia os dados que alimentavam o SIAB; mas que essa ação era, na maioria dos casos, menos importante do que as ações citadas anteriormente, especialmente para os usuários. Assim, é preciso questionar se os agentes não seriam muito mais intermediários entre o serviço de saúde e a população – uma espécie de *office boys* ou *office girls* da saúde - do que intermediários entre saberes.

Além do mais, percebemos que quando os ACS abordavam a dimensão da prevenção, era no sentido de exercer “controle” sobre os comportamentos dos usuários e sensibilizá-los para a necessidade de “mudança de hábitos”. Desse modo, a relação que se estabelecia entre usuário e ACS tinha um caráter de *aprendizagem*, e o *vínculo* era uma forma de abrir uma brecha para a entrada do ACS na vida privada da família, a qual era exposta ao agente que adentrava sua casa, abria sua geladeira, verificava seus remédios, procurava criadouros de mosquitos, conferia a higiene do domicílio, fiscalizava as cadernetas de vacinação das crianças e o pré-natal das gestantes. O controle da vida privada das famílias nos revelava o potencial normativo da Estratégia de Saúde da Família, o qual, como se verá no capítulo seguinte, não se restringia apenas aos usuários, mas se estendia também aos próprios profissionais de saúde por meio de capacitações de cunho pedagógico.

O caráter controlador do PSF deveria estar disseminado não apenas entre os ACS, mas entre todos os integrantes da ESF. Aos técnicos de enfermagem, por exemplo, cabia a verificação constante do cartão espelho⁵⁵ de vacinação de cada criança, a fim de impedir o esquecimento e/ou o atraso de alguma vacina. Desse modo, os técnicos de enfermagem pediam ao ACS responsável pelas famílias que estavam com cartões espelhos desatualizados para verificarem se a vacina estava mesmo atrasada ou se ela havia sido

⁵⁵ O cartão espelho é uma cópia da carteirinha de vacinação que fica em posse da mãe da criança e que permite a USF ter controle sobre as vacinas que foram ou não tomadas, de modo a intervir em caso de falhas nas mesmas.

tomada em outra Unidade de Saúde. Na primeira situação, o ACS deveria convocar a mãe para regularizar a vacina da criança; no segundo caso, deveria levar a carteira de vacinação para que o cartão espelho fosse atualizado.

Cohh (2009, p. 160) nos revela a ambigüidade do papel do ACS com a seguinte afirmativa: “se os ACS são os ‘olhos’ do serviço de saúde, eles também são os ‘ouvidos’ da população. Assim, a posição que ocupam enquanto moradores da mesma comunidade em que atuam lhes dão uma capilaridade social no “território” que, ao mesmo tempo em que facilita a execução do papel de interventores que visam ao “controle social” e à construção de “sujeitos saudáveis” nos moldes preconizados, também lhes permitem serem interlocutores dessa população que compartilha com eles suas demandas, queixas, sofrimentos, necessidades e insatisfações, o que, muitas vezes, faz com que os ACS ajam por iniciativa própria em busca de soluções. Essa capilaridade reforça a ambigüidade e, porque não, a contradição do ACS – que atua entre o potencial normatizador de sua intervenção e o potencial emancipatório de sua interlocução.

Para a grande maioria dos ACS, a motivação que os levava a prestar um concurso para Agente Comunitário de Saúde era a oportunidade de ocupar um cargo público. Apenas uma dos doze ACS já era funcionária pública municipal da Secretaria de Saúde e, por motivações de cunho pessoal (proximidade do local de trabalho, possibilidade de trabalhar junto ao marido e dificuldades no trabalho anterior em decorrência de sua deficiência visual) resolvera apenas mudar de setor. Uma vez aprovados em concurso público, mais da metade deles incentivara-se a prestar outros concursos em busca de melhores oportunidades de emprego e salário. Para eles, o trabalho como ACS era visto apenas como um trampolim.

Apesar disso, não passariam incólumes por essa experiência. Se, inicialmente, os seus modelos explicativos sobre o processo saúde-doença derivavam de suas próprias vivências e dos valores compartilhados em seus universos culturais, após o período de transição - no qual eram “treinados para pensar” como profissionais de saúde -, os seus saberes incorporavam e reproduziam os elementos que lhes foram inculcados. Categorias como *território*, *vulnerabilidade* e *qualidade de vida*, dentre outras, passariam a fazer parte de seu vocabulário usual, mesmo nas conversas entabuladas fora do ambiente de trabalho e sem que eles próprios se dessem conta disso.

Como vimos no primeiro capítulo, uma das particularidades desse trabalho assentava-se sobre a possibilidade de desmembrar as Equipes de Saúde da Família da Praia

Azul em: equipes multiprofissionais e equipes de ACS, fato que só foi identificado pela forma de apropriação de um espaço peculiar – a “Casinha dos Agentes” –, bem como por meio dos trânsitos, saberes, práticas e relações que se interseccionavam nesse lugar. Foi a “Casinha” que me possibilitou identificar a atuação coletiva e compartilhada exclusiva dos ACS subsumida na legenda de equipe multiprofissional.

Intermediários entre o saber biomédico e o saber popular, os agentes comunitários, como vimos, eram identificados como o elo de comunicação entre essas duas instâncias. Obrigatoriamente moradores do bairro onde atuavam, o contrato de trabalho os transformava, pelo menos por um período do dia, em profissionais de saúde. Desse modo, o ACS era um sujeito em trânsito: durante o horário de trabalho, seu percurso o levava da sua casa à USF; da USF à “Casinha dos Agentes”; da “Casinha” à rua; da rua às residências dos usuários; destas de volta à USF e/ou à “Casinha” e, por fim, o regresso ao lar. Após o período de trabalho, ele voltava a ser um morador e a participar da rede de sociabilidade do bairro, quer pelas relações com a vizinhança, quer pela utilização de espaços de lazer e/ou religiosos, entre outros. Entretanto, sua pertença como profissional de saúde acabava por inseri-lo em outras grades classificatórias, o que demandou a criação de um *pedaço*⁵⁶ dos ACS dentro do bairro, cuja sede era, então, a “Casinha dos Agentes”. Dessa maneira, a posição de ambigüidade dos agentes passava a ser não apenas simbólica e social, mas também espacial.

Todavia, uma vez que as ações de saúde transcendiam o seu locus fixo de atuação, o agente mais engajado (*idealista*) procurava tecer redes com outros equipamentos públicos e privados do território; filiava-se a organizações não-governamentais e entidades de apoio fraterno; buscava ampliar seus conhecimentos por meio de cursos de extensão, palestras, grupos de estudos; aproximava-se da instituição onde trabalhava também como um “cidadão” comum, ou seja, começava a freqüentar as reuniões de Orçamento Participativo, dialogava com as autoridades locais, interava-se de todos os fatos relevantes do município,

⁵⁶ *Pedaço* é o nome dado a um espaço demarcado (ordem física, espacial) que se torna ponto de referência para distinguir determinado grupo de freqüentadores como pertencentes a uma rede de relações (ordem social). O termo, na realidade, designa aquele espaço intermediário entre o privado (a casa) e o público, onde se desenvolve uma sociabilidade básica, mais ampla que a fundada nos laços familiares, porém mais densa, significativa e estável que as relações formais e individualizadas impostas pela sociedade. Essa categoria, nativa, acabou transcendendo o *locus* de sua aplicação originária, e passou a ser utilizada para designar um tipo particular de sociabilidade e apropriação do espaço urbano. O *pedaço* aponta para um terceiro domínio, intermediário entre a rua e a casa - é o lugar dos colegas, dos chegados – aqueles que se reconhecem como portadores dos mesmos símbolos que remetem a gostos, orientações, valores, hábitos de consumo e modos de vida semelhantes (MAGNANI, 2002).

entre outras ações que acabavam por demonstrar a maior ou menor inserção do ACS no ideário da Estratégia de Saúde da Família.

Por estarmos diante de uma equipe conformada por indivíduos que adentraram a ela em condições semelhantes e com capital cultural comum, a qualidade dessa inserção era determinante nas disputas por poder. Se não se podia sobrelevar-se à metade superior da equipe multiprofissional, podia-se, ao menos, tentar ser o líder da equipe dos agentes. Essa disputa acabava por gerar muito conflito, conchavos e fofocas que transcendiam a “Casinha dos Agentes”, de modo a criar verdadeiros embates pessoais. Não por acaso, foi designada uma psicóloga da Secretaria de Saúde para empreender sessões coletivas de aconselhamento psicológico e relacionamento interpessoal, o qual, por sua vez, foi um desastre. Isso ocorreu, pois, ao permitir que se abrisse a “Caixa de Pandora” por meio de técnicas que incentivam o “livre fluir das emoções”, os ânimos se acenderam e o conflito tornou-se ainda mais acentuado.

“Colocar as cartas na mesa” publicamente foi, talvez, o pior dos recursos que a psicóloga poderia ter lançado mão. A situação chegou mesmo a ficar insustentável durante os meses em que a ESF estava sem uma chefia forte e atuante; entretanto, foi amenizada assim que a liderança se normalizou. A problemática que apresentavam estava restrita ao âmbito do relacionamento interpessoal profissional, o qual, ao ser patologizado e sofrer uma intervenção de cunho psicológico só trouxe insatisfação e tensão, uma vez que se buscava impor uma demanda que, na realidade, nem sequer existia. Se os ACS tivessem comparado essa intervenção terapêutica, que exigia a publicização de suas vidas privadas, ao próprio trabalho que eles mesmos executavam durante as visitas domiciliares, teriam enxergado as semelhanças na operacionalização de uma mesma lógica de “vigilância” e “controle”.

A melhor forma de demonstrar as diferentes inserções na Estratégia de Saúde da Família é acompanhando a trajetória de duas agentes comunitárias que ingressaram no Programa ao mesmo tempo e fizeram o mesmo Curso Introdutório – curso de formação nos conceitos fundamentais do PSF, realizado após a contratação e destinado a ACS e profissionais de nível médio, o qual será melhor detalhado no capítulo posterior. Os dois trajetos relatados a seguir constituem exemplos da configuração mais elementar e mais freqüente dos conflitos nascidos das relações entre ACS, os quais, na maioria das vezes, dizem respeito a experiências subjetivas de seus protagonistas.

A trajetória de Arlete

Arlete era auxiliar de exames radiológicos (Raios-X) no Hospital Municipal há seis anos, portanto, já exercia uma atividade na área da saúde. Sua motivação para prestar o concurso público para ACS foi: a possibilidade de trabalhar perto de casa, o salário um pouco maior e a identificação com o trabalho de agente comunitário, uma vez que seu marido foi um dos primeiros ACS contratados pelo município. Subjacente a essa motivação, existia um conflito de cunho pessoal que a estimulava a trocar de emprego, fato que foi amplamente comentado entre os próprios ACS, bem como entre as lideranças da USF e da Secretaria de Saúde em geral. Tratava-se da descoberta de que seu marido era amante de outra ACS da mesma equipe.

Lembro-me de que Arlete era uma das educandas mais motivadas no Curso Introdutório e, por isso mesmo, havia me chamado a atenção. Logo que ela entrou na equipe, o que já era um conflito virou uma grande confusão. Seu marido era o ACS mais entusiasta – participava do grupo AIPS, já tinha ido à Sobral para coletar as experiências dos ACS de lá, tinha muitos amigos entre as lideranças políticas do bairro e do município, participava das ações beneficentes da Igreja. Era um homem e um profissional que gostava que as atenções se voltassem para ele, e, por isso, atraía, ao mesmo tempo, olhares de admiração, orgulho, inveja e desconfiança. Não por acaso foi justamente ele quem teve um caso amoroso com outra ACS, quem também gostava de exposição pública e poder, mas não havia comprado a idéia do PSF, pois queria mesmo era ser cabeleireira.

Para fazer frente à amante do marido, Arlete tornou-se tão engajada quanto ele. Em pouco tempo, o marido largou a amante e voltou para a esposa. O casal rapidamente se tornou referência na Praia Azul para todas as ações em saúde – não havia nada que acontecesse por lá sem que os dois estivessem envolvidos. O casal chamava para si a responsabilidade e, logo, ganharam reconhecimento do prefeito e secretários municipais, além de professores e assistentes sociais do bairro e líderes do projeto AIPS. Atraídos pela liderança do casal, bem como pelos seus ideais solidários, alguns ACS juntaram-se a eles de modo a formar um grupo minoritário em termos quantitativos, mas majoritário em termos de força política.

Desse modo, o grupo começou a encontrar brechas para atuar: iniciaram a projeção de filmes gratuitos no CIEP, implantaram um projeto de alfabetização de adultos e

foram os idealizadores e principais articuladores do I Encontro da Estratégia de Saúde da Família na Praia Azul. Vemos, nesse caso, que o Curso Introdutório foi só o início de um processo educacional e motivacional, ao qual Arlete deu continuidade por meio do projeto AIPS e do Grupo de Estudos, tornando-se, realmente, uma multiplicadora daquilo que aprendeu e estava aprendendo.

Ela tinha verdadeira paixão pelas visitas domiciliares: gostava de demorar-se nas residências para “*esticar um dedinho de prosa*”, tomar um café, ver como andava os bordados de uma usuária, as pinturas de outra. Sempre arrumava uma cesta básica para uma família necessitada, uma lata de tinta para a outra e, dessa forma, foi ganhando amigos entre as famílias de sua micro-área de atuação - o que fazia com que seu papel de interventora acabasse por se diluir no seu papel de interlocutora. Sabia de cor os nomes de seus usuários, as datas de nascimento, as doenças das quais eram portadores, suas necessidades especiais, bem como seus defeitos e dificuldades (financeiras, emocionais, etc.); além disso, sabia quem era amigo de quem, quem tinha brigado com quem. Enfim, a malha relacional de sua micro-área não estava nos prontuários e nem no SIAB, mas em sua própria cabeça. Arlete cumpria religiosamente o horário de sua jornada de trabalho (8h às 12h e das 13h às 17h) e não se importava em prestar serviços à noite e nos finais de semana, quando necessário.

Todavia, todo esse entusiasmo tinha um contraponto negativo que não era bem aceito – o autoritarismo. Arlete tinha necessidade, para sentir-se aceita, de impor o seu ponto de vista e ficava ressentida quando suas considerações não eram aceitas, o que gerava, muitas vezes, uma situação desagradável para as lideranças das próprias equipes de Saúde da Família. Outro ponto é interessante de ser ressaltado. Como ela obtinha seu reconhecimento fora da equipe multiprofissional, nem ela, nem o marido e nem os dois agentes que a eles se aliaram reivindicavam a “Casinha dos Agentes”. Na verdade, eles se apropriaram de outros espaços, com os quais traçaram uma teia relacional que podiam acessar a qualquer momento, não necessitando da “Casinha” para praticamente nada.

A trajetória de Carina

Carina era uma dona de casa que, em decorrência do divórcio com o marido, necessitou procurar emprego. Sua motivação para prestar o concurso público para ACS foi a possibilidade de trabalhar perto de casa, uma vez que tinha duas filhas pequenas para cuidar e

educar. Também lhe chamou a atenção o fato de que poderia cuidar de outras pessoas, pois acreditava que tinha esse caráter maternal. Ela havia concluído o ensino médio e revendia produtos por catálogo da Avon em sua residência. Era mais tímida e menos expansiva do que Arlete, e confesso que não me recordaria dela após o Introdutório, se ela não tivesse se lembrado de mim.

Carina era uma ACS dedicada – gostava do que fazia e era uma das poucas que conseguia cumprir todas as visitas estabelecidas no mês. Porém, sua forma de atuação era completamente diferente. Ela fazia visitas domiciliares mais rápidas e pontuais, sem dar muita chance de entabular conversas alheias ao seu trabalho. Não sabia todas as informações dos usuários por meio de sua memória, mas consultava diariamente sua agenda para se lembrar de entregar um exame, verificar uma medicação, solicitar uma carteira de vacinação para atualização, entre outras coisas.

Carina mantinha-se atualizada sobre as questões de saúde referentes ao seu trabalho por meio dos cursos de atualização, internet e televisão. Não fazia cursos extras e não era membro atuante de qualquer outro movimento social; apenas freqüentava a igreja aos domingos com a família, amigos e vizinhos. Era por meio de sua vida pessoal que ela tecia suas maiores teias relacionais; no trabalho, traçava apenas pontos que, ocasionalmente, interconectavam-se.

Desse modo, apropriava-se do “território” por suas relações familiares, de amizade e de lazer. Em virtude de suas filhas, nem sempre podia cumprir o horário estabelecido em sua jornada de trabalho – ela sempre precisava ajustá-lo às suas necessidades e às exigências da jornada dupla. Portanto, às vezes não trabalhava por um período ou até por um dia e compensava em visitas noturnas, especialmente nas residências em que todos trabalhavam fora e só podiam ser encontrados nesse horário. Os sábados eram dedicados aos cuidados da família e da casa e os domingos eram dedicados ao lazer: normalmente, churrascos com os amigos e/ou família. Por conseguinte, era uma das agentes que reivindicava o trabalho por produtividade, uma vez que ela própria era o exemplo de que um ACS poderia fazer todas as VD do mês sem as amarras de um horário rígido.

Carina era bem quista entre seus colegas de trabalho e, alguns deles, tornaram-se seus amigos. Diferentemente de Arlete, ela apropriara-se, juntamente com mais quatro ou cinco ACS, da “Casinha dos Agentes” como sua sede. Era na “Casinha” que ela obtinha informações sobre o andamento do PSF, discutia formas de atuação com seus colegas, tecia

comentários sobre o restante da equipe, etc. No grupo da “Casinha” não havia um líder nato, apenas sujeitos que se revezavam na liderança de acordo com o momento e/ou assunto em questão. Comentários sobre o descontentamento com o trabalho do PSF e a busca por novos empregos não eram raros entre eles.

Era constante também a insatisfação deles com a projeção que alguns ACS ganhavam em detrimento de outros e, segundo a sua concepção, muito mais pelo engajamento político do que pelo trabalho em si, pois tanto Arlete quanto seu marido (certamente o alvo dos comentários) raramente atingiam a meta de visitas domiciliares. Os agentes da “Casinha” não conseguiam esconder o mal-estar que lhes causava a presença dos ACS do outro grupo, e ficavam muito descontentes quando tinham de ceder esse espaço para as reuniões do Projeto AIPS e afins. Carina, entretanto, era uma ACS que transitava entre os dois grupos, quando necessário, para alguma ação que assim o exigia, e não tinha inimigos declarados na equipe. Por fim, ela se tornara uma agente de intervenção do Estado e acreditava no conceito do PSF, mas não a ponto de se tornar uma interlocutora da comunidade.

4.3. O dia a dia do campo

Após a descrição do meu locus fixo de observação, dos espaços e da malha relacional que se tecia dentro e ao redor da USF e dos profissionais que compunham a equipe multiprofissional, gostaria de encorajar o leitor a me acompanhar no relato do percurso, muito mais relacional do que físico, de meu dia a dia de campo.

Meu cotidiano de pesquisa seguia, mais ou menos, a seguinte rotina: eu chegava à Unidade por volta das 7h30min; entrava pela recepção; guardava minha bolsa na sala de reuniões e dirigia-me aquele meu local singular de observação, onde ficava entre uma e duas horas. Em seguida, descia até a cozinha a fim de encontrar algum agente que quisesse uma companhia para suas visitas. Procurei alternar e diversificar os agentes acompanhados, para que eu pudesse vislumbrar as particularidades não só do trabalho de cada um, mas também dos diferentes bairros adstritos e, principalmente, da forma de apropriação e operacionalização, por eles, do próprio discurso do PSF.

Em um dia ensolarado de outono, numa sexta-feira preguiçosa de maio, Lúcia convidou-me a acompanhá-la até o Parque Dom Pedro II, o qual, junto ao Jardim da Mata,

configurava a área mais distante da USF, bem como àquela considerada mais vulnerável. O trajeto era longo e cansativo, com trechos de terra batida, esburacados e escorregadios. Ao invés de sairmos pela recepção, dirigimo-nos a saída pelos fundos, a qual desembocava na Praça Antônio Leite de Camargo. Ao lado direito desta, situava-se a “Casinha dos Agentes”, por onde passamos brevemente a fim de nos protegermos do sol com protetor solar e bonés estilizados do PSF.

Lúcia e eu seguimos por mais duas quadras até chegarmos à principal rua da região – a Rua Maranhão. Alguns metros adiante, deparamo-nos com o Motel San Remo. Chamou-me a atenção a quantidade de cadeiras de plástico brancas dispostas, estrategicamente, em frente e nas laterais do motel, as quais serviam como “ponto” para dezenas de profissionais do sexo que trabalhavam na mais famosa zona de prostituição do município, concentrada, predominantemente, na rua supracitada. A vivacidade dessa rua contrastava com a apatia e com a morosidade que eu percebia na Unidade. Repentinamente, via-me transportada de uma cena forjada em tonalidades pastéis, típica das construções salubres das instituições biomédicas, para uma cena muito mais exuberante, tingida em cores quentes e vistosas.

Seguimos pela Rua Maranhão e, conforme nos afastávamos da represa, começaram a surgir imóveis comerciais, igrejas e pontos de ônibus que pareciam reduzir significativamente o volume de profissionais do sexo, até extingui-lo por completo nas quadras em que o comércio se intensificava e onde se situavam os principais equipamentos públicos. Paramos por alguns instantes para nos hidratar na Unidade de Saúde Bucal – mais um dos espaços descentralizados do Programa de Saúde da Família nesse “território”. Após uma caminhada de dois quilômetros, muitos dos quais diante de aglomerados de barracos, estávamos, finalmente, defronte da residência a ser visitada.

4.3.1. D. Lourdes

A moradia de D. Lourdes ficava no meio da quadra, nos fundos de um grande terreno. Na frente, um muro baixo e um portãozinho aberto, através do qual entramos após batermos palmas. Como a maioria das casas visitadas, não havia campainha e nem trancas no portão. Após caminharmos alguns metros deparamo-nos com um poço artesiano e logo à esquerda com a lavanderia. Lá estava D. Lourdes – uma senhora de oitenta anos e chefe de

uma das famílias usuárias do PSF – sentada na muretinha que cercava a lavanderia, além de Helena – sua filha de quarenta anos, portadora de Síndrome de Down – quem lavava louças no tanque.

D. Lourdes aparentava certo abatimento e, justamente por isso, foi interrogada pela agente Lúcia. A usuária disse que estava aguardando ansiosamente pela visita domiciliar, pois seu filho mais velho a estava deixando muito preocupada. Ele residira por muitos anos com a esposa, há poucas quadras da USF. Há cerca de um ano, sua esposa havia falecido vitimada por um câncer. Desde então, Jair vinha emagrecendo a olhos vistos, bem como tendo comportamentos inadequados, segundo o ponto de vista da mãe, os quais incluíam o consumo de bebidas alcoólicas em grandes quantidades e encontros casuais com profissionais do sexo que atuavam nas imediações. Numa seqüência de acontecimentos, Jair havia perdido o emprego, deixado de tocar violão e parado de alimentar-se, além de ter diarreias constantes que o prostravam na cama.

Apreensivo, o filho caçula resolvera intervir, levando Jair para a casa da mãe. A pequena casa de três cômodos tornara-se insuficiente para os três moradores, ainda mais se levarmos em consideração um agravante – o filho quase não saía do quarto e não gostava que ninguém o perturbasse. Desse modo, as outras duas ocupantes, sentindo-se meio despejadas de sua própria residência, pediram à Lúcia para que conversasse com ele. Fomos receosas até o quarto, afinal, não tínhamos a menor idéia do que iríamos encontrar e nem mesmo do que poderíamos fazer. A porta estava entreaberta e, a partir dela, era possível ter um panorama do local: janelas fechadas, que deixavam o quarto em penumbra e abafado; uma cama por fazer; roupas espalhadas pelo chão; copos com resto de leite e um odor nauseante que não nos deixava nem um pouco confortáveis para avançar.

Entretanto, D. Lourdes seguia logo atrás de nós, exortando-nos a entrar. Lúcia ensaiou alguns passos tímidos, mas estancou ao deparar-se com outra cama no canto do quarto, na qual se podia vislumbrar um aglomerado de cobertores sobre um possível, mas oculto, corpo encolhido. Trocamos um olhar indeciso e a agente resolveu recuar. D. Lourdes tentou chamar o filho, mas ao obter como resposta um grunhido quase inaudível, acompanhou-nos de volta à lavanderia. Lá, disse que o filho havia perdido quase quarenta quilos nos dois últimos meses e que seu filho caçula estava trabalhando menos para auxiliá-la a cuidar de Jair, pois este se sentia fraco demais para deslocar-se sozinho até o banheiro – único trajeto que ainda se dispunha a fazer. Algumas hipóteses estavam sendo levantadas não

só pela família como também pela vizinhança: depressão pela morte da esposa, AIDS, câncer, entre outras. Segundo a usuária, o filho esteve internado, durante dois dias, no Hospital Municipal, onde lhe aplicaram soro e receitaram-lhe algumas vitaminas para anemia.

Seguindo o protocolo, a agente informou esse caso para a enfermeira-chefe de sua equipe, assim que retornou a Unidade, a qual fez uma visita naquele mesmo dia, acompanhada da enfermeira Augusta. O irmão caçula implorou por uma internação, dadas as dificuldades para cuidar de Jair, suas recusas com relação à alimentação, seu comportamento arredo e a crescente carência financeira. Augusta foi contra a internação, alegando que “*os leitos do hospital não podiam ser ocupados aleatoriamente*”. A enfermeira-chefe ratificou a decisão, embora seu argumento se baseasse no receio de que a saúde do paciente pudesse ser agravada no hospital, em decorrência da exposição aos riscos de contaminação e infecção, dada a fragilidade física e imunológica que Jair apresentava. Sua sugestão era a de que aguardassem mais dois dias, quando seria dia de coleta laboratorial na Unidade. Dessa forma, as enfermeiras poderiam colher, em seu próprio domicílio, a amostra de sangue necessária para que pudessem solicitar exames para HIV, CA⁵⁷ e anemia.

Após a coleta do sangue, Augusta chegou a afirmar na Unidade que o paciente estava bem melhor e que ela o havia convencido a comer um “miojo”. Todavia, no domingo, ou seja, três dias após essa descuidada afirmação, Jair foi novamente internado no Hospital Municipal, onde diagnosticaram um câncer terminal de intestino, com metástases no fígado e no esôfago. O oncologista previu uma sobrevivência de, no máximo, seis meses e prescreveu, apenas em caráter paliativo, o tratamento quimioterápico e a alimentação por sonda nasogástrica⁵⁸, uma vez que o paciente estava pesando apenas 37 kg. Menos de dois meses após esse incidente o paciente veio a falecer.

Como apontado anteriormente, a enfermeira Augusta foi formada para atuar na atenção básica e por isso mesmo tendia a defendê-la a qualquer preço. Entretanto, por mais que se quisesse resolver a problemática de Jair por intermédio da atenção primária, era preciso considerar que o perfil de morbidade exigia uma atenção hospitalar imediata. O que ela parecia não entender é que recusar o modelo clínico como princípio organizativo da atenção à saúde, não significava desprezá-lo. Afinal, a “atenção integral” preconizada pelos programas

⁵⁷ Os testes realizados foram o MCA, o CA 15-3 e o CA 19-9, nos quais marcadores tumorais (MT) são utilizados como indicadores de malignidade e visam ao estabelecimento do diagnóstico de câncer.

⁵⁸ A sonda nasogástrica é um tubo de cloreto de polivinila (PVC), tecnicamente introduzido, sob prescrição médica, desde as narinas até o estômago, para drenagem ou alimentação.

da APS significa a complementaridade entre duas demandas: as de perfil epidemiológico, diagnosticadas por meio da busca ativa, e a demanda espontânea por assistência médica a partir das necessidades sentidas.

4.3.2. D. Vanda

Duas casas adiante, batemos palmas na residência de D. Vanda. Sem obter resposta, Lúcia abriu o portão, no qual havia um cadeado fechado em falso. Um pequeno corredor de cimento nos levou direto à porta de entrada, a qual estava entreaberta. Lúcia bateu na porta e já foi colocando a cabeça no vão que se formara com o batente, pois me disse que a usuária não saía da cama e, portanto, não tinha como vir nos receber. De fato, D. Vanda estava deitada em uma cama de casal disposta no meio da sala, ainda de camisola, ouvindo músicas que vinham de um aparelho de som antigo contíguo ao televisor, ambos colocados sobre uma mesa de madeira velha e descascada, logo atrás da porta. Ao lado da cama, havia um criado-mudo que continha meio copo com água, um pacote de biscoito maisena pela metade e uma sacola de supermercado repleta de medicamentos: antibiótico para uma inflamação na bexiga, anti-hipertensivo, neuroléptico, antiinflamatório, e diversos remédios para dor, entre eles, um derivado da morfina.

A usuária tivera um acidente vascular cerebral (A.V.C) que deixara como seqüela a imobilização do lado direito de seu corpo. Além disso, fora diagnosticada há alguns meses com um câncer de intestino e, dois dias antes, iniciara um tratamento para uma inflamação na bexiga. Na guia da UNICAMP que D. Vanda nos entregou estavam agendadas 33 sessões de radioterapia. Em folha anexa, o horário que a Van da Prefeitura Municipal viria pegá-la, diariamente, até o término das sessões. Em decorrência desse quadro, sua vida resumia-se àquele aposento. Até mesmo suas roupas estavam em uma espécie de prateleira improvisada no canto da sala. Levantava-se da cama apenas para ir ao banheiro e, ainda assim, com muita dificuldade. Ela havia pedido para que um vizinho adaptasse um pedaço de ferro para fazer barras nas paredes entre a sala e o banheiro e, recentemente, havia colocado um grande bambu próximo ao chuveiro, para que pudesse se apoiar ao tomar banho. Aliás, era também com uma vizinha que ela contava para arrumar sua residência e fazer companhia de vez em quando. *“É uma moça muito boa; às vezes ela me traz até um prato de comida prá comer”*.

Mas, naquele momento, o grande problema de D. Vanda referia-se à alimentação. Sua nora, quem residia a cerca de cinco quadras dali, ficara de preparar suas refeições. Entretanto, com a prisão do marido e uma gravidez inesperada, ela descuidara da obrigação, deixando a responsabilidade para o outro filho da usuária. Este, esquizofrênico e alcoólatra, levava, vez ou outra, algum salgadinho de bar. Todas essas informações eram dadas pela usuária intercaladas com exclamações: “*Mas, eu estou bem, não se preocupe*”. Só viemos a saber da real situação de D. Vanda quando, já de saída, ela timidamente “confessou” que vinha sentindo uma forte dor de estômago há alguns dias. A agente Lúcia retrocedeu alguns passos e, mediante breve interrogatório, viemos a descobrir que a usuária vinha passando fome há, pelo menos, cerca de dez dias. O único alimento que ela tinha em casa era o biscoito maisena. Havia três meses que ninguém ia buscar sua cesta básica no CRAS, pois essa era uma incumbência do filho que havia sido detido. Assim, a dor de estômago de D. Vanda era fome associada à medicação. A usuária estava nos pedindo desculpas por estar faminta e eu já estava me contendo para não deixar escorrer umas insistentes lágrimas.

Ao sair da casa, disse para Lúcia que iria naquele instante comprar uma cesta básica no supermercado que distava dali apenas algumas quadras. E lembro-me dela ter sido muito firme comigo: “*Ju, nós vemos isso todos os dias e, realmente, é de partir o coração. Mas se você der uma cesta hoje, amanhã terá fila na USF procurando por você. Temos outros meios de conseguir isso. Vamos acionar a rede que temos à disposição. Em último caso, se nem o CRAS e nem a Igreja resolver o problema, aí sim veremos o que fazer, ok?*”. A agente fez anotações em sua prancheta e assim que chegou à USF entrou em contato com a assistente social, quem afirmou que as cestas de D. Vanda ficaram disponíveis por três meses consecutivos sem que ninguém fosse buscá-las e, seguindo o protocolo, ela havia, por esse motivo, sido descadastrada do Programa. Após as explicações da agente, Rosinha lhe informou que a cesta estaria novamente à disposição desde que alguém se comprometesse a ir buscá-la. O técnico de enfermagem da Unidade, penalizado, resolveu, imediatamente, ir de carro buscar e entregar a cesta para a usuária.

Neste caso, o que ficou mais explícito foi o papel da ACS não apenas enquanto interventora, mas também como interlocutora de uma usuária que, dada a sua fragilidade física e emocional, não se encontrava em condições de reivindicar nada. Percebemos que ao trabalhar com um conceito ampliado de saúde, a Estratégia de Saúde da Família acaba por pressupor ações que extrapolam os limites restritos do setor saúde e procuram estender-se em redes de apoio “intersetoriais”. Como vimos no capítulo anterior, essa malha institucional do

PSF na Praia Azul é ainda muito limitada, mas suficiente para resolver casos como o de D. Vanda, pelo menos no que se referia a sua alimentação.

4.3.3. *D. Marta*

Numa manhã de quarta-feira, após eu ter participado do Grupo de Caminhada na Praça Antônio Leite de Camargo, recebi o convite da ACS Bianca para conhecer uma pessoa que ela considerava muito especial e a quem sempre recorria quando sentia que seus problemas estavam maiores do que ela poderia suportar. Bianca percebera que eu andava um tanto abatida pelas visitas domiciliares que tanto me entristeciam e resolvera levar-me até uma usuária que teria tudo para ser poliqueixosa, mas que havia se tornado uma referência para as mulheres das redondezas.

Antes, porém, gostaria de tecer algumas considerações sobre o Grupo de Caminhada. Tratava-se de um dos Grupos de Promoção da Saúde na Praia Azul e era coordenado por uma educadora física, a qual era auxiliada por uma técnica de enfermagem e por dois ou três agentes comunitários de saúde. O papel da técnica de enfermagem era medir a pressão de todos os participantes antes do início da atividade e encaminhar para a USF aqueles cuja aferição indicasse um episódio hipertensivo, os quais seriam medicados, esclarecidos e encaminhados para uma consulta médica se necessário. O objetivo do Grupo era incentivar a população a criar o hábito de praticar exercícios físicos matinais. As atividades não estavam restritas a caminhada em si, mas também eram compostas por alongamentos e relaxamento. Na época de Festas Juninas, o Grupo ensaiava quadrilha e promovia uma festa na Praça. Ele era freqüentado por cerca de cinquenta pessoas, a maioria idosos, mulheres e crianças. O Grupo era uma oportunidade que eu tinha de estar próxima dos usuários, mas em ambiente outro que a USF ou suas residências.

A residência de D. Marta situava-se em bairro próximo ao de D. Lourdes. Embora contíguos, tinham algumas características diferentes: este era totalmente asfaltado e suas casas apresentavam um padrão de construção superior ao do bairro anterior. Um amplo portão eletrônico dava acesso à garagem, na qual estava estacionado um Gol Vermelho. Após passarmos pela garagem, três degraus nos deixaram diante de uma porta de madeira entalhada que se abria para a sala de visitas. A sala era composta por um sofá de três lugares, um sofá de dois lugares, uma cadeira de balanço e algumas almofadas espalhadas pelo chão. No centro da

parede esquerda encontrava-se um rack com um televisor, um aparelho de DVD, o telefone e um vaso de flor. A parede direita desembocava no corredor onde se dispunham os quartos e os banheiros. Mais três degraus davam acesso à cozinha e mais adiante à lavanderia.

D. Marta vivia praticamente na sala, dada a sua dificuldade de locomoção em decorrência das seqüelas de um acidente vascular cerebral e de sete bicos de papagaio e uma hérnia de disco, os quais restringiam bastante sua mobilidade. Ela andava apenas dentro de sua casa, utilizando-se de barras e das paredes como apoio, mas, como essa era uma tarefa que exigia muito esforço ela raramente se levantava do sofá. Apesar de suas limitações, D. Marta tinha grande senso de humor e declarava-se como uma pessoa feliz, embora sua “sacolinha de remédios” contivesse uma cartela de fluoxetina. Segundo ela, sua vida girava em torno de suas duas netas: uma de três e outra de seis anos e das visitas constantes que recebia em busca de seu aconselhamento, uma vez que sua história de superação tornara-se referência nas adjacências de sua residência.

D. Marta foi a única usuária visitada a citar a utilização de outros sistemas terapêuticos concomitantemente ao sistema biomédico. Mostrando uma sacola repleta de medicações, dentre as quais: Captopril (para hipertensão), Fluoxetina (para depressão), Paracetamol (para dor e febre), Ibuprofeno (para dor e inflamação), Diclofenaco (para inflamação), AAS (para impedir a agregação das plaquetas), Diazepan (calmante), a usuária ia contando sobre sua infância e adolescência passadas na roça e sobre como tinha aprendido a utilizar-se de ervas para o tratamento de doenças. Detentora desse saber, ela afirmou que não ensinava esse conhecimento para ninguém, porque *“as pessoas de hoje fazem tudo errado e se não seguir a receita certinho você acaba por tomar veneno; então, quando alguém me pede, peço os ingredientes e faço eu mesma”*. As ervas mais utilizadas por ela eram as seguintes: folha de batata doce (para inflamação), mastruz (para refrescar e limpar o sangue), chás de erva doce e cidreira (para nervoso, insônia), picão (para refrescar o sangue), feijão bandu (para refrescar o sangue e eliminar o catarro parado), flor de mamão macho (para eliminar catarro), guaco (idem) e raiz da jurubeba (idem).

Outro sistema terapêutico muito citado por D. Marta foi o religioso, pois ela atribuía muitas de suas curas a sua fé em Deus. *“Por duas vezes estive desenganada pelos médicos. Na primeira vez, tive uma parada cardíaca no hospital e vim a descobrir que eu havia nascido com uma deformidade no coração. Eles me disseram que eu não viveria muito, mas eu rezei muito e isso já aconteceu há oito anos. Ano passado eu comecei a sentir uma*

tontura, um aperto no peito e achei que iria morrer por causa do meu problema. Cai no chão e não tinha ninguém para me ajudar, pois era domingo e minha filha tinha saído com uma amiga. Tentei alcançar o telefone, mas a dor era muito forte. Daí pensei que só restava recorrer a Deus e acreditei que Ele me salvaria. Rezei, supliquei, chorei em prantos e Ele me salvou. Tive um AVC e fiquei em coma, mas voltei viva para casa.”

Para encerrar esse capítulo, apenas gostaria de expor uma declaração da agente comunitária de saúde Lúcia: *“A problemática dessas famílias é muito mais social e não temos muito como auxiliar. Tem horas que é melhor fingirmos que não vimos certas coisas, que não ouvimos certas coisas para não trazermos problemas prá nós mesmas. É mexer em vespeiro, e isso pode ser muito perigoso. Acolhemos o problema daqueles usuários que são mais abertos, que gostam de conversar com a gente, mas não podemos intervir muito além disso... e a problemática segue seu ciclo sem que eu, o PSF, o CRAS, a polícia ou a escola dêem conta de solucioná-lo”*.

5. OS CURSOS DE FORMAÇÃO: APRENDER O DEVIR-ACS

Neste capítulo, pretendo descrever os mecanismos utilizados para que os profissionais do PSF incorporassem o discurso sanitário apregoado, especialmente no que se refere aos Agentes Comunitários de Saúde - os quais não passaram, com raras exceções, por nenhum tipo de formação em saúde anterior a sua contratação por concurso público municipal. Os cursos de formação para ACS eram, por conseguinte, momentos privilegiados para se observar os princípios que viriam a regular a atuação desses profissionais. Seguidos pelo acompanhamento das visitas domiciliares e pela observação de suas relações na “Casinha dos Agentes”, tecia-se a urdidura que conformava a malha do que eu chamei de “Equipe dos Agentes”.

Ao observar o ACS durante os cursos de formação e acompanhá-lo em seus trajetos pude perceber a mudança operada, gradativamente, no padrão narrativo de seus discursos, os quais, assim como sua posição na equipe, eram pautados pela ambigüidade. De um lado, eles rapidamente incorporavam o discurso do Estado que os situava como agentes de intervenção; por outro, na medida em que iam traçando os seus percursos nas ruas, nas praças, nas residências, eram absorvidos não como interventores, mas como interlocutores dos próprios moradores e do próprio território.

De todos os membros da equipe de saúde da família, eram os ACS os que mais tomavam para si a responsabilidade pela saúde da população assistida. Nos momentos das visitas domiciliares, de fato, eles agiam de forma a auxiliar no encaminhamento e na resolução dos problemas e das necessidades da família, tanto daquelas sentidas e verbalizadas pelos usuários a partir de sua própria percepção, quanto daquelas observadas pelos agentes segundo a lógica pela qual foram “treinados”. Percebi, por parte de muitos deles, uma atitude “pró-ativa”, que buscava alternativas não só por intermédio da equipe multiprofissional e dos equipamentos de saúde pública, mas também por meio da internet, de ONGs, de faculdades do município, de instituições filantrópicas, etc.

Com raras exceções, os agentes comunitários de saúde observados “aprenderam” a mobilizar e tecer redes no espaço público urbano, de modo a condensar para si uma “cidadania” que deveria estar pulverizada. Desse modo, em item subsequente, refletirei sobre a problemática da questão da insurgência da “cidadania” em relação a esse ator social,

exatamente em virtude de sua ambigüidade. Por ora, faz-se necessário apresentar a matriz semântica que subjaz o projeto de transição de um figurante para um protagonista, de um morador passivo para um agente da Praia Azul.

A Política Nacional de Atenção Básica, de 2006, preconizava que o processo de capacitação para toda a equipe multiprofissional do PSF deveria iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho por meio do Curso Introdutório. Recomendava-se ainda que esse curso fosse realizado em até três meses após a implantação da ESF (BRASIL, 2007 [2006], p. 29). Este era o primeiro curso de formação pelo qual os ACS passavam, era ele que os inseriam no sistema público de saúde. Com duração de cinco dias (40 horas) e material apostilado, o Curso Introdutório seguia o seguinte conteúdo programático: a) definição de saúde; b) antropologia e saúde da família; c) ética; d) trabalho em equipe; e) motivação e liderança; f) SUS; g) territorialização; h) família; i) visita domiciliar; j) ACS; k) atribuições específicas de cada profissional da ESF; l) Sistema de Informação de Atenção Básica de Saúde (SIAB); m) dengue.

Desde o início da pesquisa, em 2008, foram realizados apenas dois Cursos Introdutórios no município, os quais eram destinados também a técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e recepcionistas contratados para atuar no Programa de Saúde da Família. Os únicos profissionais não introduzidos ao conceito PSF por meio dessa formação inicial eram os enfermeiros, os médicos e os odontólogos, pois se pressupunha que eles haviam tido disciplinas inteiras sobre atenção básica, medicina preventiva e, inclusive, sobre a Estratégia de Saúde da Família (considerando-se os cursos mais recentes) durante sua formação acadêmica. Irei apresentar, a seguir, os eixos fundamentais do Curso Introdutório, cujo objetivo era capacitar e construir estratégias de formação para os profissionais da saúde segundo as diretrizes ideológicas do SUS. Para tanto, descreverei algumas técnicas lúdico-pedagógicas utilizadas como facilitadoras do *processo ensino-aprendizagem* do discurso que se pretendia inculcar.

3.1. O Curso Introdutório

O Vestido Azul

Num bairro pobre de uma cidade distante, morava uma garotinha muito bonita. Ela freqüentava a escola local. Sua mãe não tinha muito *cuidado* e a criança quase sempre se apresentava suja.

O professor ficou penalizado com a situação da menina. “Como é que uma menina tão bonita pode vir para a escola tão mal arrumada?” Separou algum dinheiro do seu salário e, embora com dificuldade, resolveu lhe comprar um vestido novo. Ela ficou linda no vestido azul.

Quando a mãe viu a filha naquele lindo vestido azul, sentiu que era lamentável que sua filha, vestindo aquele traje novo, fosse tão suja para escola. Por isso, passou a lhe dar banho todos os dias, pentear seus cabelos, cortar suas unhas.

Quando acabou a semana o pai falou: “mulher, você não acha uma vergonha que nossa filha, sendo tão bonita e bem arrumada, more em lugar como este, caindo aos pedaços? Que tal você ajeitar a casa? Nas horas vagas, eu vou dar uma pintura nas paredes, consertar a cerca e plantar um jardim.”

Logo mais, a casa se destacava na pequena vila pela *beleza* das flores que enchem o jardim, e o *cuidado* em todos os detalhes. Os vizinhos ficaram envergonhados por morarem em barracos feios e resolveram também arrumar as suas casas, plantar flores, usar pintura e *criatividade*.

Em pouco tempo, o bairro todo estava *transformado*. Um religioso, que acompanhava os *esforços* e as *lutas* daquela gente, pensou que eles bem *mereciam* um auxílio das autoridades. Foi ao prefeito expor suas idéias e saiu de lá com autorização para formar uma *comissão* para *estudar* os melhoramentos que seriam necessários ao bairro.

A rua de barro e lama foi substituída por asfalto e calçadas de pedra. Os esgotos a céu aberto foram canalizados e o bairro ganhou ares de *cidadania*. E tudo começou com um vestido azul.

Não era intenção daquele professor *consertar* toda a rua, nem criar um organismo que socorresse o bairro. Ele fez o que podia, deu a sua parte. Fez o primeiro *movimento* que acabou fazendo com que outras pessoas se motivassem a *lutar* por *melhorias*.

Será que cada um de nós está fazendo a sua parte no lugar onde vive? Por acaso somos daqueles que somente apontamos os buracos da rua, as crianças à solta sem escola e a violência do trânsito?

Se somos, sigamos o *exemplo* do professor e lembremos que é difícil *mudar* o estado total das coisas; que é difícil limpar toda a rua, mas é fácil varrer nossa calçada. É difícil *mudar* um bairro, mas é fácil dar um vestido azul (AUTOR DESCONHECIDO).

Esta parábola, uma dentre tantas outras utilizadas pelos palestrantes durante o Curso Introdutório, revela-se paradigmática para a compreensão da finalidade “pedagógica” e “disciplinar” de programas como o PSF. Para além da atenção em saúde, tratava-se de uma estratégia cujo objetivo último era a “mudança de valores, crenças e costumes”, não apenas

sanitários, mas referentes às várias esferas da vida social. Estamos diante da Reforma Sanitária em ato, mas não daquela que se propõe a abalar as bases das políticas públicas de saúde, e sim de uma verdadeira Reforma Cultural e Moral alicerçada em slogans cuja capilaridade e penetração social são impulsionadas por “processos educativos”. Isso significa que a educação vem sendo aplicada à saúde no intuito de “promover uma reforma social” por intermédio desse setor.

A adoção de projetos pedagógicos para os cursos de capacitação de profissionais da saúde pública desvelam a atuação da educação como estratégia que impulsiona a “mudança de mentalidades”, bem como o conseqüente imbricamento entre a Saúde e a Educação. Na verdade, esse projeto educativo transpassa, na atualidade, praticamente todos os setores, fato que pode ser percebido pela utilização naturalizada e massificada do conceito de interdisciplinaridade, apregoado, muitas vezes, de maneira acrítica. É preciso questionar se a dialogia setorial proposta pela interdisciplinaridade não esconderia a dominância de um plano normatizador – representado pelo setor educação – sobre os planos operacionais – representados pelos outros setores prestadores de serviços públicos. Essa transversalidade do setor educacional traria a tona o objetivo último de um processo formativo desencadeado pelo Estado – a construção ou a fabricação de um determinado tipo de Pessoa (MAUSS, 2003): uma espécie de tipo ideal de “cidadão”.

A “missão” dos cursos de formação, segundo seus principais atores, era *ensinar*. Para Bourget (2005), o desafio do Introdutório era *educacional* e visava ao desenvolvimento dos seguintes pressupostos de *aprendizagem: mudança* na concepção da atenção à saúde, por meio de *transformações* nas práticas profissionais atuais e uma nova formação para as futuras; profissionais que construam permanentemente seus conhecimentos, apropriando-se de novas teorias e ações, de acordo com o novo perfil exigido para o trabalhador que desejasse ingressar ou manter-se na estratégia de Saúde da Família; *repensar* a qualificação do profissional da saúde, de modo a incorporar a perspectiva do *trabalho em equipe* e a *Vigilância do Risco*.

Para os palestrantes, o Introdutório constituía-se em um momento privilegiado e desafiador, pois era a oportunidade primeva de promover uma reflexão coletiva na qual os neófitos ACS decidiriam, pelo menos a priori, se iriam “*abraçar essa proposta de trabalho*”, tarefa que exigiria uma *reavaliação de seus conceitos* e um constante processo de aperfeiçoamento, reciclagem e motivação para que as mudanças necessárias pudessem ser

empreendidas – era o que se denominava de *educação continuada*. O discurso dos palestrantes era, assim, ideológico, no sentido da militância, e buscava angariar adeptos para um “empreendimento moral” que se pretendia humanístico: era a “reforma” do próprio HOMEM que estava em jogo. A poesia apresentada como reflexão final em uma das apresentações do curso, revela bem esse caráter:

A Pedra

O distraído nela tropeçou.
 O bruto a usou como projétil.
 O empreendedor, usando-a, construiu.
 O camponês, cansado da lida, dela fez assento.
 Para os meninos, foi brinquedo.
 Drummond a poetizou.
 Com ela, David matou Golias.
 E o artista concebeu a mais bela escultura...
 E em todos esses casos, a diferença não estava na
 pedra, mas no HOMEM!! (Autor anônimo)

Desse modo, subjazia ao Curso a idéia da *formação do cidadão* e do desenvolvimento de suas *virtudes*, a fim de que ele se tornasse o facilitador de um processo muito mais amplo. A parábola inicial reflete essa idéia de multiplicação da *cidadania* a partir de um *cidadão*; a formação do ACS também segue mais ou menos essa lógica, ou seja, após a fabricação do cidadão e profissional de saúde por meio do Introdutório, este virá a ser o *multiplicador* dos *valores* incorporados em seu trabalho junto à comunidade a qual ele próprio pertence. A estratégia era criar um sujeito que também fosse capaz de sujeitar outros sujeitos, em uma espécie de ciclo vicioso reificado. Todavia, para que o ACS se tornasse esse *multiplicador*, fazia-se necessário que ele introjetasse os princípios básicos da *ética* profissional do Programa de Saúde da Família, os quais, convertidos em hábitos operativos se tornariam essenciais para a manutenção de programas assistenciais multiprofissionais, cujo objetivo final seria comum a todos.

Nesse intuito, uma das palestrantes propôs a utilização da *ética das virtudes* como caminho para o trabalho de qualidade. A chamada *ética das virtudes* remonta à “Ética a

Nicômaco”, de Aristóteles⁵⁹, a qual determinava qual a finalidade que presidia e justificava a vida humana, bem como a maneira de alcançá-la. Essa finalidade era a felicidade suprema - que não consistia em prazeres, em riquezas ou em honras, mas em uma vida virtuosa para a qual se havia adquirido as necessárias habilidades. Desse modo, a questão central sobre como se deveria viver recebia como resposta, nas palavras de Aristóteles, o seguinte imperativo: “cultive as virtudes”. O autor defendia que a maneira de prosperar como ser humano era *cultivar as virtudes*, as quais podiam ser compreendidas como padrões apropriados e refletidos de comportamento e sentimento em determinadas circunstâncias. Segundo ele, a virtude podia ser encontrada pelo homem dotado de prudência e *educado* pelo *hábito* no seu exercício; apenas esse homem virtuoso era capaz de harmonizar e incorporar todas as *virtudes* em seu agir habitual. Várias eram as virtudes apresentadas: benevolência, compaixão, coragem, competência, equidade, afabilidade, generosidade, honestidade, justiça, paciência, sensatez, lealdade e tolerância – valores de ordem moral consideradas tanto como inerentes ao caráter da Pessoa quanto passíveis de treinamento, os quais concorriam para a solidificação da estratégia pedagógica que será apresentada posteriormente e para o enriquecimento da atuação profissional.

Segundo a palestrante, em sentido restrito, a *ética* seria utilizada para conceituar deveres e estabelecer *regras de conduta* do indivíduo, no desempenho de suas atividades profissionais e em seu relacionamento com clientes e demais pessoas. A ética profissional regularia o relacionamento interpessoal dos trabalhadores, bem como sua relação com o trabalho em si, uma vez que cada profissional teria *responsabilidades individuais* e *responsabilidades sociais*. O valor *ético* de cada trabalho seria variável em função de seu alcance em face da comunidade, em função do bem comum proporcionado. Para ilustrar sua última assertiva, projetou em slide a breve história que se segue, cujo autor é desconhecido:

Dizem que um sábio procurava encontrar um *ser integral*, em relação a seu trabalho. Entrou, então, em uma obra e começou a indagar. Ao primeiro operário perguntou o que fazia e este respondeu que procurava ganhar seu salário; ao segundo repetiu a pergunta e obteve a resposta de que ele preenchia seu tempo; finalmente, sempre repetindo a pergunta, encontrou um que lhe disse: “Estou construindo uma catedral para a minha cidade”. A este último, o sábio teria atribuído a *qualidade de ser integral* em face do trabalho, como *instrumento do bem comum*.

⁵⁹ ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco*. Lisboa: Quetzal Editores, 2004. Tradução portuguesa de António de Castro Caieiro.

A *responsabilidade* foi apontada como uma das *virtudes éticas essenciais* para o *trabalho em equipe*, uma vez que uma pessoa que se sinta responsável pelos resultados da equipe terá maior probabilidade de agir de maneira mais favorável aos interesses dessa equipe e de seus clientes, dentro e fora da instituição. Outra virtude essencial, de acordo com o seu ponto de vista, seria a lealdade, pois, o trabalhador leal: *veste a camisa*, procurando saber o máximo possível sobre a instituição onde trabalha; defende a instituição, mas também a critica construtivamente às instâncias superiores, quando necessário; tem orgulho de fazer parte dela e fala positivamente a seu respeito, evitando criticá-la de forma inescrupulosa a terceiros.

Além dessas, afirmou ser praticamente impossível se falar em trabalho na área da saúde sem se reportar ao *sigilo*. O respeito às informações que são transmitidas aos profissionais de saúde, em caráter sigiloso, devem assim permanecer. Revelar detalhes ou mesmo frívolas ocorrências dos locais de trabalho configura-se como fofoca. Além disso, caso o usuário que confidenciou tal informação venha a descobrir que a mesma foi propagada, pode comprometer a credibilidade do Programa. Esse aspecto foi apontado como particularmente relevante no PSF, em virtude dos novos conceitos utilizados na reformulação da atenção básica e que são incorporados por essa estratégia, tais como, *humanização* e *vínculo*. Por um lado, dentre os direitos dos usuários que podem ser garantidos em um projeto de *humanização* dos serviços de saúde está o direito à privacidade das informações; por outro, o *vínculo* é a característica apontada como fundamental para o êxito do Programa, o qual exige um grande compartilhamento de informações, bem como a criação de laços de compromisso e *co-responsabilidade* entre os profissionais de saúde e a população.

Com uma metodologia alicerçada na dialogia e no construtivismo, o Curso Introdutório foi concebido para: construir um novo enfoque de reflexão a partir de discussões que propiciem a revisão de conceitos e práticas, bem como permitam a incorporação de novas atitudes; incentivar e oportunizar a promoção de *mudanças* ou *transformações* no modo de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletivo-familiar; e re-significar o *ensinar* e o *aprender* para as equipes do PSF no âmbito da Atenção Básica, de modo a permitir que os participantes saíssem desse primeiro processo formativo diferentes da maneira como entraram (BOURGET, 2005).

Desse modo, para que o ACS tivesse uma bagagem mínima para atuar como multiplicador junto aos outros moradores de seu bairro, alguns conceitos precisavam ser

discutidos e esclarecidos. Enfatizo dois que considero fundamentais, dada a importância deles para a Estratégia de Saúde da Família: o conceito de saúde e o conceito de família. Ambos foram trabalhados no Curso Introdutório com técnicas muito semelhantes: primeiro, solicitava-se que os participantes dissessem ou escrevessem o que esses termos significavam para eles; em seguida, empreendia-se uma discussão coletiva na qual se procurava aproveitar o que havia de melhor naquilo que havia sido exposto anteriormente para construir, coletivamente, um conceito que se adaptasse a realidade do trabalho que iriam executar. Todavia, devo salientar que a proposta de reflexão coletiva era sutilmente enviesada pelos palestrantes, na medida em que eles davam uma “mãozinha” para que o conceito final fosse semelhante ao script que tinham de seguir.

Por exemplo, o conceito de saúde que se queria embutir era o próprio conceito ampliado de saúde utilizado pelas políticas públicas, ou seja, a saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 118). A proposta de construção coletiva não passava de um artifício para impor um conceito previamente construído, o qual trazia para si a própria noção de sociedade – enquanto organização social de suas diferentes esferas - e de Estado – enquanto o principal articulador dessas esferas para a concretização da *qualidade de vida* entre os *cidadãos*. Entretanto, como veremos pelo gráfico abaixo, a essas noções subjaziam valores como harmonia e equilíbrio, os quais novamente nos remetem a uma quimera de difícil operacionalização.

Mais do que isso, era preciso questionar se os modelos utópicos e idéias-força como harmonia e equilíbrio não acabariam por trazer implícitas a coerção e a intolerância, uma vez que classificariam o mundo em um padrão maniqueísta entre aquilo que deve ser (o certo) e aquilo que não deve ser (o errado). E aqui me parece que encontramos um elemento contraditório. Se por um lado, há um padrão de equilíbrio e de verdade que deve ser seguido, por outro, os palestrantes do Introdutório apresentavam aos educandos, justamente, a Antropologia: no intuito de relativizar esses conceitos, de modo a trazer para o discurso a idéia de respeito à diversidade, relativismo cultural e alteridade.

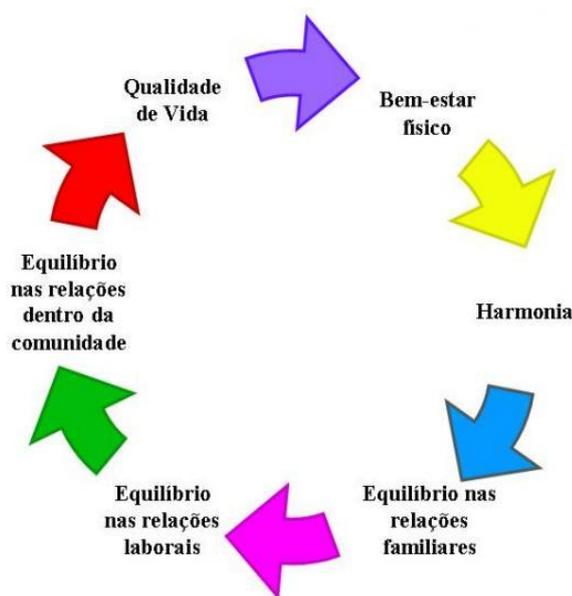


Figura 5.1.1 – Qualidade de Vida e Conceito Ampliado de Saúde

Fonte: Ministério da Educação e Cultura (MEC) – Portal do Professor⁶⁰

A apresentação da antropologia para um público constituído por futuros ACS tinha por objetivo fazer com que eles refletissem acerca da relatividade do significado das doenças, das explicações, das crenças, dos tipos de tratamento considerados eficazes, das configurações atuais de família, etc. Para tanto, o palestrante iniciou sua abordagem por uma breve discussão sobre o significado e a importância da Antropologia para a compreensão das crenças e comportamentos relacionados com a saúde e a influência da cultura sobre o processo saúde-doença. Seu intuito era demonstrar que os programas de assistência à saúde, tais como o Programa de Saúde da Família, deveriam ser planejados e operacionalizados não apenas com referência aos aspectos sanitários e biomédicos hegemônicos, mas também se levando em consideração as crenças e o contexto sócio-político-econômico da comunidade assistida. Dessa forma, afirmou que as intervenções sanitárias não deveriam ser impostas, mas negociadas, embora o seu próprio discurso estivesse pautado pela contradição:

*Vocês não podem colocar os princípios de vocês acima dos princípios dos usuários; vocês não podem chegar com o olhar preconcebido e nem violar os valores dos outros. Mas, vocês precisam saber que são agentes do Estado e que **devem modificar a mentalidade da população de forma gradual, sem agressão.** Vocês são os profissionais mais*

⁶⁰ Imagem disponível em: <<http://cnaturais9.files.wordpress.com/2008/03/qualidade-de-vida-novo.jpg>>

importantes dentro do PSF, pois vocês têm nas mãos a oportunidade e o dever de ensinar essas pessoas a como viver melhor, a como viver com mais saúde. (Médico da família durante sua palestra sobre “antropologia”).

Cabe aqui uma ressalva no que se refere à idéia de interdisciplinaridade, não nas práticas das equipes multiprofissionais, mas nos discursos da Saúde Coletiva, a qual se move nos interstícios de um trânsito de saberes cada vez mais diversificado. Uma vez que dialogam, esses saberes são apropriados e interiorizados por uns e por outros, o que dá certa tonalidade de interlocução e interdisciplinarização dos campos (BOURDIEU, 2003). Entretanto, os retalhos de *epistemes* diversas costuradas em colcha acabam por desprezar todo elemento contraditório. Não por acaso, o discurso híbrido e amalgamado que se origina desse trânsito multivocal, revela, na prática, sua instabilidade.

Assim, era perceptível a dificuldade e o constrangimento do médico de família ao discorrer, retoricamente, sobre conceitos alheios a sua prática cotidiana. A pseudo-coerência da bricolagem de saberes do discurso revelava suas incongruências quando de sua reprodução. Desse modo, a apropriação de conceitos sócio-antropológicos pela Saúde Pública é utilizada muito mais como argamassa para a legitimação de um “projeto de construção do sujeito” do que, efetivamente, para a mudança de paradigma. Ainda que as Ciências Sociais venham sendo convocadas, mais e mais, para participar das negociações que envolvem a Saúde Pública e Coletiva, isso não logrou até o momento mudanças significativas.

Se o deslocamento do cartesianismo epistemológico dos conceitos de saúde e de doença oriundos da biomedicina pode refletir a incorporação das críticas ao modelo biomédico empreendidas em estudos antropológicos, deve-se atentar para o fato de que se trata, contudo, de uma incorporação relativa que visa a justificar a assunção de um novo modelo de intervenção – o da Promoção da Saúde, o qual, como veremos adiante, opera ainda com dispositivos de “violência simbólica” (BOURDIEU, 1983), ainda que recalcados ou escondidos sob outras nomenclaturas.

Outra técnica utilizada no Curso Introdutório foi a projeção de um estudo de caso visual de uma família atendida pelo PSF em uma das favelas do Rio de Janeiro, o qual deveria servir como um operador metodológico para o start da discussão que se pretendia empreender. As fotos procuravam provocar o espectador e levantar uma série de aspectos relevantes para a compreensão do assunto em questão. Sua intenção era a de que os

participantes, a partir dessas fotos, sugerissem possíveis formas de abordagem e intervenção do profissional de Saúde da Família.

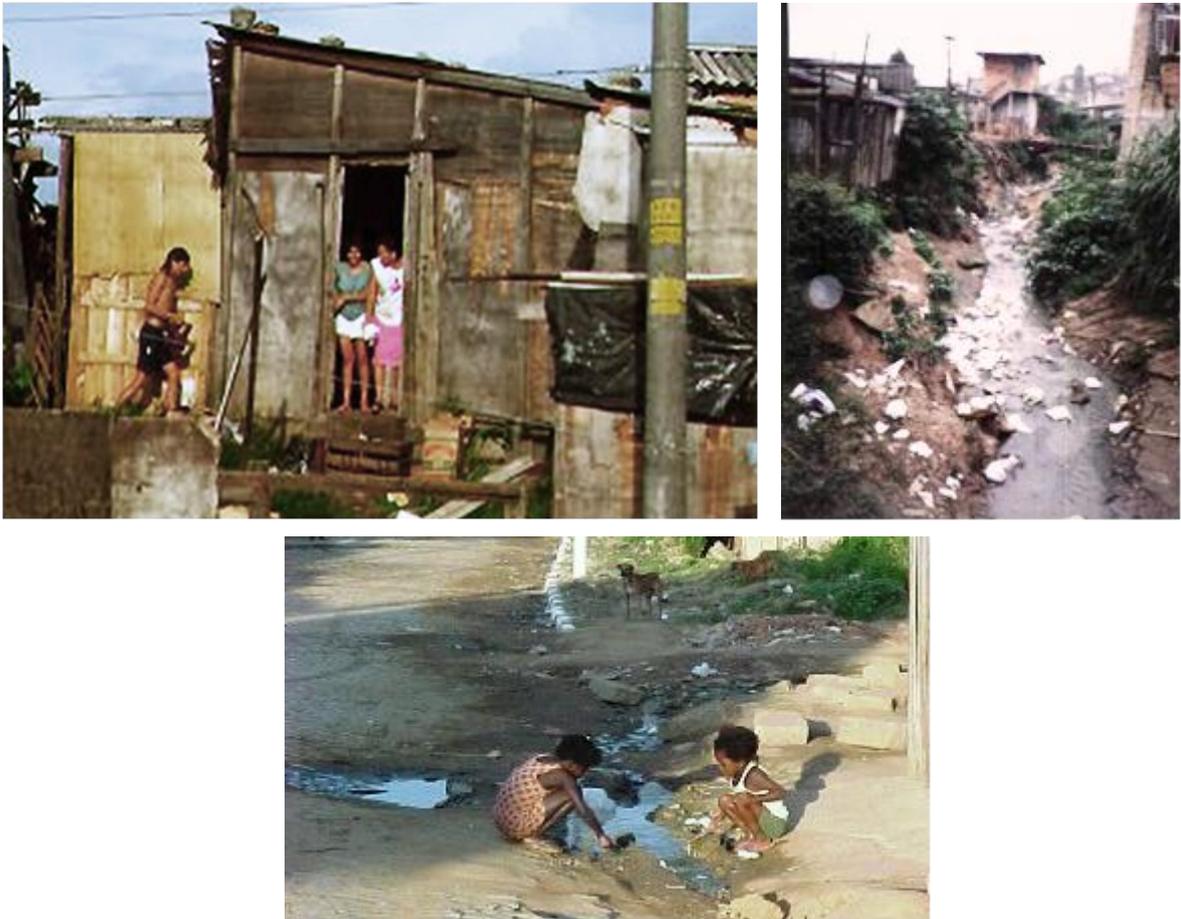


Figura 5.1.2 – Fotos de uma família atendida pelo PSF em favela do Rio de Janeiro

Fonte: Palestra do Curso Introdutório do PSF – Secretaria Municipal de Saúde de Americana

A primeira solicitação do palestrante ao público foi a de que eles descrevessem o quadro familiar retratado nas fotos, da maneira mais detalhada que conseguissem por meio de uma técnica denominada “tempestade cerebral”, ou seja, sugeria-se que os participantes dissessem tudo o que lhes viesse à cabeça acerca daquelas cenas, sem prévia reflexão, críticas ou julgamentos. Somando-se a contribuição de todos aqueles que, efetivamente, auxiliaram na composição desse retrato, chegou-se a seguinte descrição, a qual foi lapidada pelo médico da família e inserida em uma caixa de texto, como a que se segue, para a apreciação de seus formuladores:

Tratava-se, supostamente, de uma família composta por cinco pessoas: três adultos e duas crianças, quatro mulheres e um homem. Sugeriu-se que ela poderia ser conformada da seguinte maneira: um jovem casal heterossexual, cuja prole seria composta por duas meninas; a mãe de um dos jovens e, conseqüentemente, sogra do outro; e um ou dois cachorros, os quais também poderiam ser cachorros da rua. A residência estaria situada em um bairro pobre, composto por habitações dispostas de modo desorganizado e constituídas, majoritariamente, por barracos construídos com restos de madeira, papelão, latão, telhas brasilit, sacos plásticos, entre outros materiais, possivelmente, encontrados nas ruas. Entre esses barracos também poderiam ser encontradas pequenas casas de alvenaria. A se julgar pelo formato e tamanho das construções insinuou-se a ausência de divisões internas bem delimitadas, tais como quartos, sala, cozinha, entre outras. Questionou-se, inclusive, a existência e a localização dos banheiros nessas moradias. No entorno, era possível visualizar um riacho - certamente poluído em decorrência do acúmulo de lixo em seu leito e em suas margens; pouquíssima vegetação; lixo e depósito de água nas mesmas ruas em que crianças descalças brincavam; entre outros.

A partir deste quadro, a questão seguinte inquirida aos participantes referia-se à anuência ou não desse território e dessa família para usufruto dos serviços oferecidos pela ESF e, em caso afirmativo, quais os principais problemas de saúde identificados. Alguns questionaram a atuação do PSF em condições tão precárias, afirmando que se sentiam despreparados para intervir em um caso como o ilustrado; outros informaram que se tratava de uma realidade distante da que viviam e que teriam dificuldades em lidar com situações similares de pobreza. A maioria reportou insegurança na forma de abordagem do caso no que se referia ao transporte utilizado para chegar ao local da visita, ao vestuário adequado, ao modo de lidar com odores decorrentes da falta de higiene, à aceitação ou recusa de alimentos durante as visitas e, principalmente, àquilo que, de fato, seria uma atribuição do profissional do PSF, uma vez que parecia se tratar muito mais de uma questão social.

Todos os que se manifestaram afirmaram como condição *sine qua non* a necessidade de *mudança de hábitos e comportamentos* dos assistidos, além da *conscientização* de seus *direitos de cidadania* para reivindicar, junto aos órgãos da administração pública, implementações de melhorias em infra-estrutura básica. Para tanto, sugeriram um programa de *educação em saúde* como uma das ações possíveis no intuito de minimizar as insalubres condições apontadas. Reparem que, se o Introdutório tinha por objetivo formar multiplicadores, e se estes precisavam ter um perfil que se adequasse a essa função, essas contribuições de alguns educandos poderiam facilmente demonstrar ao

palestrante a existência de um terreno fértil para a formação desse futuro educador da comunidade, bem como o potencial para que eles viessem a se tornar futuros agentes de intervenção e mediação do Estado.

Nesse momento, inseriu-se também a idéia do ACS como um *investigador* – alguém que observa, interage e busca soluções junto às famílias, à comunidade e a seus pares para melhor atuar; um profissional que deve ser um grande conhecedor da *coisa pública* para poder buscar soluções na escola, nos serviços de assistência social e saúde mental, etc., de modo a partilhar conhecimentos tanto com os que sabem mais quanto com os que sabem menos, em busca de soluções possíveis. Desse modo, o ACS pode dar sugestões para que a ESF busque soluções em outros setores. Como exemplo, o seguinte caso foi colocado em discussão:

Um ACS, em visita domiciliar a uma residência, encontrou duas pessoas: uma mãe, quem, naquele dia, havia perdido o dia de serviço; e uma criança de oito anos, quem havia sido impedida de entrar na escola por não estar vestida com o uniforme - fato este que foi o responsável pela mãe ter sido obrigada a faltar no serviço. Para analisar esse caso, fazia-se necessário observar a realidade da população atendida por esse PSF. Tratava-se, assim, de uma comunidade na qual 95% das mulheres trabalhavam fora – a grande maioria como ajudantes do lar em residências mais abastadas. Quando chegavam a casa, ao entardecer, precisavam dar conta do trabalho doméstico em suas próprias residências: jantar, filhos, marido, roupas, louça, faxina. Enfim, uma jornada dupla que, às vezes, impedia que o uniforme estivesse em ordem todos os dias, ainda mais se levamos em consideração que, por se tratar de uma família com menores condições financeiras, o número de uniformes por criança era, em média, de apenas dois, o que fazia com que qualquer contratempo atrasasse a manutenção dos mesmos. Uma solução possível seria a de comunicar essa percepção à equipe, a qual, representada pela chefia, procuraria traçar uma rede junto à escola. A situação observada seria comunicada à diretora, para que a mesma entendesse o contexto da comunidade na qual essa escola estava inserida e pudesse propor soluções que facilitassem a vida dos estudantes e de suas famílias. Uma idéia poderia ser a substituição do uniforme da escola por um uniforme básico – calça jeans e camiseta branca, por exemplo; ou, talvez, uma tentativa de baratear ou parcelar a aquisição desse uniforme junto a uma confecção.

Vejamos que é dada ao ACS a incumbência de ser o porta-voz da comunidade assistida – não apenas em reivindicações estritamente sanitárias, mas também naquelas de cunho social - e, ao mesmo tempo, de ser o *educador* que incute os valores necessários para que a própria população aprenda a falar por si mesma, e isso só é possível pelo *vínculo* que o ACS estabelece em sua relação com seus usuários, dada a proximidade espacial e cultural entre eles. Contudo, é preciso ressaltar que o incentivo dado às questões da *participação comunitária* e, conseqüentemente, à *cidadania*, apresentam um caráter regulador, pois, se por um lado, a *participação comunitária* é estimulada, por outro, ela precisa estar dentro de certo padrão de conformidade de acordo com os interesses do próprio ator que a incentiva – o Estado.

Na comunidade costa-riquenha estudada por Morgan (2006), por exemplo, as ações reivindicatórias da militância política não só eram desconsideradas como ações participativas em saúde como eram repudiadas. Por conseguinte, o que se entendia por *participação comunitária* era a *educação* da população para aprender a gerir seu próprio *cuidado*, a fim de não delegar ao Estado toda a *responsabilização* por seu *bem-estar*, numa atitude denominada de *co-responsabilização* e *co-gestão*, a qual incluía a participação em Conselhos Locais e Municipais de Saúde – participação limitada de acordo com as normas que o regulamentavam. Valorizava-se a autonomia do sujeito desde que ela fosse aprendida segundo critérios coletivos pré-estabelecidos, ou seja, o indivíduo era obrigado a se pensar como autônomo, mas, ao mesmo tempo, tinha de se mostrar dócil (FOUCAULT, 2007) para com as “estratégias inclusivas” dos programas de saúde pública.

Se por um lado procurava-se pregar a não homogeneidade das culturas, bem como o erro que se comete ao submeter crenças e comportamentos a generalizações, as quais levavam ao desenvolvimento de estereótipos, interpretações equivocadas, preconceitos e discriminações; por outro, o discurso de aceitação da diversidade cultural estava, inexoravelmente, anexado ao de necessidade de *mudança cultural*. Por conseguinte, solicitava-se aos ACS que evitassem fazer julgamento de valor dos usuários do PSF e/ou impor uma *mudança de mentalidades e de hábitos*; porém, admitia-se, a necessidade de uma *transformação negociada* das famílias atendidas.

Assim, o ACS deveria acolher os valores da família sem violá-los; entretanto, deveria tentar uma modificação gradual, sem violência ou imposição, desses mesmos valores que estivessem em desacordo com aquilo que era tomado pelo discurso sanitário como norma

ou verdade. O recado era “*não imponha seus valores, respeite as individualidades com ética*”. E isso me remete, ainda uma vez, a questão da visibilidade de Marilyn Strathern, pois parece que essa necessidade reiterada de justificar a *mudança cultural* com o adendo da não coerção e da não imposição de valores, de fato, tornava mais explícito o objetivo de *controle* e *vigilância à saúde*, bem como a incongruência e a contradição de tais afirmativas. Vejamos no depoimento abaixo como essas duas idéias fluem naturalmente no discurso dos profissionais de saúde:

É, a visita domiciliar tem que ser feita com calma, paciência e sem pressa. Existem profissionais que não sabem para que é feita a visita. Acham que visitar é consultar. Até não deixa de ser, mas não é essa a finalidade. O principal é conhecer o usuário em sua intimidade, saber como ele vive de verdade, deparar-se com as verdadeiras condições de vida da pessoa. O profissional que faz uma visita bem feita, que anda pela casa, pelo quintal, procura focos de dengue⁶¹, abre a geladeira da pessoa, toma um café com o visitado, tem muito mais condições de depois tratar de sua saúde. A visita bem feita evita que o profissional, sobretudo o médico, prescreva tratamentos e/ou medicações que o usuário não terá condições de fazer. Além de tudo isso, a visita domiciliar é o momento de compartilhar, conhecer, vivenciar as possibilidades de cada um (Enfermeira-chefe do PSF).

Nas visitas domiciliares que acompanhei, essa “invasão de privacidade” fazia parte do script da visitação. Observei, de fato, ACS abrindo geladeiras, sem qualquer cerimônia, a procura de guloseimas que pudessem indicar abuso no consumo de glicose nas residências de diabéticos. Monitoramento de caminhadas diárias, da ingestão correta de medicação, da higiene doméstica e pessoal, de água estagnada que pudesse indicar um foco de dengue, da realização do exame periódico de prevenção de câncer do colo uterino, entre outras, foram algumas das ações de *controle* e *vigilância* dos ACS verificadas em campo.

Para isso fazia-se necessário o estabelecimento de um elemento-chave no processo relacional entre ACS e usuário – tratava-se do *vínculo* e, conseqüentemente, da

⁶¹ Uma vez que a dengue é considerada um dos principais problemas de saúde pública do mundo (a OMS estima que entre 50 a 100 milhões de pessoas se infectem anualmente, em mais de 100 países, em todos os continentes, exceto na Europa), ela passa a ser foco de intervenção constante dos agentes comunitários de saúde nas residências dos usuários.

confiança – característica absolutamente fundamental para a *negociação* dos termos de *mudança*. Observar, abrir-se para a possibilidade de um “diálogo compartilhado”, estabelecer uma confiança mútua entre agente e usuário e intervir, de modo a reforçar ou mudar o comportamento e/ou o hábito de uma pessoa/família/comunidade – eis os pilares da atuação dos ACS que ressaltavam, na prática, de todo o discurso elaborado sobre eles. O *vínculo* é tratado como outra questão chave; contudo, apesar dele ser absolutamente necessário nas VD, era preciso que seu investimento fosse na medida certa - nem pouco a ponto de comprometer o objetivo do trabalho e nem muito a ponto de criar uma dependência no usuário. Segundo a palestrante, ao realizar a VD o entrevistador deve:

“Olhar para o entrevistado; estabelecer e manter bom relacionamento a partir da criação de um clima amistoso; confirmar o objetivo da VD; dispor-se a ouvir e observar mais do que falar; utilizar expressões de apoio e encorajamento; estar atento para o momento e tipo de pergunta a ser feita; manter, discretamente, a conversa/diálogo dentro do objetivo estabelecido; observar comportamentos verbais e não-verbais do entrevistado; prestar atenção a cada manifestação do entrevistado; considerar as sugestões do entrevistado, analisando-as em conjunto; utilizar expressões verbais e não-verbais que encorajem o entrevistado a falar; evitar interromper o entrevistado; procurar esclarecer alguma dúvida surgida; oferecer ajuda concreta, se for o caso; resumir no final da entrevista o que foi discutido, salientando as decisões tomadas, ou encaminhamentos que forem necessários”.

No que se referia ao conceito de família, pudemos perceber que dada à exposição das fotos, pressupôs-se diretamente uma família padrão, como vimos acima: um casal heterossexual, duas filhas e a mãe de um dos cônjuges. Ninguém do público sugeriu outra conformação. Na tarefa seguinte, foi solicitado ao grupo para que cada participante escrevesse em um pedaço de papel em branco a sua concepção acerca de família. Seguem abaixo algumas das respostas, transcritas literalmente da forma como foram formuladas:

- 1) *Grupo de pessoas onde cada um tem uma função, independente de serem parentes ou não.*
- 2) *Família é o alicerce. Geralmente, o indivíduo se torna alguém com as características da família onde se criou.*
- 3) *É uma união de pessoas com relações afetivas e com o objetivo de ajuda mútua.*
- 4) *Família são as pessoas com quem convivemos.*
- 5) *Família é o maior dom de amor e de carinho que recebemos de Deus.*
- 6) *Relações de amor, afeto e carinho.*
- 7) *Um conjunto de pessoas que vivem em um só ambiente.*
- 8) *União.*
- 9) *União, amizade, paciência. É dividir e compartilhar alegrias e tristezas.*
- 10) *É tudo: amor, união, cumplicidade, companheirismo.*
- 11) *Segurança, confiança, amor, carinho, confraternização, enfim, tudo na minha vida.*
- 12) *Família é a base, é refúgio e é amor.*
- 13) *Família são todas as pessoas que vivem juntas na mesma casa.*
- 14) *É a referência, o alicerce, o apoio. Tudo começa na família.*
- 15) *Família – são duas ou mais pessoas que vivem no mesmo espaço.*
- 16) *É estar junto.*
- 17) *Família é o alicerce para a integração entre as pessoas.*
- 18) *São pessoas ligadas por laços de sangue.*
- 19) *É quem faz parte da minha vida e do meu cotidiano; é quem tem valor para mim.*
- 20) *Não apenas descendência, mas pessoas por afeições e similaridades.*

Em seguida, buscou-se identificar nos conceitos anteriores elementos que pudessem ser utilizados para uma construção coletiva do mesmo, a qual ganhou a seguinte configuração:

Pode se considerar família como um sistema ou uma unidade, cujos membros podem ou não estar relacionados ou viver juntos, pode conter crianças ou não, sendo elas de um único pai ou não. Nela existe um compromisso e um vínculo entre seus membros e as funções de cuidado, tais como, proteção, alimentação e socialização.

Mais uma vez estamos diante de uma contradição: na elaboração de um conceito refletido e teórico até é possível pensar em outras conformações de família, mas, no momento em que se é “pego de surpresa”, no qual se tem de falar sem prévia reflexão, o que aparece é apenas o padrão. A palestrante, dando prosseguimento à técnica anterior, faz todo um discurso no qual aborda diferentes concepções de família, tais como as noções de família nuclear, homossexual, monoparental, extensa, reestruturada, além de “família de risco” ou “família em risco” e “família-problema”⁶². Estas últimas são categorias nativas utilizadas para classificar as famílias nas quais a abordagem da ESF e, particularmente, dos ACS deve ser mais intensa, de modo a promover um maior *acolhimento* e ser o diferencial dessa nova *clínica ampliada em saúde*; ou seja, é particularmente nessas famílias que o ACS deve agir como *interventor*. O *acolhimento* era fundamental para a criação do *vínculo* e para a conseqüente facilitação de um processo de compartilhamento, cuja finalidade era a *aprendizagem* de novos padrões de *vida saudável*.

A palestrante procurou demonstrar que a família era a mais constante e consistente unidade de saúde para os seus membros e, por esse motivo, ela passou a ser considerada o principal foco de *intervenção* das ações em saúde pública. Segundo ela, o funcionamento familiar revelava a maneira como as necessidades de seus membros eram ou podiam ser atendidas, isto é, como os sinais e os sintomas de doença e mal-estar eram interpretados e quais as rotinas de cuidado que eram acessadas nesses casos, as quais, geralmente, eram pautadas: pelas informações acerca dos serviços de saúde disponíveis, pelo saber popular em saúde, pela familiaridade em relação a certos procedimentos, entre outros. Além do mais, devido a características próprias de proximidade e convivência, a família tinha melhores condições para acompanhar os processos de saúde e doença de seus membros.

Contudo, se pensarmos que a intervenção do PSF é na família e não no indivíduo, e que a família é a primeira instituição que incute valores, crenças e projetos de vida nas crianças, veremos que a proposta de Saúde da Família - para além da atenção em saúde - seria uma extensão do projeto de institucionalização que o indivíduo sofre desde o nascimento, na qual se invocaria uma demanda pedagógica para a construção do sujeito.

⁶² Segundo as palestrantes, as famílias de risco ou em risco (termos que foram utilizados como sinônimos) são as famílias que estão no limite de perder os laços com a comunidade, seja por problemas financeiros, por condições de vida e trabalho, por questões relacionais internas ou externas à família, entre outros. As famílias-problema são as que apresentam uma das condições acima, mas ainda não correm o risco de rompimento social.

“A Saúde da Família tem sido descrita como o estado ou processo da pessoa como um todo em interação com o ambiente, sendo que a família representa um fator significativo no *ambiente*. A análise da saúde da família deve incluir simultaneamente saúde e doença, além do *indivíduo coletivo*. Algumas definições de saúde da família incluem a saúde individual dos membros da família e o *bom funcionamento* da família na sociedade, que envolve muito mais do que saúde física. É por isso que a saúde da família se refere também ao funcionamento da família... A atuação do profissional de saúde é de natureza legal, ética e política, defendendo famílias que podem estar em condições de extrema *vulnerabilidade* para falarem por si mesmas, de modo a *interferir* nas políticas e ações de assistência que beneficiem a família e a sociedade como um todo” (PAULA; SILVA, 2008, p. 15-16).

Após o entendimento da necessidade de promoção de uma “Saúde da Família”, era imprescindível contextualizar as políticas públicas de atenção à saúde para o futuro agente do Sistema Único de Saúde e da Atenção Básica. Com esse propósito, foi realizada uma dinâmica de grupo por meio do estudo de caso do Sr. Juvenal – no qual se procurava relatar a trajetória de atenção à saúde do Sr. Juvenal e de sua família no decorrer das décadas. O texto, escrito em linguagem próxima àquela utilizada pelos usuários e, portanto, pelos ACS, tinha o intuito de sensibilizá-los a respeito da importância da Estratégia na qual estavam adentrando como principais agentes.

Os participantes foram divididos em cinco grupos e a cada um deles foi distribuído um trecho dessa trajetória - que apresentava uma situação de saúde em contextos históricos diferentes -, cujo objetivo era relacionar a situação da assistência à saúde do passado com a assistência à saúde atual. O grupo deveria, assim, discutir a situação e preparar uma dramatização da assistência à saúde naquela época. Após a apresentação das dramatizações de todos os grupos, foi aberta a discussão em plenária. Seguem-se as situações apresentadas:

Situação I – 1950 a 1960

Sr. Juvenal, 35 anos, tinha uma família imensa composta pela esposa – D. Isabel – com 28 anos, grávida e seus sete filhos: José Antônio de 15 anos, José Carlos de 13 anos, Josué de 11 anos, José Luiz de 10 anos, Ivana de 8 anos, Jurandir de 7 anos e Ivone de 4 anos. Esta numerosa família mora na Fazenda Juazeiro e só a Ivana e a Ivone ainda não vão para a lavoura. Até o Jurandir, neste ano, já começou a ajudar. Ivana auxilia nos afazeres domésticos, além de cuidar da Ivone. O Sr. Juvenal andava sem apetite e com muitas

dores nas costas e já não tinha mais força para o trabalho pesado. Sua esposa, muito preocupada, o convenceu de ir à cidade em busca de tratamento. Juvenal resistiu no começo porque não tinha dinheiro para a consulta, mas acabou seguindo o conselho da mulher porque ouviu dizer que perto da casa do primo Devair havia um posto que atendia aos trabalhadores de graça. Quando lá chegou, a moça foi logo pedindo a carteira de trabalho e o Juvenal não tinha, pois trabalhador rural não é registrado. Argumentou que era trabalhador e que deveria ter esse direito, mas a moça da recepção disse que aquele posto só atendia os trabalhadores das ferrovias e seus dependentes – tratava-se de um posto do instituto dos ferroviários. Embora insistisse muito, não foi atendido e foi encaminhado para a Santa Casa da cidade, onde foi atendido e medicado.

O objetivo deste estudo de caso era visualizar e refletir acerca da assistência à saúde no período compreendido entre 1950 e 1960. Nessa época, a organização do trabalho era desigualmente dividida entre trabalhador urbano e trabalhador rural, o qual não era considerado juridicamente como um trabalhador. O atendimento em saúde era prestado, majoritariamente, aos conveniados aos Institutos de Previdência Privados e seus familiares. Desse modo, a assistência médica aos pobres, indigentes e trabalhadores sem registro apenas era realizada pelas Santas Casas de Misericórdia.

Situação II – 1960 a 1980

Sr. Juvenal, desanimado com a crise do café e preocupado com a educação e melhores possibilidades de trabalho para os filhos, mudou-se para a periferia da cidade, morando numa casa de aluguel. Conseguiu um emprego de carregador numa pequena indústria de torrefação de café. Estava um pouco mais feliz porque seus filhos menores estavam estudando de dia e os dois maiores também tinham arrumado emprego na mesma indústria, mas estavam estudando à noite, e, agora, a vida já não estava mais tão difícil. Tudo corria bem até que um dia, ao pegar uma caixa pesada, o Sr. Juvenal sentiu fortes dores nas costas. Passou na farmácia, comprou um emplastro Sábia⁶³ e esperou uns dias;

⁶³ O famoso e antiqüíssimo emplastro Sábá é um curativo poroso em tecido de algodão perfurado, tingido e engomado, recoberto em uma das faces com adesivo e usado para alívio das dores reumáticas, nevralgias e musculares. Composto de substâncias naturais, ele aquece a área afetada, ativando a circulação local e, conseqüentemente, ajudando a eliminar as dores.

mas nada da dor melhorar. Como passou a trabalhar mal, seu gerente achou melhor encaminhá-lo para um serviço credenciado pelo INPS da cidade. Chegando lá, foi informado que a cota de consultas do dia já tinha acabado e deveria voltar no dia seguinte e chegar bem cedo, porque senão não conseguiria atendimento. No dia seguinte, chegou de madrugada e mesmo assim não deu certo. Foi quando ficou sabendo que tinha um ambulatório do INPS na cidade, mas que lá só atendia com consulta marcada. Foi até lá e quando chegou foi avisado que o agendamento de consultas era só no último dia de cada mês. Como não agüentava mais de tanta dor e estava preocupado porque já tinha faltado dois dias do trabalho, perguntou onde mais podia ir e foi orientado a tentar o Pronto-Socorro. Quando chegou ao Pronto-Socorro foi logo avisado que o caso dele não era de urgência e que ele deveria ir ao ambulatório, mas que lá também não tinha vaga. Sugeriram, então, que ele tentasse o Posto de Saúde. Chegando ao Posto de Saúde, conseguiu ser atendido e medicado, mas teve de insistir muito e contar toda a sua triste história. Também foi orientado a marcar consulta com um ortopedista do INPS.

O objetivo deste estudo de caso era visualizar e refletir acerca da assistência à saúde no período compreendido entre 1960 e 1980. Nessa época, com a crise de 1964, houve o fechamento dos Institutos de Previdência Privados e a criação do INPS, onde havia: falta de serviços próprios, dependência do serviço privado credenciado, fraudes no financiamento e repasse de verbas, baixa cobertura, cotas para credenciados, filas intermináveis, falta de integração interinstitucional e necessidade de Centros de Saúde para prestação da assistência médica.

Situação III – 1980 a 1990

Sr. Juvenal, com 55 anos, ficou desempregado porque a indústria de torrefação de café faliu há mais de oito anos. Não consegue arrumar emprego e todo mundo diz para ele que é por conta da crise do país. Ultimamente vem sentindo muitas dores de cabeça, tonturas, zumbido nos ouvidos, além do nervosismo e da tristeza, porque está dependendo do filho que não ganha muito. Resolveu procurar o ambulatório do INAMPS (antigo INPS), aonde sempre ia quando precisava, embora sempre fosse muito difícil conseguir consulta. Assim que chegou, a moça pediu a carteira de trabalho e, quando ele a entregou, ela foi logo dizendo que ele não tinha mais direito, pois estava desempregado há

mais de dois anos. Saiu dali aborrecido e foi para o Pronto-Socorro da cidade. Também não foi atendido porque não era urgência e foi tentar no Posto de Saúde. No Posto falaram que ele podia ser atendido, mas tinha de voltar na última sexta-feira do mês para agendar a consulta; e que era bom chegar bem cedo, pois às vezes não sobrava consulta para todo mundo. Voltou para casa sem ser atendido...

O objetivo deste estudo de caso era visualizar e refletir acerca da assistência à saúde no período compreendido entre 1980 e 1990. Nessa época, todo o sistema público de saúde estava em processo de reformulação. O SUS havia sido criado, mas ainda não apresentava a cobertura esperada.

Situação IV

Sr. Juvenal, 70 anos, mora com D. Isabel, sua esposa, numa casinha no fundo do quintal de seu filho – José Antônio. Este aposentado recebe mensalmente um salário mínimo. Ultimamente vive bastante deprimido, pois seu filho está desempregado e ele gostaria muito de poder ajudá-lo, porque o José Antônio tem três filhos que estão estudando com muita dificuldade e o mais velho anda levando objetos de valor de sua casa, o que tem deixado toda a família preocupada. Sua esposa conseguiu emprego numa frente de trabalho, mas não ganha o suficiente para manter a casa. Sr. Juvenal faz acompanhamento de hipertensão arterial na antiga U.B.S. do bairro, perto de sua casa, e que ainda funciona à moda antiga. Lá ele tem sempre em ao seu dispor a medicação da qual necessita.

O objetivo deste estudo de caso era visualizar e refletir acerca da assistência à saúde pós-criação do SUS e o reordenamento das práticas de saúde, bem como das instituições prestadoras desse serviço. Nessa época, o PSF já existia enquanto concepção teórica e começara a ser implantado desde 1994. Entretanto, era uma prática que a população desconhecia e que ainda tinha dificuldades para aceitar enquanto modelo prioritário de atenção, além de não estar disponível em todos os bairros e municípios. Havia todo um ideário de transformação do modelo médico-centrado e uma convivência entre modelos de atenção anteriores – baseados na assistência médico-curativa – e atuais – baseados na atenção primária à saúde (promoção, proteção e prevenção).

Situação V

Sr. Juvenal, 72 anos, mora com D. Isabel, sua esposa, numa casinha no fundo do quintal de seu filho. Este aposentado recebe mensalmente um salário mínimo. Ultimamente, vive bastante deprimido porque seu filho, José Antônio, tem três filhos, mas somente dois estão na escola, pois o seu filho mais velho anda envolvido em más companhias e constantemente leva objetos de valor de sua casa. O que a família ganha não é suficiente. Sr. Juvenal e toda a família são cadastrados na UBS do bairro, que há dois anos implantou o Programa de Saúde da Família. Todos os meses o domicílio recebe a visita de um Agente Comunitário de Saúde. Hoje é dia do Sr. Juvenal comparecer para a consulta médica e receber os medicamentos de que precisa na USF.

O objetivo deste estudo de caso era visualizar e refletir acerca da ampliação da cobertura proporcionada pela expansão do PSF, da mudança de foco do indivíduo para a família e da inserção de um novo profissional de saúde – o ACS. Além disso, mostrava algumas das novas práticas inseridas por meio do PSF: cadastramento e atendimento das famílias, conhecimento e gerenciamento de *riscos* (pobreza, drogas, educação, hipertensão, etc.), atenção *intersetorial*, *acolhimento*, entre outros.

A plenária que se seguiu tinha mais a intenção de reforçar o grande valor atribuído ao PSF no contexto atual, ainda mais quando comparado ao passado, do que, propriamente, o de propor uma discussão. Era preciso usar todo o arsenal disponível para que o funcionário recém-admitido saísse do Curso Introdutório motivado e ciente da importância de seu papel para a manutenção do conceito PSF. Segue-se o depoimento de uma facilitadora do Curso Introdutório:

Para efetivar as diretrizes do SUS não basta sabê-las, é necessário reconhecê-las no cotidiano das Unidades de Saúde. Este é o desafio da *Educação Permanente* que tem seu ponto de partida no *Treinamento Introdutório*... É mágico o momento em que os participantes do curso descobrem o seu papel de *agentes de mudança* que vai além da assistência curativa, assumindo a sua condição de *agente de transformação no território* onde atua (BIZETTO in BOURGET, 2005, p. 25).

Entretanto, o ACS não constituía sozinho o PSF. Assim, para tratar da necessidade de uma equipe multiprofissional integrada como condição impreterível para o funcionamento adequado da Estratégia de Saúde da Família, foram utilizadas dinâmicas de grupo e parábolas para reflexão. Esse tema foi extenuantemente trabalhado, uma vez que se constitui como o pilar sobre o qual todos os outros conceitos podem ser operacionalizados. Na dinâmica de grupo denominada “técnica do jardim”, os participantes, divididos em subgrupos de cinco pessoas, deveriam desenhar, coletivamente, um jardim em uma cartolina branca com canetas Hidrocor coloridas.

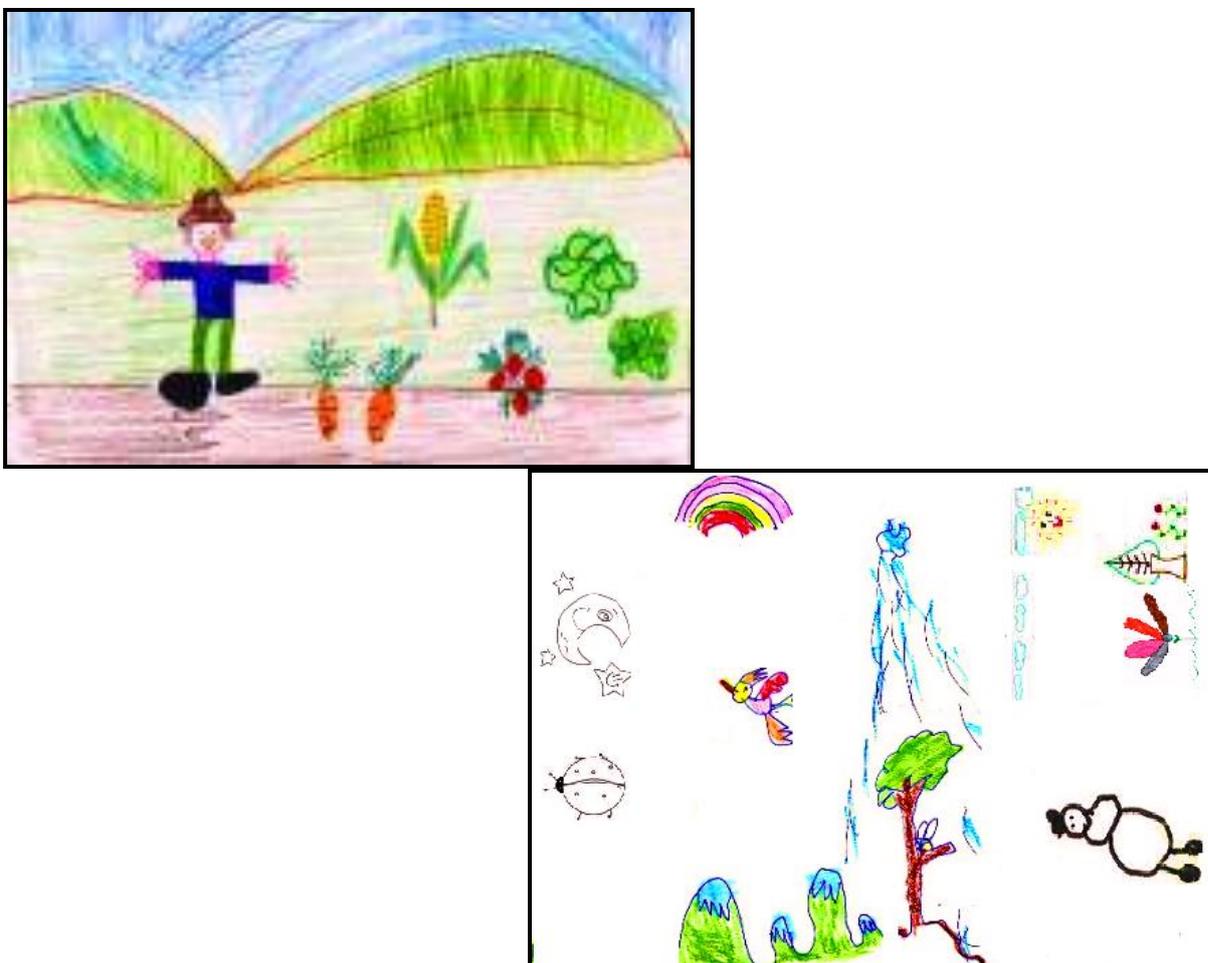


Figura 5.1.3 – Dinâmica de Grupo: desenhos coletivos de um jardim

Fonte: Fotos do Curso Introdutório do PSF

Para o facilitador da dinâmica, quando um jardim é construído coletivamente cada participante sente-se *co-responsável* por ele. Desse modo, esse desenho coletivo representaria, segundo ele, o *trabalho em equipe* do PSF, pois apesar dos traços diferenciados

de cada um e das imperfeições que se pode apontar ao outro, tenta-se chegar a um objetivo comum. Ressaltou a importância da *não imposição de padrões de verdade* de modo vertical, e da necessidade de *negociação* dessas verdades de modo horizontal, afirmando que a divisão de responsabilidades só era possível por meio de pactos estabelecidos entre os profissionais. Assim, o jardim representaria a ESF em sua diversidade, e a manutenção coletiva do jardim representaria o manejo do *cuidado* a fim de contribuir para a *sustentabilidade* do ecossistema local, cuja coluna de sustentação seria a *qualidade de vida*.

Segundo o palestrante, o PSF, ao propor essa dinâmica operacional como forma de estruturação dos serviços de saúde, necessitou aprender acerca de formação e gestão de equipes. Assim, alguns gestores do SUS e do PSF fizeram cursos de MBA em administração e passaram a tratar a equipe de forma funcional, assim como são tratadas nas empresas. Para ele, torna-se fundamental a compreensão metafórica da equipe como um *organismo vivo*, no qual todas as partes contribuem e são essenciais para o funcionamento do todo. Desse modo, a equipe nasce, cresce, atinge sua maturidade, e pode vir a morrer se a liderança não estiver permanentemente preocupada em romper com a tendência natural de acomodar-se. Para ilustrar suas afirmações utilizou-se da “técnica dos gansos”, na qual se procurava refletir sobre a formação dos gansos voando em “V”, a partir das seguintes considerações:

- ✓ *À medida que cada ave bate suas asas, ela cria uma sustentação para a ave seguinte; voando em “V”, o grupo inteiro consegue voar pelo menos 71% a mais do que se cada ave voasse isoladamente.*
- ✓ *Sempre que um ganso sai fora da formação, ele repentinamente sente a resistência e o arrasto de tentar voar só; e, de imediato retorna à formação para tirar vantagem do poder de sustentação da ave à sua frente;*
- ✓ *Quando o ganso líder se cansa, ele reveza indo para o final do “V”, enquanto outro assume a ponta.*
- ✓ *Os gansos que ficam no final do “V”, grasnam para encorajar os da frente a manterem o ritmo e a velocidade.*
- ✓ *Quando um ganso adoece ou se fere e deixa o grupo, dois outros gansos saem da formação e o seguem para ajudá-lo e protegê-lo. Eles*

o acompanham até a solução do problema e, então, reiniciam a jornada os três, ou juntam-se a outra formação até encontrar seu grupo original.

O objetivo com a técnica era chegar às seguintes conclusões: 1) o grupo que compartilha uma direção comum e um senso de equipe chega ao seu destino mais depressa e facilmente, porque as pessoas se apóiam na confiança umas das outras; 2) existe força, poder e segurança em equipe, quando trabalhamos na mesma direção, com um grupo que compartilha um objetivo comum; 3) é vantajoso um revezamento quando a equipe é responsável por um trabalho difícil e árido; 4) todos na equipe necessitam de reforço positivo, apoio e encorajamento dos companheiros de trabalho; 5) o trabalho em equipe é imprescindível.

Por fim, o palestrante destacou as características necessárias para que uma equipe seja efetiva: visão e senso de propósito; comunicação aberta; confiança e respeito mútuo; liderança compartilhada; procedimentos de trabalho eficazes; criação a partir das diferenças; capacidade de adaptação e flexibilidade e aprendizagem contínua. Encerrou sua palestra com a parábola que finaliza esse item, não antes de dizer que nenhuma das características supra, por si só, garantem o resultado positivo das equipes, pois todas elas dependem de um único fator, de um portador fundamental – o ser humano. Novamente aparece a idéia de “reforma moral” do próprio homem condicionada às possibilidades de reforma nos modelos operacionais da atenção à saúde pública.

Como a ênfase do trabalho centra-se mais nas competências morais e comportamentais das pessoas do que em suas competências técnicas, o Introdutório pauta-se, em muitos momentos, em posições humanísticas adotadas pela abordagem cognitivo-comportamental. Por conseguinte, *motivação* e *liderança* tornam-se conceitos-chave. A *motivação* foi apresentada como a competência básica para o desenvolvimento do ser humano, não apenas em seu ambiente de trabalho, mas também em sua vida pessoal, nos relacionamentos e em outros âmbitos da vida social; como o processo psicológico que determina a intenção, a predisposição, a direção e a persistência do comportamento.

Com objetivo de manter a *motivação* após o término do Curso Introdutório, foram sorteados exemplares do livro “Faça diferente, faça a diferença: uma parábola

emocionante, do autor Rodrigo Cardoso⁶⁴. A obra situa-se na área da motivação pessoal e desenvolvimento humano e busca fazer com que os leitores reflitam sobre sua própria existência e almejem por *mudanças* positivas em suas vidas. A trama é uma parábola que versa sobre o segredo do sucesso de Pedro – um menino pobre que se tornou um grande empresário graças aos ensinamentos de um misterioso homem – a partir da qual Cardoso revela os dez princípios e as três mensagens fundamentais para se alcançar a plenitude pessoal e profissional por meio da *transformação pessoal*. Os dez princípios são: 1) constitua uma família; 2) ajude seu semelhante; 3) *trabalhe em equipe*; 4) aprenda a ser forte na adversidade; 5) dê o melhor de si em tudo o que faz; 6) não seja preguiçoso; 7) tenha coragem e arrisque-se; 8) tenha fé; 9) não se preocupe; 10) aprenda a perdoar. As três mensagens fundamentais são: 1) associe-se a pessoas positivas; 2) aprenda a usar o poder da palavra; 3) seja um eterno aprendiz.

Já a *liderança* foi considerada como o processo de conduzir um grupo de pessoas, transformando-o numa *equipe* que gera resultados. Há vários tipos de *liderança* e, entre as mais importantes, no contexto atual, destacam-se: a liderança compartilhada e a liderança imposta. A liderança imposta é aquela estabelecida por status ou pela posição hierárquica que o sujeito ocupa na instituição, enquanto a compartilhada significa que todos os membros da equipe são responsáveis pelas práticas de liderança. Segundo o palestrante, os dois tipos de lideranças podem ser observados no PSF. O ideal é que a liderança compartilhada suplante a imposta, de modo a que todos os membros da equipe compartilhem da mesma missão organizacional e dos mesmos objetivos específicos, os quais, por sua vez, estão voltados ao interesse comum e coletivo.

Contam que, certa vez, houve uma estranha assembléia em uma carpintaria. As ferramentas decidiram se reunir para acertar as suas diferenças. Até então, o martelo exercia a presidência, mas os participantes queriam que este renunciasse.

- Mas por que queriam que o martelo renunciasse?

- Porque fazia muito barulho. Além do mais, passava o tempo todo batendo nos outros.

O martelo aceitou a renúncia, mas exigiu que o parafuso também fosse exilado, dizendo que era o tipo que dava muitas voltas para conseguir as

⁶⁴ CARDOSO, R. **Faça diferente, faça a diferença**: uma parábola emocionante. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2003. 96 p.

coisas. Diante do ataque, o parafuso concordou, mas, por sua vez, exigiu a expulsão da lixa, alegando que ela era muito áspera e sempre entrava em atrito com as demais ferramentas.

A lixa contra-atacou, exigindo a expulsão do metro, que vivia mediando os outros segundo a sua medida, como se fosse perfeito. Nesse momento, porém, o carpinteiro entrou na oficina, juntou todo o material e iniciou o seu trabalho. Utilizou o martelo, a lixa, o metro e o parafuso. Finalmente a rústica madeira se converteu num fino móvel.

Quando ele se foi, reiniciou-se a sessão da estranha assembléia. Foi então que o serrote tomou a palavra: “Senhores”, ficou demonstrado que temos defeitos, mas que, se nos concentrarmos em nossas qualidades, em nossos pontos fortes, e trabalharmos em equipe, poderemos realizar grandes coisas”. Foi quando a assembléia entendeu que o martelo era barulhento, sim, mas que também era extremamente forte. Já o parafuso de fato dava voltas, mas apenas para unir as coisas fortemente. A lixa era especialista em polir e remover asperezas da madeira. Já o metro, inflexível que fosse, era preciso e exato. Sentiram-se então como uma equipe, perfeitamente capaz de produzir móveis de qualidade. E alegraram com a oportunidade de trabalhar juntos.

Moral da história: Ocorre o mesmo com os seres humanos. Basta observar e compreender. Quando se busca com sinceridade o ponto forte dos outros, florescem as melhores conquistas humanas. É fácil encontrar defeitos, qualquer um pode fazê-lo. Mas encontrar qualidades para obter os melhores resultados de um trabalho em equipe... isso é apenas para os sábios! (CARDOSO, 2003, p. 54-55)

5.2. A “Cidadanização” na Saúde

Temos visto, desde a apresentação do panorama das políticas de saúde no Brasil, que uma categoria do discurso da Saúde Coletiva tem sido recorrente – trata-se da idéia de *cidadania*. Portanto, creio que não deva seguir adiante antes de empreender uma reflexão crítica acerca do uso desse termo para legitimar um modelo de *intervenção* e justificar suas práticas.

Segundo Duarte (1993), a “cidadanização” depende de três processos: “individualização”, “racionalização” e “responsabilização”. A “individualização” implica na preeminência de indivíduos livres e iguais sobre a sociedade. O processo de individualização nos leva a refletir sobre a ambigüidade existente entre a igualdade e a liberdade de fato e de direito. Se, por um lado, todos os indivíduos têm os seus direitos assegurados pelo texto constitucional, por outro, eles têm quase o dever de se converterem em uma espécie de tipo ideal de cidadão. A *participação comunitária*, como vimos anteriormente, vêm sendo

incentivada pelas políticas públicas atuais; todavia, ela só é considerada como tal, se estiver dentro do padrão preconizado.

Se, por um lado, a *participação social* busca abrir caminho em meio a uma sociedade desestimulada para as ações de *cidadania* e a um Estado desacostumando a ter seus atos controlados pela sociedade (ELIAS, 1996); por outro, faz-se necessário refletir em que medida não se trata de uma participação com moldes de regulação, onde possíveis linhas de fuga são discriminadas como sublevações contra a ordem estabelecida. Percebe-se, assim, a existência de uma problemática na convivência entre “cidadania” e diferença.

Morgan (2006), em seu estudo sobre as políticas de atenção primária de saúde na Costa Rica, trabalhou com a *participação comunitária* como um elemento ideológico importante dentro do domínio simbólico da democracia. Segundo ela, havia uma relação do tipo: quanto mais democrático um governo, mais promotor de participação. Contudo, percebeu que havia todo um jogo de interesses em torno da definição do que era acatado como participação. Desse modo, considerava-se como *participação popular* aquilo que fosse convencional ao Estado, tal como o envolvimento em Conselhos Locais de Saúde, mas não se considerava aquilo que se opunha ao Estado, tais como movimentos sociais, greves, protestos. Era o Estado que definia o conceito de *participação comunitária* e, portanto, se a participação era legítima ou não.

Segundo Elias (1996), o uso da *participação popular* como caminho para a *democratização* da sociedade e para a construção da *cidadania*, depende da atuação de dois atores coletivos: as administrações, nas diferentes esferas de governo, e os movimentos sociais, principalmente as organizações de cunho mais popular, como por exemplo, os movimentos de saúde. Aos governos, caberia a consolidação e ampliação do apoio ao ideário da *participação* sem, porém, reduzi-lo a um mecanismo de cooptação; aos movimentos sociais caberia a avaliação de sua capacidade para que experiências de participação e de novas modalidades de *gestão da coisa pública* se enraizassem. Contudo, ainda é precário o processo de “cidadanização” no país, a qual está marcada por indefinições políticas, pelas mudanças conjunturais e pela ausência de um enraizamento popular efetivo.

A questão da “cidadania” torna-se capciosa ao olharmos por essa ótica, pois coloca em xeque termos como “direito” e “responsabilidade”. Pela Conferência de Alma Ata, *participação comunitária* era o processo onde indivíduos e famílias poderiam ver sua saúde não como um *direito*, mas como uma *responsabilidade*. Essa *responsabilidade* dos cidadãos

por sua saúde deveria incluir: a *adoção de um estilo de vida saudável*, aplicando os princípios da boa nutrição e higiene, e a utilização dos serviços de imunização. Mas o que vem antes: o direito à saúde como garantia do Estado ou a *responsabilização* dos indivíduos? Será que o Estado estaria “tirando o corpo fora” ao pregar idéias semelhantes ao *protagonismo* como sinônimas à idéia de *cidadania*? Ou será que é o próprio “cidadão” que “faz corpo mole” frente ao seu dever de co-participar do Estado, afinal, segundo o artigo 2º, §2 da Lei 8080/90, “o dever do Estado não exclui o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”? Uma afirmação constantemente repetida nas conversas entabuladas e nas palestras a que assisti com a Diretora de Atenção Básica, explicava, sob a sua ótica, o papel da saúde pública na construção da cidadania. Na verdade, tratava-se de um dito popular adaptado e que eu ouvia ser reproduzido, em campo, por outros profissionais de saúde, mormente, pelos ACS. Segundo ela, “*a saúde pública não pode mais dar o peixe; agora, precisamos ensinar o povo a pescar por eles mesmos*”.

Os processos de “individualização” e “responsabilização” dos sujeitos dependem ainda do processo de “racionalização” – meio pelo qual essas categorias podem se tornar inteligíveis ou meio pelo qual os indivíduos podem se tornam “conscientes”. Estes três processos, por sua vez, estão intrinsecamente relacionados a processos de “disciplinarização”. Há um projeto pedagógico por detrás do ideal de “cidadania” apregoado, no qual se busca a “inculcação” dos valores referentes a uma visão de mundo considerada saudável. Nesse sentido, capacitar o indivíduo a construir os parâmetros de uma vida saudável é uma forma de biopolítica (FOUCAULT, 2008).

A “conversão” dos indivíduos em “cidadãos” dependia de sua “conscientização”. A educação, a saúde e a promoção social são instituições nas quais há um estreito vínculo entre a noção de “cidadania” e um “poder disciplinar” (FOUCAULT, 2007) que consolida uma rede institucional de controle, observação e incitação. O “higienismo”, por exemplo, foi uma prova cabal desse processo. Veremos que a Estratégia de Saúde da Família, ao evocar a “Vigilância em Saúde” como sua matrona, é também, em essência, higienista – mas um higienismo cujos termos foram modelados, reformados e travestidos para adquirir um “ar de contemporaneidade”. Todavia, sob esse estuque, encontra-se subsumido um projeto disciplinar semelhante.

O grande paradoxo da “cidadania” é que, ao pregar a igualdade, acaba-se por desconsiderar o direito à diferença. Os “diferentes” passam, então, a ser alvos de processos

pedagógicos que eduquem sua forma de pensar e os convertam em “iguais”. A posição ambígua e liminar dos agentes comunitários de saúde tem relação com esta questão. Uma vez “recrutados” por processos pedagógicos nos cursos de formação, porém, não totalmente “convertidos” pela lógica dos profissionais de saúde da classe média universitária, sua pertença acaba por ser comprometida. Não somente um morador do bairro e membro das classes populares, nem tampouco um profissional “perito”, o ACS torna-se uma espécie de mediador institucionalizado, cujo papel é induzir seus “ex-iguais” a uma “reforma” em seus modos de vida e à aquisição de uma “consciência sanitária”.

Outro paradoxo pode ser observado no próprio processo de “individualização”. Parece contraditório que um processo que pressupõe uma série de mudanças ideológicas e societárias, dentre as quais o afrouxamento de laços de parentesco e vizinhança, venha a ser incentivado por uma estratégia que prega justamente o contrário. É como se os agentes comunitários, convertidos em indivíduos racionais e responsáveis, portanto, em cidadãos; e, investidos como “agentes de cidadanização”, representassem uma comunidade ainda “incapaz” de exercer sua cidadania. Como vimos nos relatos dos capítulos anteriores, eles se responsabilizam pela população adscrita e tomam para si a tarefa de buscar soluções para seus problemas e necessidades.

Mais uma vez ressalto a ambigüidade do agente comunitário de saúde, agora no que se refere a esta questão da insurgência de sua “cidadania”. Se, de fato, abre-se uma possibilidade real de “cidadania” para esses atores, é preciso considerar que a “cidadanização da saúde” da qual eles são os principais agentes faz parte de um projeto político modernista, que absorve a *cidadania* num plano de construção do Estado, e que apenas reforça a *contenção* dessas *classes vulneráveis*. Assim, de modo concomitante no mesmo cenário urbano, haveria a convivência de dois planos de *cidadania*: uma “cidadania insurgente” (HOUSTON, 1996) e uma “cidadania modernista”. Não obstante o traço normatizador que as práticas das equipes do PSF trazem consigo, não podemos negar o potencial emancipatório presente nas idéias de *participação popular*. Se se conseguir subverter a lógica da fabricação do *cidadão* de direito para um *cidadão* de fato ao transformar usuários passivos do sistema de saúde pública em *sujeitos* desse processo, aí sim podemos falar em “cidadania insurgente”.

5.3. A Hierarquia às Avessas ou o Englobante Englobado

Também devemos ressaltar que a “cidadanização” envolveria a necessidade de democratização da saúde, a qual não se refere apenas ao acesso à saúde, mas ao direito de escolha entre os diversos sistemas médicos e terapêuticos. Todavia, a liberdade de opção está restrita no serviço público de saúde, dada a compulsoriedade de seu sistema. Desse modo, a utilização desses serviços acaba por ser determinada muito mais pela natureza da oferta do que pelas preferências da demanda.

Tradicionalmente, a antropologia no estudo de populações minoritárias ou específicas, sempre privilegiou o conhecimento da própria comunidade, daquela cultura, bem como de suas demandas. Duarte (1986), por exemplo, apontou-nos a ineficácia de terapêuticas médico-psicológicas oriundas das classes médias para o tratamento das “doenças dos nervos” das classes trabalhadoras. Na Praia Azul, todavia, percebe-se uma apropriação dos valores da classe média pelas classes populares, o que altera, significativamente, a demanda pelos serviços de saúde.

O acionamento de práticas tradicionais de medicina (curandeirismo, ervas medicinais, benzeduras, etc.), segundo informações dos médicos, das enfermeiras, dos ACS e dos próprios moradores visitados, é quase inexistente. De todos os usuários visitados durante o período da pesquisa de campo, apenas uma relatou fazer uso de ervas medicinais e garrafadas para o tratamento de doenças. Dona Marta era referência entre seus vizinhos próximos no que se referia a esses “preparados”, especialmente para as crianças; entretanto, sua abrangência não ultrapassava duas ou três quadras. Uma terapêutica que foi um pouco mais mencionada, embora em menos de dez por cento das visitas realizadas, foi a religiosa. Mesmo assim, não foi citada a busca por curas espirituais promovidas em templos ou igrejas, mas a cura alcançada apenas pelo poder da fé e da oração.

Assim, a população desse território, diferentemente do que se poderia pressupor a princípio, almejava pela assistência médica oficial centrada no atendimento do profissional médico. Na Praia Azul, os conceitos locais de saúde e doença seguiam a lógica biomédica e demanda-se pelo sistema médico e curativo; todavia, esses conceitos eram apropriados por eles segundos seus próprios termos e não do modo como os médicos gostariam, por exemplo. Dessa forma, projetos que se adequaram a outras populações ditas “vulneráveis”, em outros municípios e em outros estados brasileiros, tendem a fazer menos

sentido nesse local. Isso talvez explique a constante insatisfação dessa população com o serviço público de saúde do município, bem como a baixa demanda na Unidade de Saúde da Família do mesmo.

O que se verifica com relação ao PSF em Americana não é a negação, pelas políticas públicas de saúde, das “terapêuticas populares”; nesse caso, é a lógica da APS e da Promoção da Saúde que se impõe sobre a lógica biomédica, a qual é efetivamente demandada pela maioria da população assistida pela Estratégia de Saúde da Família. Se, primeiramente, a biomedicina ocidental privada adentrou os modelos de saúde pública limitando a habilidade das próprias comunidades em responderem coerentemente e de acordo com suas necessidades aos seus problemas de saúde, atualmente (pelo menos nessa população estudada), ela própria era identificada como uma necessidade. O descompasso entre o que os “cidadãos” definem como suas necessidades de saúde e aquilo que lhes é ofertado permanece.

O modelo explanatório do “é melhor prevenir do que remediar” faz pouco sentido, pois implica em uma “mudança de hábitos” ainda de pouca aceitação por essa população. Como me disse Dona Maria (usuária do PSF, 63 anos): *“Meus pais foram criado na roça, fia. Eles num tinham dessas frescura de hoje, não. Comiam de tudo que Deus dá e eram feliz, feliz. Hoje é um tal de num pode isso, num pode aquilo. Quem sabe se nós num vai morre amanhã? Eu quero mais é ser feliz, fia. Quando num me sinto bem, tomo um remediozinho que o médico avio e pronto”*.

Mais uma vez, ainda que de modo invertido, o universo cultural sobre o qual se quer intervir também foi negligenciado e a demanda pela terapêutica curativa foi tomada como uma prática que necessita de intervenção para ser transformada. Talvez o contexto de pesquisa descrito no capítulo anterior possa nos dar alguns indícios dessa mudança. Lembremo-nos que se trata de um município exclusivamente urbano, situado em uma das mais prósperas regiões metropolitanas do país. Uma região reconhecida como um centro formador e prestador de recursos e serviços médicos, dada a importância da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e da PUC-Campinas, bem como de seus respectivos Hospitais-Escola. Além disso, trata-se de um território periférico, por muito tempo desassistido em sua infra-estrutura básica pelo município, no qual seus habitantes precisaram buscar fora dele os recursos de que necessitavam, incluindo os hospitais supra, muito requisitados por essa população.

Olha, moça, a gente aqui nunca precisou de Prefeitura prá nada não. A gente tinha os vizinhos e um sempre apoiava o outro. Quando alguém adoecia, aquele que tinha lá um “poizé” velho socorria e levava lá pro Municipal. Às vezes, aqui num resolvia não. Daí a gente juntava uns dinheiro e pagava a gasolina e o lanche do amigo, que era prá modo de leva lá prá UNICAMP. Minha filha mesmo nasceu lá, porque minha véia teve um problema das “tripa virada”. Agora, moça, eu num entendo bem essas modernidade. Esse postinho aí é muito cheio das história, sabe? Eu gosto é lá do Municipal: eles atende, dão um soro, dão uma injeção e logo, logo, fico bom. (Depoimento de um morador antigo do bairro, 78 anos)

Ao tratar os setores populares da sociedade como “carentes” e “ignorantes”, o Estado “torna o que deveria ser direito em dádiva, justificando a ineficiência, a baixa qualidade e a pouca prioridade que ocupam nas decisões do governo” (COHN, 2006, p. 10). Embora essa população não entenda o direito de *cidadania* na saúde para além da assistência médica ofertada gratuitamente pelo Estado e apesar de ter o seu “saber” refratado pela experiência da oferta institucional de que dispõe, ela diz o que precisa. Se a responsabilidade pelo descompasso entre a oferta e a demanda e, por conseguinte, pelo desvirtuamento da lógica que deveria reger a atenção primária à saúde têm sido atribuídas ao baixo nível de instrução da população, é preciso refletir que aquilo que a utilização dos serviços revela é, justamente, o efeito da apropriação, pela população, de um padrão de oferta de serviços que se tornou dominante por décadas a fio – o da assistência médico-curativa.

Acredito que seja importante não desconsiderar esse fato e não me fixar apenas nas análises que documentam as conseqüências adversas resultantes do privilégio da biomedicina como modelo dominante. Se sua lógica foi devastadora por aniquilar o poder de resposta das populações no tratamento de suas doenças ao dar preeminência a apenas um tipo de terapêutica e desconsiderar outras, não se estaria caindo no mesmo erro ao tentar englobar coercitivamente pela lógica da APS aquela que antes a englobava? Não manteríamos o mesmo padrão hierárquico de convivência entre diferentes sistemas de saúde? A solução talvez fosse a criação de sistemas de saúde plurais e complementares que dialogassem entre si e não a alternância, de tempos em tempos, do modelo que é valorado como ideológico e daquele que é valorado como residual.

O discurso da Saúde Pública e Coletiva é exatamente esse, ou seja, o atendimento integral visa a prover tanto as ações curativas quanto as ações preventivas, em

uma associação dos enfoques clínico e epidemiológico baseado, principalmente, na transformação das relações estabelecidas entre os usuários e os profissionais de saúde. Entretanto, na prática, é como se somente se tivesse feito um novo arranjo para a mesma música, pois as necessidades dos usuários e os modelos explicativos, seja a biomedicina ou a promoção da saúde, continuam a ser impostos verticalmente, de acordo com os interesses dominantes. E as “variações sobre um tema” não param por aí. Se a crítica à intervenção do Estado via modelo biomédico era a de que os usuários se viram usurpados do direito de gerenciarem ativamente sua saúde pelos próprios métodos, o que reduzia o potencial da comunidade em envolver-se nos programas de saúde, agora, são chamados, exatamente, à *auto-gestão*, à *pró-atividade*, ao *protagonismo*, mas numa espécie de “cidadanização compulsória” (DUARTE, 1993) que pouco acresce em termos reais.

De acordo com Morgan (2006), o domínio da saúde tem estado nas mãos da biomedicina na maior parte do mundo ocidental. Entretanto, desde os anos 70, com o advento dos movimentos de cuidados primários de saúde, os gestores tentam reverter essa situação, aderindo a outro sistema de saúde, no qual a centralidade na doença e na atenção terciária ou hospital é substituída pela centralidade na saúde e atenção primária, ou na promoção e prevenção em saúde. Nessa nova estratégia de reordenação dos modelos de atenção à saúde, a *participação comunitária* torna-se um dos valores centrais, cuja proposta é, teoricamente, tornar os *cidadãos gestores* de sua própria saúde e *co-gestores* do processo de saúde em sua comunidade.

A Promoção da Saúde aparece como uma estratégia para a propagação de uma ideologia democrática. Todavia, todo esse leitmotiv da Saúde Pública não pode acessado a mercê dos “cidadãos” ou nos próprios termos dos usuários. Eles precisam “aprender” como se transformarem nesses “sujeitos de cidadania”, pois os “segredos” do “bem-estar” e da “qualidade de vida” continuam fora daqueles aos quais o *cuidado* se propõe atingir. Como consequência, o investimento maciço em projetos pedagógicos aparece como a pedra de toque.

6. O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA: O PROJETO AIPS E SEUS DESDOBRAMENTOS

É fundamental salientar, mais uma vez, o aspecto educativo, político-pedagógico e formador dos princípios axiomáticos apresentados aos participantes durante o Curso Introdutório – etapa inicial e iniciática do processo de educação continuada dos trabalhadores em saúde pública e, particularmente, dos agentes comunitários de saúde. As concepções de ensino e aprendizagem são tratadas pelos idealizadores e facilitadores desse curso como fundamentais ao sucesso do mesmo, as quais podem ser condensadas na expressão “olhares permanentemente em diálogo” e cuja metodologia baseia-se em diferentes modalidades de técnicas e instrumentais, particularmente oriundos das áreas da Pedagogia, Psicologia e Recursos Humanos: dinâmicas de grupo, exposições orais e co-participadas, apresentação de parábolas e recursos audiovisuais (apresentação de transparência, slides e vídeos).

Antes de tratar do processo de educação continuada, gostaria de problematizar as afirmações do discurso da saúde coletiva que difundem um conceito de saúde ampliado, no qual o setor saúde englobaria os demais setores. O que me parece é que o setor educação funciona como um princípio hierárquico ainda superior, pois engloba, inclusive, a saúde. Nessa abordagem, a saúde é um valor dinâmico, promocional e relacional, cujo principal interlocutor é a educação. Desse modo, parece haver, juntamente com o privilégio atual do foco na atenção primária à saúde, uma mudança importante de um projeto sanitário majoritariamente assistencial para um projeto sanitário prioritariamente educacional, conformando o que Costa (2010) denominou de “pedagogia da saúde”.

O processo de educação continuada na Praia Azul vem ocorrendo, principalmente, por meio de cursos de atualização promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Grupo de Estudos “Promoção de Saúde, Ambiente e Desenvolvimento Local” - um tentáculo do projeto AIPS. Os cursos de atualização ocorrem sempre que há uma necessidade premente de capacitação, ou por mudanças na operacionalização do Programa e de setores afins (inserção do SIAB, mudanças nos protocolos da farmácia) ou pela proximidade de campanhas (dengue, vacinação). São cursos rápidos (de uma a oito horas), obrigatórios, e que visam ao gerenciamento e manutenção das competências básicas

necessárias ao trabalho, bem como à constante revisão dos conceitos que são operacionalizados, na prática, pelos profissionais. Curso a curso, cada uma das categorias nativas vai, pelo uso repetido e renovado, gradualmente sendo incorporada, em maior grau para uns e em menor para outros.

O Projeto AIPS – Ações Intersetoriais para a Promoção da Saúde – visa ao fortalecimento da capacidade local em ações intersetoriais para a saúde como uma estratégia de *desenvolvimento local sustentável* e é essencialmente educacional – o investimento é no processo de educação continuada tanto dos profissionais da saúde quanto da população em geral. Financiado pela Agência de Desenvolvimento Internacional do Canadá (CIDA), e coordenado pela Associação Canadense de Saúde Pública em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) e com a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), o projeto AIPS promove o intercâmbio técnico entre Canadá e Brasil no campo da Promoção da Saúde, reunindo diferentes atores das comunidades de saúde pública de ambos os países para compartilhar experiências e avançar o conhecimento em Promoção da Saúde. No Brasil, seis parceiros locais foram selecionados para participar do Projeto AIPS. São eles: Manguinhos / RJ, Goiânia / GO, Curitiba/ PR, Sobral / CE, Recife / PE e RMPS (Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis) / UNICAMP.

O município de Americana, desde 2004, faz parte da RMPS, tendo sido escolhido para representar o Projeto AIPS junto aos outros Estados. Portanto, foi constituído um Comitê Local composto pelas: Secretaria de Saúde, Secretaria de Promoção Social, Secretaria de Educação e Secretaria de Planejamento de Americana, bem como pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. A primeira ação do Projeto AIPS foi, como dito nos capítulos iniciais, a escolha de um “território” para a implantação do projeto piloto do PSF. Em seguida, foi constituído o Projeto “Promovendo Saúde e re-descobrimo a cidadania no território da Praia Azul”, do qual fizeram parte representantes das instituições supracitadas, seis agentes comunitários de saúde (dois de cada ESF que atuam na Praia Azul) e representantes da comunidade local.

Esse primeiro subprojeto demandava dos próprios moradores a redescoberta coletiva do surgimento da Praia Azul enquanto *território*. Para tanto, foram utilizadas como metodologia Oficinas de Trabalho, Rodas de Conversas e Fóruns de Discussão, os quais

foram estruturadas a partir de dois momentos: 1) os “contadores de história”⁶⁵ da comunidade deram seus relatos, seguidos pela apresentação de documentos da Prefeitura Municipal de Americana pela socióloga do Departamento de Planejamento, quem apresentou as várias versões da história de constituição da Praia Azul; 2) a partir do que foi “contado”, houve uma dinâmica de conversas para se discutir e acordar, coletivamente, a versão histórica da Praia Azul que seria divulgada. Esse subprojeto deu origem a uma pequena brochura intitulada “A Praia Azul: uma história construída coletivamente em Americana/ SP”, a qual foi (e vem sendo) utilizada como material didático nas disciplinas de história da quinta série do ensino fundamental das escolas desse “território”.

Este evento nos aponta outra característica da interlocução entre saúde e educação, qual seja o processo de retroalimentação. Isto é, se a educação, enquanto processo formativo, influencia as ações em saúde; estas, por sua vez, são responsáveis por promover educação, retroalimentando esse circuito. No caso em questão, os processos pedagógicos aplicados entre os profissionais e comunidade geraram como produto um livro que, por sua vez, foi reintroduzido como instrumental pedagógico e formativo para a própria comunidade. Podemos também observar abaixo a participação massiva dos estudantes do ensino fundamental da Praia Azul no lançamento da segunda brochura do Projeto AIPS “O processo de avaliação das experiências locais do Projeto de Ações Intersetoriais em Promoção da Saúde: buscando as igualdades a partir das diferenças”. Vejamos, no detalhe, que algumas crianças lêem a brochura recém lançada durante a fala inaugural do vice-prefeito do município.

Observemos também a forma como uma categoria analítica cara às atuais conformações da saúde pública é inserida na lógica local – trata-se da noção de território. O discurso ressalta a importância de reconhecer que a história passa pela valorização de onde se vive, entendendo território como o espaço onde as relações sociais acontecem e se revigoram, de maneira dinâmica, modificando-se constantemente. Destaca, assim, a necessidade de transformar os moradores em agentes de seu próprio território, para que as necessidades locais sejam evidenciadas e contribuam para a Promoção da Saúde. Percebi que esse conceito tornou-se naturalizado entre os participantes do projeto AIPS, passando a fazer parte do vocabulário usual dos mesmos.

⁶⁵ Os contadores de história eram os moradores mais antigos do bairro, os primeiros proprietários de terras da região, as quais foram loteadas com o passar dos anos. Muitos deles tinham mais de noventa anos quando da realização das oficinas e foram responsáveis também pela cessão de muitas fotos que passaram a compor o acervo histórico da Praia Azul.



Figura 6.1.1 – Participação das crianças do ensino fundamental no lançamento da segunda brochura confeccionada pelo projeto AIPS

Fonte: Foto Pessoal

Devo ressaltar que essa noção, ao perpassar toda a Estratégia de Saúde da Família, torna-se habitual entre seus profissionais; entretanto, não percebi o seu uso entre os usuários e os moradores do bairro, mesmo entre aqueles que participaram ativamente da confecção da primeira brochura. A categoria só se torna mais palatável àqueles que, na prática, ouvem-na e utilizam-na cotidianamente. Mesmo assim, percebo uma diferença, por exemplo, entre o uso naturalizado empregado pelos ACS que fazem parte do projeto AIPS e entre aqueles que apenas o utilizam para referir-se a sua área de abrangência.

O segundo livro do projeto AIPS é fruto de um processo de avaliação e monitoramento durante o processo de desenvolvimento do projeto. O material usado para o monitoramento é oriundo: das falas dos indivíduos, dos documentos confeccionados, do número de participantes em cada reunião, da forma como as pessoas se colocavam nas reuniões e das expressões utilizadas (SPERANDIO, 2009b). Desse modo, a avaliação baseou-se em quatro tipos de materiais: 1) falas, 2) parcerias, 3) atitudes, 4) dados qualitativos. No dia do lançamento desse livro, um consultor da Associação Canadense de Saúde Pública (CPHA) coordenou uma Oficina com os membros do Projeto AIPS e autoridades locais.

Foi proposto como dinâmica a divisão em três grupos, os quais, durante o período da manhã, teriam de pontuar as principais ações realizadas pelo Projeto durante os anos de 2007, 2008 e 2009 para que, à tarde, pudesse ser traçada uma “linha do tempo” que refletisse o impacto dos três anos de atuação do Projeto no “território” Praia Azul. Para a realização da tarefa, os participantes tinham a seu dispor: uma coletânea de recortes de jornais e revistas com a publicação das principais notícias referentes às ações de saúde empreendidas; atas de todas as reuniões; fotos; canetas hidrocor; cartolina; cola; barbante. Entretanto, contava-se, sobretudo, com a **memória** dos participantes. Era ela quem iria demonstrar, segundo o facilitador, o grau de envolvimento destes com o projeto.

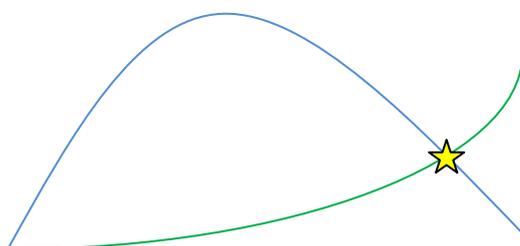
Ao final da confecção dos painéis individuais, foi escolhido um participante para apresentar a história daquele ano, a qual era seguida de correções por parte do facilitador e/ou dos outros participantes quando assim houvesse. Após todas as apresentações, um mural único contendo a “verdadeira” linha do tempo foi exposto, seguido de uma breve roda de discussões acerca das próximas ações a serem empreendidas. Durante o *coffee break*, foi aberta a III Exposição de Fotos da História da Praia Azul.



Figura 6.1.2 – Represa Salto Grande na década de 1970

Fonte: III Exposição de Fotos “A História da Praia Azul”

Por fim, o consultor apresentou a idéia de Gestão por Resultados (GPR), apontando que o Projeto AIPS tinha atingido a sua maturidade enquanto Projeto e agora dependia dos próprios sujeitos envolvidos para a sua continuidade. A intersecção das linhas indica que as iniciativas começaram a adquirir *autonomia*, e que a linha dos sujeitos deve seguir de forma *autônoma*. Isso justificaria o grande investimento na *capacitação* de multiplicadores empreendida pelo Projeto.



- Esforço do projeto (tempo, recursos e competências)
- Esforço dos sujeitos (tempo, recursos e competências)

Figura 6.1.3 - GPR

Fonte: Oficina de Encerramento do Projeto AIPS em Americana

Após o lançamento das duas brochuras, o grupo AIPS lançou como subprojeto o Grupo de Estudos “Promoção de Saúde, Ambiente e Desenvolvimento Local”. Segundo sua idealizadora, a Promoção da Saúde era usada como estratégia fundamental para o desenvolvimento de ações políticas, econômicas, sociais e ambientais, as quais se refletem em ações de transformação social na direção da melhor *qualidade de vida* de todos os *cidadãos*; portanto, é um instrumento de resgate da *cidadania*, transformando o indivíduo em *protagonista* de suas ações e sujeito de direitos. Assim, a Promoção da Saúde buscava: priorizar a saúde do *cidadão* em todas as suas especificidades, apresentar um ambiente social mais saudável, capacitar o *cidadão* a reconhecer a importância do seu *território* e suas relações sociais, de forma a transformar os *ambientes* em suportes para promover a saúde (SPADACIO; SPERANDIO, 2009a, p. 16).

O Grupo de Estudos foi criado no intuito de capacitar os remanescentes do Comitê Local para dar continuidade às propostas do Projeto AIPS, uma vez que o convênio com o município de Americana encerrou-se no início de 2010, após três anos de atividade. Esse é o prazo com o qual trabalham as instituições canadenses que apóiam o projeto para que o próprio município desenvolva estratégias locais “sustentáveis” e comece a “andar com suas próprias pernas”. Essa capacitação tem encontros mensais e utiliza como metodologia a discussão de textos fundamentais para a Promoção da Saúde.

Na primeira reunião, por exemplo, foram discutidas a Carta de Ottawa e a Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº687 MS/GM, de 30 de março de 2006). A dinâmica de leitura e discussão dos textos baseou-se na repetição extenuante de conceitos-chave e na verificação constante da aprendizagem. A partir do entendimento e da incorporação dessas categorias, a coordenadora do projeto acredita que os educandos terão maiores condições de não permitir que o projeto se extinga. Concomitantemente ao estudo, mais duas ações estão em fase de implantação: a construção do “Mapa Vivo” na Praça Drº Antônio Leite de Camargo e a criação de uma Biblioteca Itinerante, cujo acervo será criteriosamente selecionado para permitir o acesso da população às mesmas categorias reiteradas no Grupo de Estudos.

Por conseguinte, o Grupo “Promoção de Saúde, Ambiente e Desenvolvimento Local” aparece como uma estratégia para a circulação do discurso oficial da promoção da saúde entre saberes e práticas advindos de atores muito diversos: agentes comunitários de saúde, enfermeiros, gestores da administração pública municipal, membros da comunidade,

entre outros; para que eles possam empreender a tecedura conjunta de instrumentos de promoção de saúde “adequados” para a população local. Vejamos que a proposta de educação continuada transpassa os setores da saúde, promoção social, planejamento e se estende, pelo menos enquanto proposta, para a comunidade, de modo a estimular a “participação social”.

O “Mapa Vivo” é uma tentativa de concretizar o mapa de relações do território, especialmente no que se refere aos seus equipamentos públicos – algo semelhante ao esboço traçado no terceiro capítulo. O objetivo é semelhante ao da publicação da primeira brochura, ou seja, o de transformar o morador da Praia Azul em um *cidadão*, neste caso, por meio do amplo conhecimento da malha institucional do bairro, de modo a permitir que ele saiba localizar e acessar cada um dos equipamentos de forma *consciente* e adequada, contribuindo para a *sustentabilidade* dos mesmos. Estuda-se se o mapa será pintado no chão ou se será confeccionado como uma maquete. Segue abaixo as fotos do projeto. Já a “Biblioteca Itinerante” firmou parceria com o Secretário de Cultura e com a coordenadora da Biblioteca Municipal e pretende-se concretizar a idéia, de acordo com a última reunião do grupo, até o início de 2011.

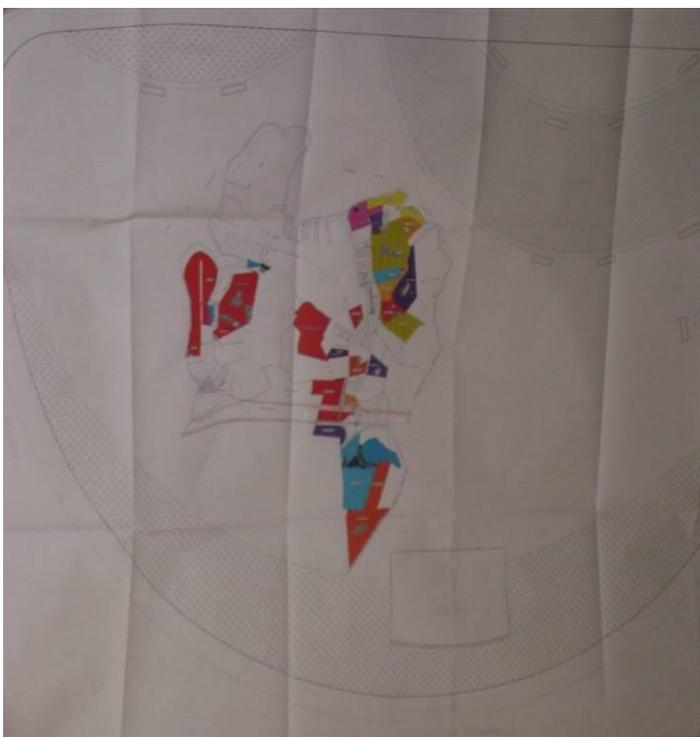




Figura 6.1.4 – Piloto do “Mapa Vivo” e local de sua implantação

Fonte: Secretaria Municipal de Planejamento de Americana

A partir do Grupo de Estudos também surgiu a idéia de, em conjunto com a Coordenadoria do PSF e a Diretoria de Atenção Básica, promover o “I Encontro da Estratégia de Saúde da Família da Praia Azul com Moradores, Comerciantes e Lideranças do Território”. O principal objetivo desse encontro era mostrar à população como os serviços de saúde pública estavam dispostos no bairro, especialmente àqueles referentes à Atenção Básica, e, a partir disso, convocar a população a participar das decisões na saúde em seu “território” por meio da criação do Conselho Local de Saúde, ainda inexistente no município. Na abertura do evento, apresentou-se a concepção de saúde como uma produção coletiva da comunidade, reiterando a necessidade de trazer a população para junto do processo decisório em saúde.

A coordenadora da Estratégia de Saúde da Família do município traçou um breve histórico da saúde pública brasileira a partir de sua própria trajetória como trabalhadora de saúde. Em seguida, procurou explicar a lógica dessa estratégia para a população, de modo que se fizesse entender sua diferença em relação às Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Pronto-Atendimento. O objetivo do PSF foi assim exposto: “*Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população e cujo foco é a qualidade de vida. Além disso, a idéia é tornar o usuário um cidadão, não apenas porque a saúde se tornou um direito de cidadania, mas pela participação comunitária nas decisões em saúde*”.

Para ilustrar seu propósito, os agentes comunitários de saúde apresentaram uma peça de teatro denominada “*Mudança de Hábito*”, cujo script segue abaixo:

Uma família migrante veio a fixar residência no território Praia Azul. A família era composta pelo casal Créio – um aposentado pelo FUNRURAL e Créia – uma dona de casa. O casal tinha três filhos: Cremildo (10 anos), Cremilda (14 anos) e Criméia (17 anos); residia ainda com eles a “vozinha” – mãe de Créio. A trama mostra uma família pobre, com um linguajar estereotipado típico de populações da roça. Quando a ACS chega para sua primeira VD ela encontra as seguintes situações:

Casa: vasos com água parada e larvas de dengue esparramadas pelo quintal;

Cremildo: criança com barriga d’água, que comia terra e encontrava-se desmotivada em decorrência de verminoses;

Cremilda: adolescente que apresentava quadro de mutismo desde sua chegada ao bairro;

Criméia: adolescente que relatava obesidade, enjôos e problemas estomacais;

Vozinha: idosa em cadeira de rodas com feridas abertas e tratadas com pó de café e folhas de fumo;

Créio: homem fumante, “desdentado”, apresentando problemas de visão e relatando “dor nas juntas e nas cadeiras”;

Créia: mulher com diabetes e pressão alta não tratadas e quadro de “nervoso”;

Alimentação: alto consumo de banha de porco e sal para o preparo da alimentação.

A ACS faz o cadastro da família e as seguintes orientações: substituir a banha de porco pelo óleo e diminuir a ingestão de sal, substituindo-o por outros temperos, como cebola e alho; colocar areia no vasos de planta, uma vez que a água limpa e parada é um excelente criadouro para o mosquito da dengue. Além disso, orienta para que toda a família passe por uma consulta com o médico generalista do PSF para que ele possa prescrever as medicações necessárias para reverter processos agudos e crônicos já estabelecidos.

Algum tempo depois, a ACS encontra a família da seguinte forma:

Cremildo: tomou remédio para verme e não come mais terra;

Cremilda: foi diagnosticada com um quadro depressivo, está tomando fluoxetina e passou a freqüentar os grupos de artesanato do PSF (na visita, estava fazendo bordado e vestindo a camiseta da “Oficina da Alegria”);

Criméia: os enjôos eram decorrentes de gravidez em estágio avançado, fez pré-natal e estava amamentando o bebê somente no peito;

Vozinha: não geme mais e está sendo tratada com pomadas cicatrizantes;

Créio: parou de fumar, fez tratamento odontológico na Unidade de Saúde Bucal e está fazendo caminhada e fisioterapia para seu problema de coluna, além de ter feito o exame preventivo para o câncer de próstata;

Créia: não tem mais “chilique” e toma remédio de uso contínuo para hipertensão, além de ter mudado a alimentação, eliminando açúcares e gorduras desnecessário; também fez o o exame preventivo para o câncer de colo do útero.

Créio e Créia vestiam, literalmente, a camisa do PSF.

Ao visualizar esse novo quadro, a ACS exclama: “Parabéns, vocês estão de parabéns!!! Não adianta o agente comunitário, o enfermeiro, o médico fazer a visita todos os meses se a família não colabora, pois 90% do trabalho é da família”.

Para encerrar, todos os “atores” se reuniram e exclamaram juntos o antigo dito popular: “É melhor prevenir do que remediar”.



Figura 6.1.5 – Situação 1: Família antes da intervenção do PSF

Fonte: Foto Pessoal



Figura 6.1.6 – Situação 2: Primeira VD da ACS e Cadastramento da Família

Fonte: Foto Pessoal



Figura 6.1.7 – Situação 3: Família após a intervenção do PSF

Fonte: Foto Pessoal



Figura 6.1.8 – Encerramento: “É melhor prevenir do que remediar”

Fonte: Foto Pessoal

Podemos observar que essa peça, montada e encenada pelos ACS, segue o padrão parabolar de aprendizagem que eles obtiveram desde o Introdutório. É uma peça paradigmática, pois desvela, em apenas quinze minutos, todas as plataformas de atuação e intervenção da Estratégia, acentuando a necessidade da *mudança de hábitos* sem, contudo, deixar transparecer para o público qualquer componente de *vigilância* ou *controle*. A mensagem final “*É melhor prevenir do que remediar*” deixa entrever a lógica sob a qual se assenta - é o universo da incerteza, típico dos discursos e das práticas estruturadas em função do *risco* social; aqui a idéia de *risco* é utilizada para legitimar o PSF, pois como vimos, traz implícita a idéia de “vulnerabilidade”, a qual fragiliza o indivíduo e o torna suscetível às intervenções. Contudo, é preciso atentar que as propriedades discursivas do *risco*, por sua vez, permitem-lhe agir como um dispositivo de *controle*, num sentido muito próximo à definição foucaultiana.

Segundo Mitjavila (2002), em nome dos riscos, os “árbitros da vida social” podem justificar intervenções dirigidas a vigiar, orientar, controlar, julgar e, ainda, punir os indivíduos e os setores da população que não conseguem construir – ou que opõem resistência à construção de – “estilos de vida saudáveis ou corretos”. Como vimos, a peça está imbuída pelo uso do discurso de “risco” na área da saúde pública e, particularmente, pelo discurso da “educação em saúde”, a qual procura criar “consciência” pública sobre os “riscos” de saúde adquiridos nas opções feitas pelos indivíduos, no que se refere aos seus “estilos de vida”.

Na lógica da incerteza, o futuro depende das decisões do presente, portanto, faz todo o sentido, ao término da peça, convocar-se a comunidade para a criação de um Conselho Local na Praia Azul, com a seguinte frase: “*É preciso vontade política para mudar verdades estabelecidas, culturas e comportamentos, mas não a política partidária, e sim a política enquanto cidadania*”. Neste sentido, coloca-se geralmente a ênfase na utilização do enfoque de *risco* para promover atividades que impliquem baixa densidade tecnológica, como seria o caso da *educação* para a saúde e a *participação comunitária* (Quesada; Carro, 1991).

Por fim, abriu-se a plenária para questionamentos. E, se até então, tudo parecia correr de acordo com o discurso, eis que os paradoxos começaram a se mostrar. Ao se tentar permitir uma ponte de olhares entre gestores, trabalhadores da saúde e usuários, por meio da dialogia, acabou por criar-se um verdadeiro campo de guerra. Apesar do discurso, não me pareceu haver uma real disposição para o diálogo conciliatório e para a negociação em nenhuma das partes envolvidas. Assim, questionamentos e reivindicações mais ofensivas por

parte de líderes religiosos e das associações de bairro eram respondidas sem que o incômodo causado pudesse ser disfarçado. Percebiam-se conversas paralelas por todos os lados: usuários culpando os gestores pela falta de médicos, pela demora no agendamento de cirurgias e pela falta de um Pronto-Socorro na Praia Azul; gestores e trabalhadores em cargos de liderança culpando os usuários pelo desconhecimento dos serviços e falta de vontade para compreender a hierarquização dos mesmos e suas funções específicas para o acolhimento de determinadas necessidades. E no meio disso tudo, o mais ambíguo de todos os atores – o ACS – que ora se sentia tentado a defender seus vizinhos moradores do bairro e ora a defender seus colegas de trabalho.

A população atacava com frases do tipo: *“A doença não pode ser agendada”*; *“O que é sofrimento prá gente é diferente do que é sofrimento prá vocês”* e era rebatida com: *“Vocês precisam se conscientizar de que são as faltas em consultas agendadas que acarretam a grande fila de espera”*; *“Não dá para ter um hospital em cada bairro; é preciso compreender que os serviços de saúde estão dispostos segundo uma hierarquia”*; *“Nós precisamos trabalhar muito a **educação** e partir do princípio de que, juntos, podemos conscientizar a população”*. Verificava-se, por um lado, a desinformação dos usuários e por outro, as resistências daqueles que prestavam os serviços de saúde.

A reclamação por parte da população era percebida pelos gestores como uma espécie de desafio, o qual era revidado por um discurso que visava a mostrar a “ignorância” e a desinformação dos reclamantes, afirmando, ainda que inconscientemente, a inequivalência entre esses atores tomados, no plano do discurso, como recíprocos. As representações da população em torno das razões, motivos e percepções que os levavam à procura de um serviço de saúde não se coadunava com as representações dos gestores da Saúde Pública, seja em nível local ou nacional.

Como vimos no quarto capítulo, um dos obstáculos para a operacionalização da Estratégia de Saúde da Família era a coincidência entre o horário de funcionamento da Unidade de Saúde da Família e, conseqüentemente, a jornada de trabalho regular dos agentes comunitários com o período em que os próprios usuários também se encontravam trabalhando. Afinal o “acesso” é a primeira condição para viabilizar a utilização do PSF pelos usuários, quer do ponto de vista da localização espacial da USF (distância ou proximidade entre o local da residência do usuário e o equipamento de saúde), quer da realização das VD pelo ACS.

A questão do *acesso*⁶⁶, entretanto, pode se transformar em um engodo, na medida em que a necessidade de ampliação da rede de serviços impacta diretamente naquilo que se oferta nesses serviços, ou seja, na medida em que a falta de serviços de saúde em dada comunidade era suprida com a implantação de um serviço que nem sempre condizia com aquilo que a população, de fato, desejava. Ainda que a população almejasse a alocação de um equipamento público de saúde nas proximidades de sua residência, ela não queria qualquer equipamento. Como vimos, a maior demanda da população não era por agentes comunitários, enfermeiros ou médicos da família, mas por médicos especialistas, pela construção de um hospital no território e/ou pela ampliação do pronto-atendimento que, no momento, contava “apenas” com Unidade São José. Além disso, reclamava-se das filas e da espera no agendamento de consultas. Coloquei o “apenas” entre aspas, pois a visão dos gestores era completamente oposta. Segundo relatórios apresentados pela Diretora de Atenção Básica, o índice de utilização da Unidade era tão baixo que nem justificaria os gastos com os plantonistas e com a ambulância, especialmente nos finais de semana. A demora nas consultas também foi questionada em virtude dos mesmos relatórios, pois, segundo a Coordenadora do PSF, era possível “*marcar uma consulta de uma semana para outra - um período muito inferior a marcação de consultas na UNIMED*”. Quando confrontados com os dados, os usuários reagem dizendo que como a ambulância esteve indisponível por muito tempo e nem sempre havia médicos plantonistas (o que foi confirmado pela Secretaria de Saúde), eles se acostumaram a procurar direto o Hospital Municipal. Desse modo, o pedido de construção de um hospital nesse local periférico era justamente para diminuir a distância entre a população e o serviço de saúde hospitalar.

Contudo, as doenças que os afetavam nem sempre necessitariam de um tratamento hospitalar, podendo muitas vezes ser resolvidas na atenção primária, mas as filas e a “desconfiança” que uma estratégia como o PSF ainda gera, fazia com que procurassem aquilo que lhes parece ser mais resolutivo. Dessa constatação se originam as acusações de “ignorância” dos usuários, os quais não compreenderiam a hierarquização dos serviços e nem a finalidade de cada um deles. Também dessa constatação originou-se a idéia da construção de um “Mapa Vivo” dos equipamentos públicos disponíveis na Praia Azul. Na questão da hierarquização reside uma das maiores zonas de conflito entre profissionais de saúde e usuários, portanto, é onde se faz necessário o enfrentamento das resistências de ambas as partes para que seja possível alguma espécie de negociação. Segundo Cohn (2006, p. 92),

⁶⁶ Para maiores detalhes acerca do problema do acesso nos equipamentos públicos de saúde vide COHN (2006).

Numa rede básica insuficiente e subutilizada, a imagem da ineficácia e o risco de não encontrar o médico somam-se para justificar a procura mais penosa, porém entendida pelo usuário como mais garantida, de assistência num hospital ou num pronto-socorro... daí a procura de serviços de saúde manifestar-se principalmente nas situações onde existem riscos concretos e verificáveis, portanto, em situações onde predomina a perspectiva curativa.

Nesse conflito, emerge ainda outro ator que se propõe a ser o *porta-voz da comunidade* e que traz insuflado o discurso da *cidadania* – são os líderes da comunidade, tanto das associações de bairro quanto das entidades religiosas. Os primeiros levantaram de suas cadeiras e incitaram a população a reivindicar por seus direitos diretamente junto à Ouvidoria do Prefeito, além de entregarem cartões de visitas com seus telefones para que entrassem em contato caso tivessem problemas para marcar consultas ou cirurgias: “*eles têm medo que a gente bote a boca no trombone e faça escândalo; nós temos influência com a população, temos jornal impresso, jornal na internet; daí, quando chegamos lá com uma queixa eles resolvem na hora*”. Ocorre que essa forma de encaminhar os problemas acabava por resolvê-los de forma isolada e individualizada, sem considerar o âmbito coletivo da questão.

Os segundos, os quais se autodenominavam “*a voz e a vez desse nosso povo que não tem condições*”, representavam cinco bairros da Praia Azul não cobertos pelo PSF (Berinjela, Residencial Tancredi, Bosque dos Ipês, Iate Clube de Campinas, Fazenda Santa Lúcia) e cerca de quatrocentas famílias. Segundo uma das representantes da Igreja Sagrada Família: “*a falta de atendimento primário em saúde nas proximidades, especialmente vacinação, faz com que nossos empregados se descuidem da saúde ou procurem atendimento apenas nas situações de emergência, normalmente, nos hospitais; a UBS 22 (Jardim São José) e o PSF 17 (Jardim América II) até que são pertíssimos para a gente que tem carro, mas é inviável para os caseiros, que precisam tomar dois ônibus e que só passam algumas vezes por dia*”. Chegaram, inclusive, a oferecer um salão paroquial da igreja para que acomodasse uma nova ESF.

A Coordenadora dos PSF respondeu que a extensão da cobertura de VD dos ACS para esses bairros já vinha sendo analisada pela Secretaria de Saúde e que deveria ser iniciada no prazo de três meses. Quanto à criação de uma nova ESF, foram esclarecidos sobre a impossibilidade de atender a essa reivindicação em virtude das preconizações do próprio

MS, o qual exige um número mínimo de famílias e usuários abrangidos para a implantação de uma nova equipe. Estamos diante de um “território” descontínuo e heterogêneo, onde a classe trabalhadora reparte lugar com a classe média residente nos condomínios de chácaras. Nesse caso, há um dilema no que se refere ao critério para a abrangência do PSF. Por um lado, tanto a implantação de uma nova equipe cujo número de atendidos fosse inferior ao preconizado, quanto a extrapolação desse número pela extensão da área de abrangência de uma equipe já constituída, acarretariam um ônus aos cofres municipais, pois esse desvio de norma não seria contemplado pelo repasse integral das verbas pelo MS. Por outro, a negação da extensão gerava um constrangimento e feria o princípio da “universalidade” ao contemplar apenas parte das famílias.

Percebemos que o princípio que organizava o discurso de cada uma das instâncias envolvidas era diferente: para o Estado, todas as ações têm como justificativa a *cidadania* e a necessidade de se constituir um *sujeito de direitos*; para os profissionais, as ações desenvolvidas visam à instauração de uma *consciência sanitária* por meio de *ações educativas*, na qual a assistência médica é apenas uma de suas ramificações. O usuário que busca um serviço público de saúde, contudo, não está pensando nem em “cidadania” e nem em “educação sanitária”, mas no atendimento imediato e eficaz de seu desconforto, mal-estar ou doença. Assim, não é por caso que é necessário todo um jogo de negociações para que essa arena conflituosa não se transforme em verdadeiro campo de batalhas. A frase “*o que é sofrimento prá gente é diferente do que é sofrimento prá vocês*” mostra-nos que os próprios usuários têm ciência dos deslizamentos nas representações dos sintomas e/ou doenças entre eles e aqueles que os atendem. A busca pelo atendimento médico está associada à representação que eles elaboram acerca da gravidade do sintoma apresentado e/ou sentido, bem como à maneira mais rápida e eficaz de resolvê-lo.

O descentramento da doença nas políticas públicas de Promoção da Saúde convive e disputa com a centralidade que ela possui nas representações acerca do processo saúde-doença e na procura dos usuários pelos equipamentos de tratamento e cuidado orientados para a assistência médica. Por mais incompleta, fracionada e desatualizada que seja, hoje, a percepção dos gestores e trabalhadores em saúde pública sobre a lógica secundária de atenção, é preciso considerar que, em seus próprios termos, ela pode ser eficaz. Afinal, quando se está efetivamente em sofrimento, há todo um deslizamento semântico entre o plano do discurso e da prática, mesmo entre os profissionais da saúde, os quais também passam a demandar pela assistência médica.

Aliás, o que se via na USF era, de fato, bastante contraditório, pois, ao mesmo tempo em que os ACS eram os propagadores mores da atenção básica, eles eram os primeiros a procurarem um dos médicos da família para resolverem suas aflições. Além disso, essa demanda tinha um caráter idiossincrático: eles não precisavam marcar consultas e nem enfrentar uma fila de espera; simplesmente, entravam no consultório, compartilhavam suas queixas e saíam com encaminhamento para especialistas e prescrição de medicamentos. Um atendimento medicalizado, rápido e eficaz, segundo a percepção deles, que se coadunava perfeitamente com a demanda dos usuários; demanda esta que os próprios ACS tinham por incumbência reorientar.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há uma tendência no discurso da Saúde Pública e Coletiva, como na maioria dos discursos, de construir um campo semântico com conceitos remodelados e reconstruídos, bem como com aqueles oriundos de outros campos de saber, de modo que os conflitos são omitidos e os conceitos-novidade vão sendo naturalizados sem grandes contestações. Isso gerava, muitas vezes, confusão e desorientação. Desse modo, a realização deste trabalho foi, por vezes, desconfortante e dolorosa. Às dificuldades metodológicas somavam-se a hibridez do campo de conhecimentos da Saúde Pública, a necessidade de contextualização histórica e o caráter institucional e estatal do objeto, o que fazia com que eu me afastasse das etnografias clássicas e me questionasse, constantemente, se estava, realmente, a fazer uma etnografia e a produzir um conhecimento antropológico.

Procurei, por meio de uma das possíveis versões acerca do panorama histórico da conformação das políticas públicas de saúde no Brasil, pontuar as normas e procedimentos institucionais da Estratégia de Saúde da Família e da Saúde Pública em geral, para, em seguida articulá-los com a observação dos espaços, das relações e dos conflitos aferidas durante a etnografia. Desse modo, foi possível observar que os princípios que organizavam as relações entre os profissionais técnicos, os agentes comunitários de saúde e os usuários nem sempre eram regidos pela legislação, mas por pressupostos menos tangíveis que diziam respeito à biografia pessoal dos atores, ao modo de vida familiar, à comunidade onde estavam inseridos, às suas orientações profissionais, políticas e religiosas, dentre outras. Uma traição conjugal, um determinado tipo de orientação profissional, técnicas e práticas aprendidas na infância, a formação religiosa, a inserção política, o acesso atual e progresso aos equipamentos de saúde e o próprio horário de trabalho eram algumas das questões que afetavam a forma com que os diferentes atores operavam princípios e conceitos e, por conseguinte, impactavam as relações estabelecidas entre eles, viabilizando ou não a negociação dos conflitos.

A pesquisa procurou descrever o trajeto de diferentes atores por meio do relato de casos, depoimentos e eventos, uma vez que apresentavam componentes que se repetiam constantemente. Observar as equipes multiprofissionais em suas práticas cotidianas deixava entrever as tensões e contradições vivenciadas, quer em decorrência das normatizações propostas, quer pela própria convivência simultânea entre discursos, saberes e práticas.

O caráter multiprofissional da equipe de saúde da família era completamente diferente do caráter interdisciplinar do Projeto AIPS. No primeiro caso, havia uma aglutinação de profissionais de diferentes níveis hierárquicos que executavam papéis previamente atribuídos segundo a lógica do PSF. A negociação entre os profissionais era muito mais referente a conflitos interpessoais do que a um possível diálogo de saberes. Cada profissional exercia sua função sem a interferência do outro, exceção feita às intervenções da chefia imediata, mas que se relacionavam muito mais a questão de horário de trabalho, faltas, irresponsabilidades, isto é, muito mais ao plano da organização do trabalho do que da negociação de saberes.

Desse modo, os médicos de família respondiam à médica que ocupava o cargo de Diretora de Atenção Básica; os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem respondiam à enfermeira que ocupava o cargo de Coordenadora da Estratégia de Saúde da Família e os agentes comunitários respondiam à enfermeira que ocupava o cargo de Coordenadora da Equipe de Saúde da Família a qual estavam vinculados. As reuniões de equipe, quase inexistentes, normalmente eram apenas informativas: referiam-se a mudanças de procedimentos e protocolos, ao início de campanhas, ao acolhimento de novos profissionais na equipe, etc. A dimensão conflitiva e relacional ficava a cargo das sessões de aconselhamento psicológico, exclusiva para os ACS, as quais se revelaram como totalmente inadequadas como modelo explicativo para aqueles a quem se destinavam, sendo, portanto, extintas.

Contudo, na Praia Azul, a equipe multiprofissional apresentava um caráter peculiar. Quer ou não pela existência da “Casinha dos Agentes”, o fato é que se deixava entrever a conformação simultânea de duas equipes: uma equipe multiprofissional, hierárquica e englobante, e uma equipe de agentes comunitários, igualitária e englobada, as quais acabavam também por explicitar as duas lógicas que operavam no sistema de saúde pública do “território”: de um lado, a lógica hierárquica da superioridade médica, defensora mor da atenção secundária e do assistencialismo médico-curativo; de outro, a lógica do Ministério da Saúde, que professava um modelo igualitário baseado nas premissas da Promoção da Saúde.

Por isso mesmo, no caso do Projeto AIPS, a Coordenadora, movida pelas categorias do discurso da Promoção da Saúde, “dava voz” a todos os participantes, transformando-os em interlocutores e futuros multiplicadores. Todos participavam das

decisões, as quais eram tomadas apenas se aceitas pela maioria; todos participavam da execução das ações, cada um ao seu modo. As oportunidades de compartilhamento de experiências fora do município, do Estado e mesmo do país, financiadas pelo Projeto, eram abertas a todos – desde o ACS até o prefeito municipal. Embora seu caráter igualitário, é preciso ressaltar que essa negociação entre os atores partícipes só era possível nos próprios termos da Promoção da Saúde; a diferença era aceita desde que se comungasse da mesma lógica. Por este motivo havia um forte investimento em ações pedagógicas tanto na identificação e formação dos interlocutores e multiplicadores, quanto da população em geral – alvo da campanha de “cidadanização na saúde” promovida pela lógica em questão.

Vimos que tanto os discursos governamentais quanto os discursos técnico-científicos como, por exemplo, os do Curso Introdutório e do Projeto AIPS, estavam imbuídos por uma matriz pedagógica cuja finalidade era facilitar o “aprendizado” do sujeito sobre o qual se intervinha, acerca dos saberes e das práticas considerados como requisitos ao seu “bem-estar”. Assim, “fabricar essa pessoa” idealizada pelo idioma institucional requeria uma intervenção em nível pedagógico, segundo os parâmetros de um projeto que visava à construção de um sujeito cujos valores precisavam se adequar a um protótipo de “cidadão saudável”. E era uma miríade de saberes diversos condensados em uma bricolagem sob a nomenclatura de Promoção da Saúde que fornecia a nova gramática na qual se devia formar esse “cidadão saudável”.

Mas se a concepção de saúde que vai se forjando no interior do movimento sanitário, que reivindica a APS como eixo ordenador, extrapola os limites do saber e da prática médica, de modo a incorporar os processos sociais, ela acaba por exigir a construção de um novo saber e de uma nova prática, as quais, necessariamente, demandam por processos educativos de formação e reciclagem dos profissionais. Além disso, para a formulação das políticas de saúde não basta que se idealize um projeto e se imponha essa idéia como verdade, invocando uma demanda pedagógica de construção do sujeito, sem antes analisar as manifestações sociais por saúde e verificar a demanda dos usuários pelos serviços; faz-se necessário desvelar qual o padrão de utilização dos serviços de saúde por parte da população.

Assim, o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família e sua constituição como porta de entrada do SUS, em substituição ao acesso direto ao modelo biomédico, mesmo com a justificativa de propiciar uma maior aproximação com o universo cultural das “classes vulneráveis” a qual se destinava o serviço de saúde, acabava, ao contrário, por afastar

esses usuários do sistema de saúde pública, uma vez que ofertava um pacote de saúde diferente daquilo que se demandava sem uma prévia negociação entre as partes envolvidas. Na Praia Azul tínhamos uma geração de usuários formados e informados pela lógica curativa, os quais demandavam pelo pronto-atendimento e pela assistência médica. Superar a biomedicina agora que eles, finalmente, tinham acesso a ela, parecia-lhes impensável, ou melhor, parecia-lhes “*frescuras do Postinho*”.

É preciso considerar também que uma parcela substancial da classe trabalhadora da Praia Azul possuía convênio médico privado, o que impactava diretamente na resistência aos programas de atenção básica. Segundo dados da Secretaria de Planejamento, havia no território cerca de 2010 pessoas cobertas por planos de saúde, o que correspondia a 15,66%. Mas a maior incongruência residia no fato de que todos os trabalhadores públicos em saúde do município eram contemplados por convênio médico particular. Deparamo-nos com uma nova ambigüidade do ACS: porta-vozes da atenção básica, eles cuidavam de sua própria saúde por meio de outro sistema de atenção.

Lembro-me que quando conheci a ex- Secretária de Saúde do município, ela me disse que acreditava tanto na saúde pública que nunca havia pagado um convênio privado em toda a sua vida. Para ela, pagar convênio era uma forma de demonstrar a descrença no conceito, além de ser totalmente incompatível com o discurso da necessidade de mudança de paradigma. Durante sua gestão, ela tentou extinguir os planos de saúde pagos pela Secretaria de Saúde aos seus funcionários, mas não pode seguir adiante pela falta de apoio e pelo desconforto que essa idéia causou. Assim, se a Promoção da Saúde é o eixo norteador do PSF no plano do discurso, na prática, é uma categoria de difícil operacionalização, como se pode perceber nos usos que os próprios agentes propagadores desse ideal fazem dele. Há uma contradição entre o saber e o fazer, entre a teoria e a prática; ou seja, ao preconizar uma prática centrada num conceito mais amplo de saúde, o programa coloca para os profissionais o desafio de atender essa orientação sem que eles próprios acreditem nessa proposta.

Há ainda outra questão a se considerar ao refletir sobre a demanda dos usuários pelo assistencialismo médico. É muito divergente a forma de apropriação da Estratégia de Saúde da Família em grandes áreas urbanas e/ou metropolitanas e em áreas efetivamente desassistidas por qualquer sistema de saúde. Por algum tempo, o PSF ficou praticamente restrito às pequenas cidades do interior do Brasil, especialmente em municípios que ainda não contavam com a atenção ambulatorial organizada. Nesses casos, pesquisas que avaliaram os

principais indicadores de saúde revelaram que era inquestionável a ampliação do acesso à atenção básica e a melhoria da qualidade de vida dos usuários. Embora a Praia Azul não tenha sido objeto de investimentos em equipamentos sanitários durante algumas décadas, seus moradores sempre arrumaram um meio de buscar a assistência médica, ainda que fora do território e/ou do município; com uma proximidade maior ou menor era acessível a eles toda uma rede estruturada de atenção à saúde. Nos locais onde as experiências com o PSF foram mais exitosas, entretanto, a desassistência médica era compensada pelo uso da tecnologia advinda do próprio saber popular.

Dessa forma, quando se cria o papel de agente comunitário para dialogar com esse saber popular e introjetar, aos poucos, as categorias da APS e da Promoção da Saúde, encontra-se aí um solo mais propício. Foi exatamente isso que o ACS selecionado pelo Projeto AIPS para conhecer o desenvolvimento das ações da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis, em Sobral, nos disse após sua visita. Ainda que a proposta continue sendo a “mudança de mentalidades, de comportamentos e de hábitos”, a oferta pretende criar uma demanda pela saúde institucionalizada em locais onde impera o saber e as terapêuticas tradicionais, e não, como no caso da Praia Azul, de reorientar uma demanda por uma saúde institucionalizada já constituída. É mais fácil para uma população que nunca teve atendimento médico acostumar-se com a figura do agente comunitário do que outra que se habituou à intervenção médica e ao seu prestígio.

Assim, se por um lado o PSF proporciona a ampliação do acesso da população à atenção básica, por outro, a sua penetração é menor em regiões amplamente medicalizadas⁶⁷, o que acaba por se constituir em um dos grandes obstáculos à efetiva implementação do PSF. Vejamos que a própria apresentação da peça “Mudança de Hábito” mostra a intervenção do agente comunitário em uma família não medicalizada, na qual, teoricamente, haveria menos resistência para a incorporação de novos valores sanitários do que naquelas que já foram disciplinarizadas por outra lógica. Na verdade, questiono-me se a proposta inicial de implantação do PSF destinava-se mesmo a essas populações já medicalizadas, ou se isso foi um acidente de percurso que pode, inclusive, por em risco toda a estratégia. O critério de “vulnerabilidade” utilizado para definir as áreas-alvo era justamente para identificar populações consideradas “minoritárias”, “excluídas”, “carentes” e

⁶⁷ Uma concepção medicalizada da atenção à saúde refere-se aqui, primeiramente, a demanda institucionalizada pela biomedicina, na qual desconfortos, dores e sintomas são resolvidos recorrendo-se a um médico, quem poderá ou não prescrever uma receita para alguma medicação.

“ignorantes” nas quais, teoricamente, seria mais fácil a imposição, por ações lúdico-pedagógicas e pela incorporação no sistema de um agente que lhes era familiar, da lógica da Promoção da Saúde. A inclusão da figura do Agente Indígena de Saúde (AIS)⁶⁸, por exemplo, segue essa lógica.

O ACS, ao se tornar um profissional de saúde e ser formado para tal, passa a exercer o papel de um agente de intervenção do Estado em prol da consolidação de um projeto de promoção da saúde que exige a transformação dos usuários em “sujeitos saudáveis”. Esse projeto, também pedagógico, passa pela mediação do ACS, o que o torna mais palatável por meio da tradução do saber biomédico para a linguagem popular, seja por meio das visitas domiciliares, grupos de artesanato e caminhada, oficinas de alfabetização, apresentação de peças de teatro, eventos para divulgação de livros, fóruns de debate, entre outros.

Quando iniciei este trabalho acreditava que dedicaria muitas páginas para discorrer sobre o que deveria ser uma das principais categorias da estratégia – a família. Contudo, com o decorrer da pesquisa percebi que sua importância era mais teórica do que prática. Nas visitas domiciliares, diferentemente da peça de teatro dos agentes, raramente encontrávamos mais de dois componentes da família e, apenas em alguns atendimentos, estabelecia-se alguma conexão entre a problemática do atendido e suas relações familiares. Normalmente, tratava-se do agravamento de alguma doença já estabelecida em decorrência do apagamento desses laços de parentesco e pela conseqüente situação de abandono que alguns usuários se encontravam. A demanda do usuário era compreendida, majoritariamente, como uma gramática individual e não como uma linguagem que expressava conflitos do seu ambiente familiar, fato que desconfigurava uma parte importante da estratégia e colocava em questionamento a própria nomenclatura do programa.

Outra categoria-chave da Estratégia de Saúde da Família que merece ainda algumas considerações é a “visita domiciliar”. Ao focarem-se na prevenção, as visitas domiciliares trazem implícitas as idéias de controle e de monitoramento da vida e da saúde das pessoas. A alimentação, o peso, a pressão arterial, as atividades físicas dos usuários eram monitorados mensalmente. Seus dados eram registrados nos prontuários e no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), seus exames estavam disponíveis em um banco de dados na internet – tudo passível de consulta a qualquer momento. Além disso, o fato do ACS

⁶⁸ Para maiores informações sobre o AIS vide o trabalho de NOVO (2008).

ser um morador do território se, por um lado, o tornava mais próximo da população, por outro, poderia gerar desconfiança quanto ao sigilo das informações prestadas.

Percebi, durante as VD que acompanhei, que os mais resistentes a receber o ACS em suas residências eram, em primeiro lugar, aqueles que possuíam um plano de saúde privado. Estes, normalmente, nem sequer abriam a porta para o agente ou quando o faziam era apenas no intuito de dispensá-los brevemente. As famílias cujos componentes eram mais jovens e aqueles que possuíam uma condição social um pouco mais elevada também apresentavam resistência ao Programa. Parece haver uma relação entre o perfil socioeconômico das famílias e a aceitabilidade da “invasão” e normatização de suas vidas privadas por parte dos ACS, o que acaba por caracterizar diferentes formas de inserção e atuação das ESF. Talvez por este motivo o PSF, apesar de pregar a saúde integral, acabe por trabalhar, majoritariamente, com ações programáticas focadas em classes consideradas “vulneráveis”: diabéticos, hipertensos, gestantes, recém-nascidos e crianças até dois anos. Essa população era mais facilmente encontrável em suas casas, além de serem mais receptivos aos ACS, tanto nos convites para adentrar suas casas e compartilhar de algum alimento quanto na disponibilidade para entabular alguma conversação, referente ou não a sua saúde.

Procurei, nesta dissertação, descrever e analisar como se estabelecem as relações entre diferentes práticas e saberes de saúde no âmbito da atenção básica e, mais especificamente, na Estratégia de Saúde da Família, focando-me, particularmente, na forma de atuação e formação dos ACS. Observei ainda o contexto que envolve a conformação e atuação das equipes multiprofissionais de Saúde da Família, bem como suas relações. As contradições observadas entre o modelo presumido e a sua operacionalização pela equipe profissional mostra que: a) há uma precedência do modelo gestor e burocrático sobre a prestação do serviço de saúde em si mesmo; b) para além da configuração técnica e tecnológica da equipe multiprofissional é preciso considerar-se o seu aspecto ideológico e o grau de comprometimento de seus atores com o conceito apregoado; c) a equipe multiprofissional da Praia Azul pode ser dividida em duas equipes – uma equipe hierárquica que agrupa todos os profissionais e uma equipe de agentes comunitários de saúde; d) os profissionais das ESF são informados por lógicas contraditórias – de um lado, os profissionais técnicos, informados pela lógica clínica e biomédica, de outro, os ACS e aqueles que haviam se especializado em PSF, informados pela lógica da APS e da promoção da saúde; e) a “Casinha dos Agentes” revela duas categorias nativas de ACS – os “idealistas” e os “pés-no-

chão”; f) há um traço normatizador que perpassa tanto os processos pedagógicos de formação da equipe multiprofissional quanto a forma de atuação desta sobre os usuários do PSF; g) a centralidade da noção de família, na prática, revela-se inconsistente; h) os usuários almejam por um modelo biomédico traduzido nos próprios termos deles; i) o projeto estatal por detrás do PSF é o de “cidadanização” na e pela saúde.

REFERÊNCIAS

- ALVES, H. P. F.; TORRES, H. G. Vulnerabilidade Socioambiental na cidade de São Paulo: uma análise das famílias e domicílios em situação de pobreza e risco ambiental. In: **São Paulo em Perspectiva**, vol. 20, nº 1, janeiro-março, 2006, p. 44-59. Revista da Fundação SEADE.
- ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Lisboa: Quetzal Editores, 2004. Tradução portuguesa de António de Castro Caieiro.
- AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G.; SALLETI, H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R; PARKER, R. (Orgs.). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 50-71.
- BECK, U. **Risk society: towards a new modernity**. Tradução de Mark Ritter. London: Sage, 1992. 260 p.
- BERGSON, H. **Matéria e Memória**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- BEVILAQUA, C. B. **Consumidores e seus direitos: um estudo sobre conflitos no mercado de consumo**. São Paulo: Humanitas; NAU, 2008.
- BOURDIEU, P. **Pierre Bourdieu**. São Paulo: Ática, 1983. (Coleção grandes cientistas sociais).
- _____. O campo científico. In: ORTIZ, R. (org.). **A sociologia de Pierre Bourdieu**. São Paulo: Ed. Espelho D'Água, 2003.
- BOURGET, M. M. M. (org.). **Programa Saúde da Família: manual para o curso introdutório**. São Paulo: Martinari, 2005.
- BRASIL. INAMPS. **Resolução nº 258**, de 7 de janeiro de 1991 (NOB SUS 01/91). Brasília, 1991. Disponível em:
<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolucao%20258_07_01_1991.pdf>. Acesso em: 19/05/2010.
- _____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº545**, de 20 de maio de 1993 (NOB SUS 01/93). Brasília, 1993. Disponível em:
<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf>. Acesso em: 19/05/2010.
- _____. MS. **Saúde dentro de casa: Programa Saúde da Família**. Brasília, 1994.
- _____. VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro, FASE, 1996. p. 117 - 128 (Anexo).

- _____. MS. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1998.
- _____. Constituição da República Federativa do Brasil -1988. Título VIII – Da Ordem Social. Capítulo I – Da Seguridade Social. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS**: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. 1ª ed. São Paulo: Ed. Raiz, 2000a. p. 21-27.
- _____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS**: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. 1ª ed. São Paulo: Ed. Raiz, 2000b. p. 35-54.
- _____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS**: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. 1ª ed. São Paulo: Ed. Raiz, 2000c. p. 55-57.
- _____. MS. Norma Operacional Básica do SUS 01/96. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS**: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. 1ª ed. São Paulo: Ed. Raiz, 2000d. p. 64-113.
- _____. MS. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001.
- _____. **Lei nº 10.507**, de 10 de julho de 2002. Brasília: Diário Oficial da União, 11 de julho, 2002. Disponível em:
<<http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/legislacao/leis/lei10507.pdf>>. Acesso em: 19/05/2010.
- BRASIL. MS. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006. 76p. (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 1)
- _____. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ª Ed. Brasília, 2007. 68p. (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)
- CALDEIRA, T. **Cidade dos Muros**: crime, segregação e cidadania em São Paulo. São Paulo: Editora 34/ EDUSP, 2000.
- CANESQUI, A. N. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In: ALVES, P.C. & MINAYO, M. C. S. (org.). **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- _____. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(1), 109-124, 2003.
- CARDOSO, M. D. **Médicos e clientela**: da assistência psiquiátrica à comunidade. São Carlos: FAPESP / EDUSFCar, 1999.

- _____. Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso do Alto Xingu. In: LANGDON, E. G., GARNELO, L. (orgs.). **Saúde dos Povos Indígenas: Reflexões sobre Antropologia Participativa**. Rio de Janeiro: Contracapa/ABA, 2004, p. 155-175.
- CARDOSO, R. **Faça diferente, faça a diferença: uma parábola emocionante**. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2003. 96 p.
- CARNEIRO JR., N.; MARSIGLIA, R. G. Disponibilidade, Acessibilidade e Aceitabilidade do PSF em Áreas Metropolitanas. In: COHN, A. (org.). **Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC, 2009, p. 95-112.
- CARVALHAL, E.; FERREIRA, G. **Ciclo de Vida das Organizações**. 3ª ed. Ed. FGV, 2000.
- CLIFFORD, J. 1998. **A Experiência Etnográfica: antropologia e literatura no Século XX**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1998.
- COHN, A. A Saúde na Previdência Social e na Seguridade Social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez Editora, 1996, p. 11-55.
- COHN, A., NAKAMURA, E., COHN, C. O Programa de Saúde da Família entre o Público e o Privado. In: VIANA, A. L. d'Á., ELIAS, P. E. M, IBÁÑEZ, N. (orgs.). **Proteção Social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005, p. 168-185. (Saúde em Debate, 159).
- COHN, A. *et al.* **A saúde como direito e como serviço**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2006. 164p.
- COHN, A. (org.). **Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC, 2009.
- COSTA, I. M. C; NASCIMENTO, V. B. PSF, Descentralização e Organização dos Serviços de Saúde no Brasil. In: COHN, A. (org.). **Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC, 2009, p. 67-92.
- COSTA, V. A. **Do sofrimento psicológico entre universitários: uma etnografia com jovens estudantes e grupos terapêuticos**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.
- CRAPANZANO, V. **Waiting: the whites of South Africa**. New York: Random House, 1985.
- DELOR, F; HUBERT, M. Revisiting the concept vulnerability. **Soc Sci Med.**; Jun. 2000. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science>. Acesso em: 12/12/2010.
- DUARTE, L. F. D. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor / CNPq, 1986.
- DUARTE, L. F. D. *et al.* Vicissitudes e Limites da Conversão à Cidadania nas Classes Populares Brasileiras. **RBCS**, ano 8, nº 22, p.5-19, Junho de 1993.

DUMONT, L. **O individualismo**: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

_____. **Homo Hierarchicus**: o sistema das castas e suas implicações. São Paulo: EDUSP, 1992.

ELIAS, P. E. Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil. In: COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez Editora, 1996, p. 57-117.

_____. Uma visão do SUS. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS**: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. 1ª ed. São Paulo: Ed. Raiz, 2000. p. 8-19.

FAVRET-SAADA, J. Ser afetado. In: **Cadernos de Campo**, nº 13, 2005, pp. 155-161.

FERREIRA, M. P. *et al.* Espaços e dimensões da pobreza nos municípios do Estado de São Paulo: o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS). In: **São Paulo em Perspectiva**, vol. 20, nº 1, janeiro-março, 2006, p. 5-17. Revista da Fundação SEADE.

FOSTER, G. M; ANDERSON, B. G. **Medical Anthropology**. New York: John Wiley K Sons, 1978. 302 p.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**: soberania e disciplina. 9º ed. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

_____. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. 34 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Gestão de saúde** - curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília: UNB, 1998a, vol. 1.

_____. **Gestão de saúde** - curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília: UNB, 1998b, vol. 2.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

_____. Os dilemas do antropólogo entre “estar lá” e “estar aqui”. **Cadernos de Campo**, nº 7, São Paulo, 1998.

_____. **Obras e vidas**: o antropólogo como autor. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2003.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2003. 408p.

HOLSTON, J. Espaços de cidadania insurgente. In: **Revista do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional**, nº 24, Rio de Janeiro, IPHAN, 1996, p. 243-253.

IANNI, A. M. Z., QUITÉRIO, L. A. D.. A questão ambiental urbana na Atenção Básica e o PSF. In: COHN, A. (org.). **Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC, 2009, p. 113-140.

INGOLD, T. Pare, olhe, escute! Visão, audição e movimento humano. Tradução de Lígia Maria Venturini Romão, Marcos Balieiro, Luisa Valentini, Eliseu Frank, Ana Letícia de Fiore e Rui Harayama. In: **PontoUrbe** - Revista do Núcleo de Antropologia Urbana da USP, Ano 2, versão 3.0, julho de 2008. Disponível em: <<http://n-a-u.org/pontourbe03/timingold.html>> Acesso em: 02/11/2010.

JULLIEN, F. **Um Sábio Não Tem Idéia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

KALIPENI, E. Health and disease in southern Africa: a comparative and vulnerability perspective. **Soc Sci Med**, Abril, 2000. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science>. Acesso em 12/12/2010.

KEESING, R. M. **Cultural Anthropology**. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1981.

LAFON, R. in MUCCHIELLI R. **Le travail en equipe**. Paris: ESF Editions, 1996.

LEACH, Edmund. **Sistemas Políticos da Alta Birmânia**: um estudo da estrutura social Kachin. São Paulo: Edusp, 1996[1967].

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: PARKER, R. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993. p. 276-300.

MAGNANI, J. G. C. **Festa no pedaço**. São Paulo. Brasiliense, 1984.

_____. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 17, nº49, 2002, p.11-29.

MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERLEAU-PONTY, M. **O olho e o espírito**. Trad. Paulo Neves e Maria Ermantina Galvão Gomes Pereira. SP: Cosac & Naify, 2004.

MITJAVILA, M. O risco como recurso para a arbitragem social. **Tempo Social**; Rev. Sociol. USP, S. Paulo, 14(2), outubro de 2002, p. 129-145.

MOL, A. **The Body Multiple**: Ontology in Medical Practice. Durham and London: Duke University Press, 2005. 196 p.

MORGAN, L. M. **Community participation in health**: the politics of primary care in Costa Rica. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.

- NOVO, M. P. **Os Agentes Indígenas de Saúde do Alto Xingu**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde das Américas**: documento de posicionamento da OPAS/OMS. Washington, D.C.: OPAS, 2007.
- PAIM, J. M. A. Reforma Sanitária e a Municipalização. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 01 n° 02, 1992.
- _____. Saúde da família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, 2001, p. 143-146.
- _____. “Reforma Sanitária Brasileira (RSB)”. In: Seminário Internacional de Atenção Primária / Saúde da Família, 4, 2008, Brasília, **Apresentação oral...** Brasília: Ministério da Saúde.
- PAULA, J. R. P.; SILVA, L. H. **Curso Introdutório do PSF**. Americana: Secretaria Municipal de Saúde / Diretoria de Atenção Básica / Coordenadoria do Programa de Saúde da Família, 2008. 28p. Apostila.
- PEIRANO, M. **A favor da etnografia**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.
- QUESADA, G.; CARRO, M. Enfoque sistémico en la evaluación de servicios materno infantiles. In: **Atención Primaria de Salud**, Montevideo, v. 12, 1991, p. 2-18, 1991.
- RODRIGUEZ NETO, E. A reforma sanitária e o sistema único de saúde: suas origens, suas propostas, sua implementação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: **Textos Técnicos para Conselheiros de Saúde – Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- SÁNCHEZ, A. I. M; BERTOLOZZI, M. R. Vulnerabilidade em Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2. Rio de Janeiro mar./abr., 2007.
- SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.
- SOUZA, R. R. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Sala299.pdf>>. Acesso em: 19/05/2010.
- SPADACIO, C; SPERANDIO, A. M. G. (orgs.). **A Praia Azul**: uma história construída coletivamente em Americana. São Paulo: Ed. RBB, 2009a.
- SPERANDIO, A. M. G. (org.). O processo de avaliação das experiências locais do Projeto de Ações Intersetoriais em Promoção da Saúde (AIPS); buscando as igualdades a partir das diferenças. Rio de Janeiro: Ed. ABRASCO, 2009b.
- STRATHERN, M. The Tyranny of Transparency. In: **British Educational Research Journal**, Volume 26, Number 3, 1 June 2000, pp. 309-32.

- TRAD, L. A. B. et al. Estudo Etnográfico da Satisfação do Usuário do Programa de Saúde da Família na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.º3. Rio de Janeiro: 2002.
- WAGNER, R. **A invenção da cultura**. Tradução de Marcela Coelho de Souza e Alexandre Morales. São Paulo: Cosac Naify, 2010.
- VIANA, A. L d'Á. *et. al.* Financiamento e Desempenho da Atenção Básica no Estado de São Paulo. In: COHN, A. (org.). **Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC, 2009, p. 15-65.

ANEXO I

AS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Atribuições comuns a todos os profissionais que integram as equipes de saúde da família:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais aquela população está exposta;
- Elaborar, com participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocam em risco a saúde;
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância epidemiológica nas diferentes fases do ciclo da vida;
- Valorizar a relação com o usuário e com a família para a criação de um vínculo de confiança, afeto e respeito;
- Realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento;
- Resolver os problemas de saúde do nível da atenção básica;
- Garantir acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar;
- Prestar assistência integral à população adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalista;
- Coordenar, participar e/ou organizar grupos de educação para a saúde;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados;
- Fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais;
- Incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade nos conselhos locais de saúde e no conselho municipal de saúde;
- Auxiliar na implantação do cartão nacional de saúde.

Atribuições específicas do Auxiliar / Técnico de enfermagem:

- Realizar procedimentos de enfermagem dentro de suas competências técnicas e legais;
- Realizar procedimentos de enfermagem nos diferentes ambientes, USF e nos domicílios, dentro do planejamento de ações traçado pela equipe;
- Preparar o usuário para consultas médicas e de enfermagem, exames e tratamentos na USF;
- Zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e das dependências da USF, garantindo o controle de infecção;
- Realizar busca ativa de casos, tais como: tuberculose, hanseníase e demais doenças de cunho epidemiológico;
- Em nível de sua competência, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
- Realizar ações de educação em saúde aos grupos de patologias específicas e às famílias de risco, conforme planejamento da USF.

Atribuições específicas do Enfermeiro:

- Realizar os cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada;
- Realizar a consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério de Saúde e as disposições legais da profissão;
- Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF;
- Executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso;
- No nível de sua competência, executar a assistência básica e as ações de vigilância epidemiológica e sanitária;

- Realizar as ações de saúde em diferentes ambientes, na USF e, quando necessário, no domicílio;
- Realizar as atividades corretamente às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 2001;
- Aliar a atuação clínica à prática de saúde coletiva;
- Organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas, tais como: hipertensos, diabéticos, saúde mental, etc.
- Supervisionar e coordenar ações para capacitação de agentes comunitários de saúde e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.

Atribuições específicas dos Médicos:

- Realizar consultas clínicas aos usuários da sua área adstrita;
- Executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso;
- Realizar consultas e procedimentos na USF e, quando necessário, no domicílio;
- Realizar as atividades clínicas correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 2001;
- Aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva;
- Fomentar a criação de grupos de patologias específicas, tais como: hipertensos, diabéticos, saúde mental, etc.
- Realizar o pronto-atendimento médico nas urgências e emergências;
- Encaminhar os usuários aos serviços de maior complexidade, quando necessário, garantindo a continuidade do tratamento na USF, por meio de um sistema de acompanhamento e referência e contra-referência;
- Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Indicar internação hospitalar;
- Solicitar exames complementares;
- Verificar e atestar óbito.

Atribuições específicas do Cirurgião Dentista:

- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;
- Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
- Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Técnico em Higiene Dental (THD), do Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e da ESF;
- Realizar supervisão técnica do THD e ACD; e
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Atribuições específicas do Técnico em Higiene Dental:

- Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- Coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
- Apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Atribuições específicas do Auxiliar de Consultório Dentário:

- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- Proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
- Preparar e organizar instrumental e materiais necessários;
- Instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;
- Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- Organizar a agenda clínica;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde:

- Realizar mapeamento de sua área;
- Cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro;
- Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;
- Identificar área de risco;

- Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário;
- Realizar ações e atividades, no nível de suas competências, na áreas prioritárias da Atenção Básicas;
- Realizar, por meio da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;
- Estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco;
- Desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;
- Promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras;
- Traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites;
- Identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possa ser potencializados pela equipe.