

## INTRODUÇÃO

Temas sobre saúde pública e educação, há muito, vêm despertando o interesse desta pesquisadora, tendo desenvolvido trabalhos de saúde mental, em educação para a saúde.

Destaca-se o livro “Educação e Saúde: Realidade e Utopias”, do qual esta pesquisadora é co-autora, e a Dr<sup>a</sup> Ilda Caruso, uma das organizadoras. Nela, o leitor poderá acompanhar a trajetória dos problemas de saúde mental pública no Brasil, bem como as análises e sugestões que as autoras apresentam, visando aprimorar a prática profissional daqueles que se dedicam a essa tarefa. Uma das sugestões pertinentes de serem citadas aqui é a expansão das equipes dos Programas de Saúde da Família (PSF) em Presidente Prudente e seu trabalho em rede, com os setores da Educação, da Cultura, da Assistência Social.

Foi a partir do desejo de fazer algo pela saúde mental pública no Brasil, área de conhecimento que se pode relacionar à educação, legado deixado pela querida Ilda Caruso, é que nasceu e frutificou o tema dessa dissertação.

Acredita-se que a Educação não acontece somente nos bancos escolares nem se dá somente por vias estruturadas e sistematizadas, mas acontece nas relações humanas e, por que não dizer, nas ações de saúde pública. Assim, considera-se relevante atrelarem-se os conhecimentos da Educação aos da Saúde na promoção de práticas transformadoras da realidade social.

O PSF é um novo modelo de atenção básica à saúde voltada principalmente para os grupos sociais mais vulneráveis, que foi implantado no Brasil, em 1994. Os atendimentos favorecem uma abordagem mais humanizada e com

maior poder de penetração no universo familiar, tendo em vista a prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua.

O profissional que, geralmente, faz as visitas aos domicílios é o Agente Comunitário de Saúde (ACS), tendo grande poder de identificação na população onde trabalha, já que é membro daquela comunidade, podendo provocar mudanças de comportamento e, conseqüentemente, da saúde.

É função dos Agentes Comunitários o estabelecimento da ligação entre o usuário e o serviço de saúde, a visita aos domicílios, o cadastramento dos usuários e a realização das atividades de educação em saúde. São os profissionais com menor qualificação da equipe do PSF e têm uma tarefa árdua a cumprir, posto que lidam, diretamente, com o sofrimento das famílias, sejam eles físicos ou psíquicos, sem instrumental teórico-prático para isso, e, muitas vezes, adoecem, ao se depararem com a doença da população atendida.

Pensar num modelo de saúde que atenda os princípios básicos do Sistema Único da Saúde (SUS), que são universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, é ajudar os profissionais da área a incorporarem, em sua prática, procedimentos mais amplos, e não apenas ver a população atendida como mais um dado numérico ou um programa a ser cumprido, mas como pessoas com histórias de vida peculiar, que trazem, em sua forma de estar no mundo, suas experiências, emoções e saberes.

A partir dessa forma de se pensar educação utilizou-se, entre outros, o referencial teórico da educação popular em saúde para dar sustentação a essa pesquisa, que tem como objetivo analisar e compreender as ações educacionais desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de duas equipes do Programa Saúde da Família de Presidente Prudente.

Seguindo o que fora proposto como objetivos específicos desse estudo, optou-se, primeiro, por analisar-se o projeto de implantação do Programa de Saúde da Família do município e as ações previstas para os Agentes Comunitários de Saúde; investigar as intervenções desses Agentes Comunitários quanto às ações de prevenção, promoção e cuidado com a saúde oferecidas aos usuários do programa; e, finalmente, comparar as ações esperadas dos mesmos com as ações realizadas, identificando-se as lacunas e apontando-se as possibilidades para a melhoria do desempenho educativo desses profissionais.

Esta pesquisa tem, como ponto chave, as seguintes indagações: Quem é o Agente Comunitário em Saúde? Quais ações educativas desenvolvem? Conseguem desenvolver as atividades previstas no projeto de implantação do programa? Estão sendo, constantemente, capacitados e assessorados para um bom desempenho profissional? Ao desempenharem sua função, os ACSs levam em conta o aspecto social e subjetivo da clientela atendida, promovendo uma visão mais humanizada da população ou estão presos a paradigmas higienistas em educação para a saúde? Os Agentes Comunitários de Saúde têm o conhecimento necessário sobre a interconexão das dimensões biológicas, psíquicas e sociais na vida diária de um indivíduo, no adoecer e nos momentos de transformação individual? Como os profissionais e a população percebem o PSF?

Tendo, como objeto de estudo, as práticas educativas dos Agentes Comunitários de Saúde, optou-se por utilizar-se a abordagem qualitativa, mediante estudo de caso, onde a preocupação essencial é a compreensão dos significados e as causas de sua existência. O leitor encontrará um capítulo destinado à metodologia utilizada na pesquisa, onde descreverá o caminho percorrido.

O presente trabalho está estruturado em cinco capítulos. No primeiro capítulo, abordar-se-á a Educação e a Saúde, sua interface, desde a concepção do enfoque higienista, normatizador, ao enfoque contemporâneo denominado Educação em Saúde. Apresentar-se-á, também, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a implantação do Programa de Saúde da Família no Brasil (PSF), sob o olhar de seu criador. Em seguida, trar-se-ão algumas pesquisas realizadas sobre esse novo modelo de atenção em saúde pública e as críticas encontradas.

O segundo capítulo discorrerá sobre os procedimentos metodológicos utilizados no decorrer deste estudo.

No terceiro capítulo, os dados da pesquisa documental começarão a ser descritos e analisados. Primeiramente, apresentar-se-ão algumas características sobre o município de Presidente Prudente, para situar-se o PSF no contexto municipal. Em seguida mostrar-se-á uma retrospectiva histórica da implantação do Programa de Saúde da Família na cidade, seus objetivos e atribuições do Agente Comunitário de Saúde.

No quarto capítulo analisar-se-ão e discutir-se-ão as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde de Presidente Prudente, sob a análise das categorias definidas, a partir da sistematização dos documentos estudados e dos dados das entrevistas.

Nas considerações finais, far-se-á uma síntese dos resultados encontrados, discutindo-se a relevância do trabalho educativo em saúde, em especial a educação problematizadora no favorecimento do desenvolvimento de uma consciência crítica. Registrar-se-ão, igualmente, algumas sugestões para futuras investigações de aspectos que merecem uma atenção singular.

## 1 REVENDO A LITERATURA

### 1.1 Educação e Saúde

Schall e Struchiner (1999) definem educação em saúde como um campo multifacetado para o qual convergem diversas concepções, tanto da área da educação quanto da área da saúde, que retratam diferentes concepções de mundo, de acordo com distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade.

Essa concepção, no Brasil, está situada no âmbito da saúde pública, tendo duas dimensões. Uma envolve a aprendizagem sobre as doenças, como evitá-las, seus efeitos sobre a saúde e como restabelecê-la; a outra é concebida como promoção de saúde, pela Organização Mundial da Saúde, incluindo os fatores sociais que afetam a saúde. Nessa dimensão, não há preocupação apenas com as pessoas sob o risco de adoecerem, mas com toda a população em sua vida cotidiana. Mesmo sob essa visão, Schall e Struchiner (1999) alertam que há diferentes práticas, muitas delas reducionistas, sendo realizadas em saúde pública. Acreditam que uma verdadeira educação em saúde só é possível com políticas públicas, reorientação dos serviços de saúde e com propostas pedagógico-libertadoras.

A nosso entender, é necessário pensar a Educação e a Saúde não mais como uma educação sanitizada (educação sanitária) ou localizada no interior da saúde (educação em saúde) ou ainda educação para a saúde (como se a saúde pudesse ser um estado que se atingisse depois de educado!) É preciso recuperar a dimensão da Educação e da Saúde/doença e estabelecer as articulações entre esses dois campos e os movimentos (organizados) sociais. E mais – como práticas sociais articuladas com as necessidades e possibilidades das classes populares na formulação de políticas sociais e das formas de organização social que lhes interessam (MELO, 1999).

Pensar a educação e a saúde é pensar um tema complexo, uma prática que vai além de uma pedagogia higienista, que culpabiliza o doente, por não

ter seguido, corretamente, as prescrições. Algumas práticas educativas lembram mais um adestramento de mentes, onde acontece a total supressão do pensar, da subjetividade.

Educação exige que se veja o outro como sujeito, e não como objeto. Quando se remete à educação em saúde, é necessário que o educador tenha capacidade de ouvir as queixas da população, com vontade de compreender as situações geradoras dos problemas descritos. Deve pensar no meio social, nas relações sociais, nas condições de moradia e de vida daquele que é seu interlocutor, e, também, propiciar àquele que é educado uma tomada de consciência de sua situação de “ser no mundo”, a fim de que o potencial político transformador das ações em saúde tenha sentido.

Entendo que o trabalho desenvolvido na área da saúde se constitui em uma prática pedagógica, ou seja, que as ações em saúde influenciam na produção de significados. A produção desses significados pode servir para a promoção da dominação e perpetuação de uma situação desfavorável à maioria da população ou, ao contrário, proporcionar a aquisição de uma consciência crítica que possibilite lutar por uma sociedade diferente (GARCIA, 2000, p,17).

Por conseguinte, simplesmente dizer: você tem isso ou aquilo, você deve fazer assim ou assado, é mera prescrição. É alívio de consciência para aquele que acha que cumpriu, bem, seu papel, sem se envolver de fato. O que se propõe aqui, alicerçado em autores que estudam esse tema, é fugir da medicalização. Stotz (1993, p.19) enfatiza que os educadores devem “acentuar, nos indivíduos, a sua condição de sujeitos”. Isso implica que essas pessoas, ao enfrentarem seus problemas, ajam como sujeitos de suas próprias histórias e vidas. Mas isso só ocorre com a tomada de consciência, do pano de fundo social no qual sua história se desenrola.

Também pode ocorrer por meio de uma prática dialógica, ou seja, do diálogo entre sujeitos. Isso lembra Arroyo (2001), que fala sobre a prática educativa como processo de construção dos sujeitos, utilizando-se do referencial de educação popular de Paulo Freire. Afirmar que todo ser humano é um sujeito em construção. Para ele, a educação popular é um processo de tornar mais humano o ser humano, é despertar o desejo, a possibilidade de ser. A fome, o desemprego, a luta pela sobrevivência vão provocando a desumanização. Daí a difícil tarefa da educação, que é a de devolver a humanização a essas pessoas. Educação em saúde, hoje, não consiste apenas em conscientizar politicamente, mas formar sujeitos éticos, que saibam lidar com seu corpo, com sua subjetividade. Isso é possível por meio da palavra, da experiência, dos relacionamentos, do convívio humano, da interação, do toque, da cultura popular.

Valla (1999) propõe a teoria do apoio social, como forma de discutir a crise dos serviços em saúde pública e como alternativa para o modelo curativo. Para Valla (2001), apoio social é qualquer informação ou auxílio material, ofertado por pessoas ou grupo de pessoas que se conhecem, que provocam efeitos emocionais positivos, tanto para quem oferece como para quem recebe a ajuda. Dessa forma, as pessoas percebem que necessitam umas das outras.

Acredita-se que a solidariedade é um fator importante para a prevenção e manutenção no campo de educação e saúde. Quando algo gerou muito sofrimento numa pessoa (uma doença crônica, um acidente, a perda de um ente querido ou qualquer outra perda) foi necessário ajuda externa. Aquele que perde parte de si pode ser mantido pelas qualidades pessoais de outras pessoas. É essa a noção de apoio.

O apoio pode ser conseguido na transcendência, na psicoterapia de apoio e, por que não, com os profissionais de saúde que estão ali, o mais perto possível da comunidade, que são os Agentes Comunitários de Saúde.

Valla (1999) sugere três áreas relacionadas com a educação popular e saúde comunitária, que estão diretamente ligadas à noção de apoio social. São elas: as associações de moradores, o grande crescimento das religiões, em especial as evangélicas ou pentecostais, e os Agentes Comunitários. Nesse particular, interessa, em especial, discorrer-se sobre esta última área.

Para o autor, os Agentes Comunitários, muitas vezes, junto com os curandeiros locais, são os únicos que prestam algum tipo de serviço de saúde em alguns bairros periféricos, oferecendo algum tipo de apoio social. Acredita que, a menos que haja uma mudança considerável na sociedade brasileira, assim como não há empregos para todos, não haverá assistência, em saúde, para todos. A teoria do apoio social é uma solução para muitos dos excluídos, não só por oferecer aumento da imunidade do corpo mas também por se entender que os homens não são apenas corpos que adoecem.

Concorda-se com essa premissa e acredita-se que a educação popular e a saúde comunitária estão intimamente implicadas nas relações interpessoais. A educação acontece na relação humana, no conviver, começa no seio da família e, só mais tarde, a escola e a sociedade nela terão a sua participação. A educação está interligada com cuidado, com afeto, com vínculo.

Uma das funções da educação é proporcionar capacidade reflexiva e de análise dos diversos contextos em questão, para não se perpetuar no pensamento pueril. Mas só educa aquele que é educado. Não se dá nem se oferece aquilo de que não se é possuidor. Não se está falando da educação formal, dos



bancos escolares, mas da sabedoria popular, da capacidade de solidariedade e de apoio social.

Aquele que pretende desempenhar o papel de educador, seja nas escolas, seja na saúde pública, deve fazer o que propõe Rohden (1997): olhar para dentro de si, conhecer-se. Para esse autor, só aquele que tem os valores pessoais e humanitários bem desenvolvidos é que consegue fazer eclodir isso no outro, porquanto só se regenera a sociedade, regenerando-se os homens.

No entanto, sob o ponto de vista da psicologia social, o homem é um ser social, que constrói a si próprio, ao mesmo tempo em que constrói, com os outros homens, a sociedade e sua história. Para compreendê-lo, além de se conhecer seu corpo biológico, é necessário pesquisar-se principalmente como ele se constitui em um contexto sociocultural.

A sociedade com suas instituições, crenças e costumes, não paira acima dos indivíduos, mas sim ela é constituída por indivíduos. Não se trata de colocar a sociedade acima do indivíduo ou o indivíduo como um ser isolado acima da sociedade. Ela também não é uma *gestalt* (forma) física como os tijolos em uma casa, mas sim uma rede de inter-relações individuais em constante mobilidade (BONIN, 2000, p.59).

Dessa feita, o indivíduo social-histórico, que também tem um aparato biológico, se constitui por meio da rede de inter-relações sociais, ou seja, a sociedade é um conjunto das relações interpessoais. É o que se pode chamar de relação dialética entre homem e sociedade, visualizando o homem como produto e produtor da história.

Para Vigotski (apud BOCK; FURTADO; TEIXEIRA 2003), a aprendizagem sempre ocorre por meio das relações interpessoais, porque a relação do indivíduo com o mundo, constantemente, está mediada pelo outro. Dessa forma, só se aprende, se se tiver o outro que forneça significados que permitam entender-

se o mundo ao redor. Nessa perspectiva, o desenvolvimento é produto da maturação do organismo em contato com a cultura produzida pela humanidade e as relações sociais que permitem a aprendizagem. É no processo ensino-aprendizagem que ocorre a apropriação da cultura e, conseqüentemente, o desenvolvimento do indivíduo.

Se o homem só o é pela experiência de estar junto com o outro, se educação é um processo contínuo, que ocorre no encontro entre seres humanos, no viver e conviver mútuos, ela deixa marcas, como alertou Morais (1986), que podem ser positivas ou negativas.

Esse autor aponta que as marcas deixadas por aquele que ensina devem ser positivas, não sendo marcas de dominação nem de propriedade. Ensinar é caminhar junto com o educando, ao seu lado, compartilhando vivências e experiências. O verdadeiro educador não o leva nos braços, porque sabe que o ser humano segue uma relação de dependência relativa rumo a sua independência. Não superprotege, porque sufoca, mas instiga, faz pensar. Procura romper a visão dicotômica de mundo entre certo/errado, bom/mau, mas mostra as matizes e entretons desses contínuos, visando a que o indivíduo não se torne intolerante.

Se “educar é estar com o outro” (NOVASKI,1989, p.14), é nesse encontro humano, que poderá acontecer em diversos locais, que as vicissitudes da vida devem ser tratadas.

Para educar, seja na escola ou na comunidade, aquele que se dedica a essa prática deverá estar preparado, deverá conhecer-se, saber de suas limitações e saber aceitar as limitações do outro. Deverá oferecer-se, como apoio, àquele que percebe a falta em si, até que ele possa caminhar sozinho. Não é tarefa fácil, não se aprende em compêndios, não se estabelece por decretos ou leis. É

muito mais sutil, é construído nas relações com o outro; e isso começou lá atrás, na relação mais primitiva, com a figura materna.

### **1.1.1 Os Diferentes enfoques de Educação em Saúde ao longo da história**

As práticas de educação em saúde, no Brasil, têm raiz num discurso normatizador, influenciado pelas experiências européias dos séculos XVIII e XIX. De enfoque higienista, com ênfase nos determinantes biológicos da doença associada à revolução bacteriana, tem-se a política de controle de enfermidades, como febre amarela, peste, varíola, tuberculose etc, mediante vacinação compulsória, vigilância das atitudes dos pobres, normatização arquitetônica do espaço urbano. É a “educação higiênica”. Não se podem esquecer os movimentos de resistência, como o da Revolta da Vacina em 1904, quando a população pôde expressar seu descontentamento contra as medidas adotadas pelo governo.

Nos anos 20, com o desenvolvimento da Saúde Pública, foram enfatizados os processos de prevenção. De concepção biologicista, norteadas por uma orientação comportamentalista, partindo da premissa de que os problemas de saúde eram devidos à ignorância da população, às normas de higiene, acontecia a “educação sanitária”. Essa concepção sanitária extrapolou seus limites e buscou, segundo SmeKe e Oliveira (2001, p. 119), por meio do eugenismo, o “higienismo da raça”. Nesse período, ciência, educação, propaganda e legislação deveriam trabalhar, com o intuito de evitarem qualquer desordem moral ou social.

No início dos anos 60, século XX, iniciaram-se projetos de medicina comunitária, quando o movimento de educação popular estava fervilhando. As práticas de educação em saúde favoreciam, segundo Pereira, a “tomada de consciência para mudança do estado de doença para o estado de saúde” (apud

SMEKE; OLIVEIRA, 2001, p.122). Foi nesse período que se começaram a relacionar as condições de doença ou saúde com as condições de vida.

No período militar, que veio em seguida, houve um aprofundamento das relações capitalistas de produção, expansão dos serviços médicos privados, diminuição dos gastos sociais. Aos poucos, alguns setores da população se foram organizando em movimentos, reivindicando melhores condições de vida; e movimentos de educação popular foram-se estruturando junto a Comunidades Eclesiais de Base.

Smeke e Oliveira (2001) apontaram que a indignação de cientistas, professores e profissionais de saúde, frente à deterioração das condições de vida, fez com que esses profissionais buscassem rever suas teorias, procurassem novas diretrizes para novas práticas em saúde. Aconteceu a profissionalização do Educador em Saúde Pública, na USP. Com isso, passou-se a questionar os efeitos das práticas pedagógico-persuasivas, de transmissão de conhecimento, onde se negava a subjetividade.

Reconhece-se que as ações educativas, num viés biomédico e unicausal do adoecer humano têm um poder domesticador. Questiona-se se o padrão de desenvolvimento socioeconômico capitalista e os avanços científicos não agravarão as injustiças sociais, tornando, ainda mais árido, o terreno da educação em saúde.

Houve, nesse período, um grande movimento de educação popular e trabalhos comunitários. Na década de 80, diminuíram e perderam sua importância, com a conquista da democracia e a construção do SUS. Percebeu-se uma sensação de crise no método de educação popular, que Vasconcelos (1997) atribuía a mudanças culturais globais.

Alguns profissionais continuaram sua luta, fazendo crescerem e germinarem alguns movimentos. No início dos anos 90, estruturou-se a “Rede de Educação Popular em Saúde, que desde 1991, articulava profissionais de saúde e lideranças populares envolvidos nessas experiências” (VASCONCELOS, 2001, p.16), propiciando aos interessados reuniões, assembléias, cursos, cartilhas, jornais, sites, com o intuito de sistematizar e difundir conhecimento, buscando relações mais humanas e respeitadas entre as pessoas e as instituições. Vasconcelos (1997) acreditava que a ação educativa era um instrumento para a criação de uma sociedade mais justa e solidária.

O Movimento de Educação Popular e Saúde, que se formou em alguns estados brasileiros, surgiu da necessidade de se aproximarem duas práticas tão diferentes em campos complexos, que são o da saúde e o da educação, cujo objetivo é a luta por saúde, articulando-a num contexto social, em busca da cidadania e de uma melhor qualidade de vida, conforme afirma Fantin (2000).

Dessa aproximação, surgiram mudanças na reflexão sobre esses temas. Pode-se pensar nas estratégias de intervenção que possibilitem mudanças. No campo educacional, os teóricos que alicerçam o trabalho são Paulo Freire e Brandão.

Educação Popular em saúde não significa educação informal. O adjetivo “popular” representou práticas que desejavam dialogar. No entanto ocorre que o termo popular tem sido confundido com tudo que se aproxima da pobreza, ignorância, feiúra. O que se pretende é redimensionar esse conceito, já que Educação Popular em Saúde é um novo campo de conhecimento, explica Fantin (2000).

Como visto, a trajetória da educação em saúde reflete um processo de transformação ao longo dos anos. De um viés unicausal, biologicista, higiênico e autoritário a práticas que incorporam os aspectos sócio-econômico-culturais. A nova proposta para a educação em saúde interpreta os processos de saúde e doença, a partir de referenciais múltiplos, e privilegia práticas participativas. Sob esse novo prisma, educadores e população têm saberes que se complementam, são parceiros na luta por melhores condições de vida. Busca-se alcançar uma ação social transformadora, comprometida com a promoção da saúde e o bem-estar geral.

## **1.2 O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Nova Proposta de Atenção Básica**

Após o aquecimento da economia no Brasil, no final da década de 60, o país viveu, em meados dos anos 70, o declínio da atividade econômica. Foram as crises econômica e política provocadas pelo petróleo, inflação acelerada e por causa da vitória do partido de oposição nas eleições. Tal cenário deteriorou as condições de vida dos trabalhadores e das classes populares em geral, o que tem sido evidenciado nos indicadores de saúde.

O modelo de assistência em saúde pública, que predominou nos anos 70, foi o modelo médico assistencial privatista, focalizando a prática curativa, individual e assistencial, voltada à lucratividade do setor saúde.

Vasconcelos (apud PEREIRA, 2002, p.145) afirma:

No governo militar, a política de Saúde se voltou para a expansão de serviços médicos privados, principalmente de hospitais, onde as ações educativas não tinham espaço significativo [...] O governo voltou sua atenção para a expansão da economia, diminuindo os gastos com as políticas sociais.

Os anos 80, no Brasil, marcaram o esgotamento do modelo desenvolvimentista e do processo de construção do Estado Nacional. Essa década ficou conhecida como a “década perdida” (PEREIRA, 2002, p.66).

Nesse período, vários acontecimentos permearam as mudanças no setor da saúde. Foi um período de redemocratização do país, de lutas sociais, de debate sobre políticas públicas, na tentativa de se apagarem as marcas do autoritarismo.

Foram gestadas novas práticas sociais, políticas e na área da saúde; entre elas, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986. Esse evento pôde ser considerado um marco na Saúde Pública Brasileira e se diferenciou das conferências anteriores, pelo caráter democrático que teve, com representantes de quase todas as forças sociais interessadas na questão da saúde. Nessa conferência, um novo conceito de saúde foi elaborado. Foram definidas as bases do projeto de Reforma Sanitária Brasileira, que preconiza a saúde como direito e dever do Estado, a instituição de um sistema único de saúde, a participação popular e o controle social dos serviços de saúde.

Em 1987, foi criado, no Brasil, o Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS), quando os pacientes passaram a ser atendidos gratuitamente, sem a necessidade de serem previdenciários ou conveniados.

O marco histórico do período foi a promulgação da Constituição Federal de 1988. Esta contemplou as proposições defendidas, durante vários anos, pelo movimento sanitário, determinando ser dever do Estado garantir saúde a toda a população. Aprovou, também, o Sistema Unificado de Saúde (SUS), definindo a descentralização dos serviços para os municípios, a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde.

O SUS foi regulamentado pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990. A primeira veio explicitar ainda mais os princípios constitucionais e, a segunda aprofundou o nível de participação democrática da população na formulação de políticas públicas de saúde e no seu controle social, por meio das conferências e conselhos de saúde.

O SUS é o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Tem, como objetivos:

- I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II – a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, medidas que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.
- III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, Lei N° 8.080, 1990, ART 5°).

Bettioli (2003) aponta que os princípios norteadores da Lei Orgânica da Saúde enfocam a saúde, enquanto direito, objetivando a integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação popular. Alerta, ademais, que o SUS deve ser visto como uma conquista da sociedade, porque permite que setores da população, até então excluídos do atendimento em saúde, possam vislumbrar alguma possibilidade de acompanhamento por meio de um dos seus princípios, que é a universalidade do atendimento, o que é responsabilidade do Estado.

Para Lesbaupin (apud PEREIRA, 2002), enquanto, no Brasil, aconteciam as conquistas sociais garantidas pela Constituição de 1988, como resposta à intensa mobilização social contra o esgotamento do Regime Militar e de



transição para a democracia, no cenário mundial, tais mecanismos perdiam vigência e eram substituídos pela ideologia neoliberal, legitimados por meio da desregulamentação, flexibilização e privatização.

Esse processo, aos poucos, foi introduzido no país, na década de 90, pela elite dominante, gerando a estagnação da economia e a intensificação dos problemas sociais.

Os resultados da implantação desse projeto já podem ser enunciados: a política de abertura e desregulamentação da economia se expressa no desmantelamento da capacidade de investimento e de regulação econômica do Estado, a liquidação do patrimônio público estratégico, o desmantelamento do sistema de proteção social estabelecido na constituição de 1988, o sucateamento da infra-estrutura e dos serviços sociais básicos, a flexibilização das relações trabalhistas, a liberalização do comércio externo e dos fluxos de capital estrangeiro, a internacionalização do sistema financeiro, a política de juros asfixiantes e a sobrevalorização cambial (PEREIRA, 2002, p.71).

Nesse cenário, o Programa da Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil, em 1994. Esse programa surgiu para superar deficiências que existiam no modelo de assistência à saúde, como: ineficiência do setor, insatisfação da população, atendimentos médicos seguindo a lógica hospitalocêntrica e curativa. Propôs uma forma mais humanizada de se cuidar da saúde.

### **1.2.1 O Programa de Saúde da Família (PSF)**

Atualmente, o SUS é a forma proposta, para produzir serviços de saúde destinados ao setor público de forma descentralizada e hierarquizada, priorizando o atendimento integral e as atividades preventivas. Para atender essas exigências do SUS, são implantados novos programas de Atenção Básica.

Em 1991, foi criado, oficialmente, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde (MS), podendo ser considerado uma

etapa transitória para o Programa de Saúde da Família (PSF). Em 1994, o PSF foi implantado, com o propósito de reorganizar o modelo tradicional. Com a operacionalização da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB-SUS/96, definiu o novo modelo de financiamento para a atenção básica à saúde. O programa ganhou novo impulso e começou a se expandir.

O objetivo geral da estratégia Saúde da Família é:

[...] contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000, p.10).

Os aspectos do programa descritos levaram em conta as publicações do Ministério da Saúde, consultadas pela pesquisadora e referenciadas no final desta publicação. É importante observar-se o viés otimista no qual o programa é apresentado.

Segundo essas publicações, o PSF surge como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, voltada principalmente para os grupos sociais mais vulneráveis, objetivando priorizar ações que impliquem em prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, privilegiando todos os indivíduos, independentemente da faixa etária, articulando as ações de saúde com as demais políticas sociais existentes.

Equipes de profissionais da saúde, com um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde, que atendam à população na unidade básica ou domicílio, são formadas em locais estratégicos das cidades.

A estratégia do Programa de Saúde da Família deve configurar uma nova concepção de trabalho, baseada na interdisciplinaridade e comunicação horizontal entre os membros de uma equipe. A relação entre os profissionais de saúde e comunidade deve ser diferente daquela estabelecida no modelo biomédico tradicional, que enfoca o indivíduo de forma isolada de seu contexto familiar, dos valores socioculturais, descontextualizado de sua realidade familiar e comunitária.

Para o Ministério da Saúde, esse modelo de atendimento tem condições de propiciar solução efetiva a mais de 85% dos casos de saúde da população atendida, desde que haja uma implantação adequada, integração ao sistema municipal de saúde e profissionais capacitados. Os atendimentos vão desde assistência à gravidez, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, prevenção e tratamento das doenças mais freqüentes.

As equipes do PSF devem ter uma participação ativa na melhora das condições de saúde da população. Os membros da mesma devem percorrer as casas das pessoas, conhecer a realidade de cada família, dar orientações, tomar providências, para evitarem que a doença ocorra e oferecerem assistência curativa aos casos em que a doença já se instalou. A Equipe de Saúde da Família (ESF) fica responsável por toda a atenção básica à comunidade. Espera-se que, nesse modelo, a população se sinta mais valorizada, confie nos profissionais, melhore seus hábitos de higiene e cuidados com o ambiente.

Quanto à participação do município nesse projeto, o Ministério da Saúde aponta que o Programa, fazendo parte do contexto do SUS, segue suas regras. Os recursos encaminhados pelo Governo Federal não representam todo o dinheiro necessário, para se implantar e se manter o programa. A legislação prevê

investimento das três esferas dos Governos Federal, Estadual e Municipal. Com efeito, um dos princípios básicos do SUS é a descentralização, significando

[...] que, em toda estratégia de atenção à saúde adotada, o município é responsável pela organização e operacionalização dos serviços, pela forma de contratação e pagamento dos recursos humanos, pelo acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas (BRASIL, Ministério da Saúde, 2001 p.60).

A Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde (NOAS), de janeiro de 2001, editada pelo Ministério da Saúde, é um instrumento que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, criando mecanismos para o fortalecimento da gestão do SUS; atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios e define todo o processo de regionalização da assistência.

Quanto às diretrizes operacionais do PSF, o Ministério da Saúde, por meio da publicação “Guia Prático do Programa Saúde da Família”, recomenda que, em cada Unidade de Saúde da Família (USF), existam duas equipes de PSF trabalhando. Havendo espaço físico, poderão trabalhar até três equipes. Cada Equipe de Saúde da Família deve acompanhar entre 600 e 1000 famílias, num limite máximo de 4.500 pessoas. A proporção é definida pelo risco que a região representa para a saúde da comunidade. Onde o risco é maior, razão por que se recomenda que a população atendida seja menor, a fim de que a Equipe de Saúde da Família possa dedicar-se, adequadamente, ao seu trabalho.

Todos os elementos da equipe deverão trabalhar oito horas diárias, 40 horas semanais, ou seja, dedicação integral à saúde da família. Com isso, espera-se que os profissionais estabeleçam uma ligação afetiva com a comunidade, conhecendo, pessoalmente, cada paciente, sabendo onde fica a casa de cada um, qual é sua história de vida e de saúde.

A implantação do PSF, na maioria das cidades do Brasil, inicialmente, ocorreu nas áreas de maior risco ou mais carentes de atenção básica à saúde. São áreas periféricas, onde as pessoas são pouco informadas sobre os cuidados básicos com a saúde. Recomenda-se não se manterem unidades tradicionais na mesma área das Equipes de Saúde da Família, para não ocorrer a duplicidade de serviços e a concorrência entre os profissionais no atendimento a uma mesma população.

Um dos pontos importantes numa Unidade de Saúde da Família é a atualização constante dos conhecimentos por parte da equipe.

Entender a Saúde da Família como estratégia de mudança significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde. Amplia-se a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde e aumentam os limites e suas possibilidades de atuação, requerendo desses profissionais novas habilidades. Além das atividades de assistência desenvolvidas pela ESF, igualmente importantes são as de planejamento como: identificar, conhecer e analisar a realidade local e propor ações capazes de nela interferir (BRASIL, Ministério da Saúde, 2001, p.73).

Verificam-se, como atribuições dos profissionais da Unidade de Saúde da Família, as que seguem abaixo (BRASIL, Ministério da Saúde, 2001):

- Planejamento de ações

Diagnosticar a realidade local, ou seja, quem planeja deve estar imerso na realidade local. É preciso conhecerem-se os fatores determinantes do processo saúde/doença do indivíduo, das famílias e da comunidade, identificando-se os aspectos positivos da comunidade e sua capacidade, para resolverem os problemas, inclusive os de saúde. É importante que sejam estabelecidas prioridades entre os problemas detectados e traçadas estratégias de ação.

- Saúde, promoção e vigilância

Os profissionais devem conhecer os fatores sociais, econômicos, políticos, ambientais, culturais e individuais que determinam a qualidade de vida da comunidade e seu adoecer. Suas ações devem ser integradas com outros setores da sociedade, estimulando, inclusive, a participação da comunidade no planejamento, execução e avaliação de ações da USF. Essa estratégia visa à promoção da conscientização dos indivíduos como sujeitos de sua história, capazes de elaborarem projetos próprios de desenvolvimento, tanto individual como coletivamente.

- Trabalho interdisciplinar em equipe

A equipe é formada por profissionais de diferentes áreas, com a possibilidade de troca e reconstrução de novos saberes. As equipes devem compartilhar conhecimentos e informações para o desenvolvimento do trabalho em equipe, abrindo possibilidades de parcerias com a comunidade. Devem, ainda, participar do treinamento de pessoal auxiliar, preparando-os para identificarem os principais problemas biológicos, mentais e sociais da comunidade.

- Abordagem integral da família

Os profissionais do PSF devem ver o indivíduo em seu contexto socioeconômico e cultural, com compromisso, respeito e ética, concebendo o homem como sujeito social, capaz de desenvolver-se mediante seus próprios projetos. É importante que a família seja entendida no seu espaço social, em suas interações interpessoais, em seus conflitos e em suas relações com a comunidade, levando-se em conta que toda a dinâmica familiar interfere na saúde de seus membros.

A unidade de saúde deve ser a porta de entrada do sistema local de saúde, suas ações devem estar integradas aos vários níveis de atenção, não podendo a ação ser isolada do sistema local de saúde. A equipe de saúde deverá ser catalisadora de várias políticas setoriais, como saneamento, habitação e segurança.

Está previsto um processo de educação continuada, com reciclagem, atualização e aperfeiçoamento profissional, bem como formação de pólos de capacitação para os profissionais das equipes.

Para o município aderir ao programa, deverá ser elaborado um projeto com a aprovação do Conselho Municipal de Saúde (CMS), sendo anexado à documentação exigida pelo Ministério da Saúde. A Secretaria Estadual de Saúde (SES), por intermédio de suas instâncias, analisa o projeto e o encaminha para a sua aprovação. Uma vez instituído, é regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde, sendo acompanhado e fiscalizado pelo CMS, Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Secretaria Estadual de Saúde.

Dentro dessa política de saúde, cada profissional tem suas atribuições específicas, que serão vistas a seguir.

**Médico:**

Atende a todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade, desenvolve, com os demais integrantes da equipe, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população.

**Enfermeiro:**

Supervisiona o trabalho do ACS e do Auxiliar de Enfermagem, realiza consultas na unidade de saúde, bem como assiste às pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, no domicílio.

**Auxiliar de enfermagem:**

Realiza procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde, no domicílio e executa ações de orientação sanitária.

**Agente Comunitário de Saúde:**

Faz a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês; realiza mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimula a comunidade (BRASIL, Ministério da Saúde).

Como se viu, para que cada profissional exerça, bem, a sua função, ele depende da boa execução do papel do seu parceiro de equipe. Ninguém consegue trabalhar sozinho. O médico precisa do trabalho do agente comunitário, que mapeia a área, realiza visitas, fazendo uma busca ativa. Por sua vez, o Agente Comunitário precisa dos demais profissionais, para ajudá-lo a resolver os problemas que encontra, que podem ir desde a necessidade de um curativo à realização de exames médicos, encaminhamentos, orientações da enfermagem ou, até, do próprio agente.

As publicações do Ministério da Saúde consideram o Agente Comunitário de Saúde o elo entre a equipe e a comunidade, pois ele está em contato permanente com as famílias. É visto como a ligação cultural da equipe com a família, porque une dois saberes distintos - o popular e o científico.

Posto que o foco desta pesquisa é a ação educativa do ACS, analisar-se-ão as suas atribuições, a partir de publicações que a descrevem detalhadamente.

São elas:

- Realizar mapeamento de sua área;
- Cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esses cadastros;
- Indicar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;
- Identificar áreas de risco;
- Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimentos odontológicos, quando necessário;
- Realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básica;
- Realizar, por meio de 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 comunitárias, 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 possam ser potencializados pela equipe (BRASIL, Ministério da Saúde, 2001, p.78).

O Agente Comunitário de Saúde, treinado e capacitado, é capaz de reunir informações de saúde sobre a comunidade onde atua. Sendo um morador da localidade onde trabalha, estará totalmente identificado com a sua comunidade, com os seus valores, seus costumes e sua linguagem. Suas ações poderão favorecer a melhoria das condições de vida da população. Sob orientação dos enfermeiros e com o compromisso de um trabalho em equipe, será a ponte do saber popular com o saber científico.

Sobre a seleção e capacitação do pessoal, o Ministério da Saúde preconiza que, após a adesão do município ao PSF, tenha início o processo de recrutamento e seleção de pessoal. É sugerido que se faça um recrutamento interno entre as pessoas que trabalhem na prefeitura municipal.

Recomenda-se que todos os passos do processo de seleção sejam claramente definidos, eliminando dúvidas quanto à sua lisura. É importante haver uma comissão constituída por profissionais com experiência em organização de serviços de saúde e de seleção de recursos humanos, nomeada pelo município e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde. Essa equipe irá acompanhar todo o processo seletivo.

A divulgação do processo seletivo deverá ocorrer com o auxílio dos meios de comunicação. Ficará a comissão responsável pela elaboração das normas e instrumentos de recrutamento e seleção, aplicação das provas, por suas correções, comunicação dos resultados, elaboração das entrevistas, exames

práticos, bem como sua aplicação e análise de currículos. Deverá, ademais, elaborar a lista de aprovação, acompanhar sua divulgação e homologação.

Publicação do Ministério da Saúde (2001) recomenda alguns critérios para a seleção dos candidatos a Agentes Comunitários de Saúde, como:

- Residir na comunidade, há, pelo menos, dois anos;
- Ter 18 anos ou mais;
- Saber ler e escrever;
- Ter disponibilidade de tempo integral para as atividades de ACS.

Não é necessário que o candidato tenha conhecimentos prévios na área de saúde, pois receberá treinamento sobre as ações que deverá desenvolver, se aprovado.

O Agente Comunitário de Saúde será contratado, sob o regime de Previdência Geral, por entidade sem fins lucrativos de interesse público, que efetivará o Termo de Parceria com o município, o que está previsto na Lei 9.790/99. Essa é a lei do terceiro setor e institucionaliza as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), que podem receber recursos públicos para o desenvolvimento de atividades de interesse público. Esse modelo organizacional permite aos ACS os direitos trabalhistas, e, como vantagem para as prefeituras, não computa

[...] os gastos com os ACS nos limites de gastos com pessoal previstos na Lei de Responsabilidade Fiscal, visto que os recursos repassados pela União são caracterizados como recursos vinculados à realização do projeto específico (BRASIL, Ministério da Saúde, 2002, p.2).

A Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho de 2002, que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde, prevê, como requisitos para o exercício da

profissão, além daqueles relacionados à moradia na área da comunidade onde atua e à conclusão do ensino fundamental, ter concluído o curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde.

Em termos gerais, são essas as características e diretrizes do Programa de Saúde da Família encontradas nas publicações oficiais do Ministério da Saúde. No entanto um pesquisador não se sente satisfeito apenas com o olhar daquele que gestou e pariu sua cria, mas busca pesquisas fidedignas, que possam oferecer outros enfoques, buscando enriquecer o estudo. Portanto, à luz de outras teorias, percebe-se que ainda há muito por fazer, para atingir-se a idéia preconizada pelo Ministério da Saúde.

Vasconcelos (1999) comenta que o PSF significou mais uma modificação institucional com nova divisão de trabalho entre os profissionais, remuneração diferenciada, deslocamento do local de atuação do que uma maior aproximação com o cotidiano das famílias. Critica que qualquer prática dessa equipe seja considerada como familiar, perdendo o termo família a sua especificidade. Aponta que não há distinção entre as diferentes situações de risco vividas pelas famílias ou entre os diversos contextos familiares onde se situam os problemas de saúde, distinguindo, assim, as diferentes metodologias nas abordagens. Não se tem claramente definido o que deve ser abordado em nível de indivíduo, família ou grupos comunitários. E isso está ocorrendo, na visão desse autor, porque o eixo orientador das intervenções desse programa é o dos programas de saúde pública, planejados e padronizados pelas instâncias superiores burocráticas do setor saúde, ficando, dessa forma, o foco dos atendimentos, nas visitas às famílias, preso aos diversos programas que priorizam a amamentação, a reidratação, a vacinação, a frequência do pré-natal etc. Dessa feita, essa abordagem

facilita a expansão do programa às custas de um empobrecimento de seu alcance, já que não considera a complexidade das manifestações locais e subjetivas, dos problemas de saúde, não trabalhando com elas.

Um dos desafios do PSF, para Vasconcelos (1999), é mostrar-se uma verdadeira ampliação do fazer atenção primária em saúde, não se tornando somente um modo simplificado e barato de práticas de saúde em locais pobres do país, mas incorporando práticas preventivas, educativas e curativas, que atendam a realidade de cada população.

Senna (2002) lembra que o PSF emerge num contexto de restrição e racionalização dos gastos em saúde, decorrentes da implementação de medidas de ajuste estrutural, prescritas pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, cujas agências criticavam o modelo de assistência que predominava no Brasil, que era, prioritariamente, hospitalocêntrico, centrado em ações curativas, com uma medicina de alto custo e pouco investimento em ações de promoção e prevenção em saúde.

Em sua pesquisa, Bettioli (2003) discorre sobre o uso político do Programa. Afirma que a implantação do PSF serviu como pilar na campanha eleitoral, tanto no âmbito municipal quanto no nacional, em especial na última campanha à Presidência da República e, em determinadas localidades, como “cabides de emprego e promessa eleitoral” (BETTIOLI, 2003, p. 78).

Essa autora analisa, também, a proposta da composição da equipe multiprofissional preconizada pelo Ministério da Saúde, que inclui médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente de saúde. Segundo ela, as três primeiras profissões citadas situam-se no plano da concepção “biológica” da saúde, embora, em seus currículos, existam disciplinas que vislumbrem enfoques sociais,

mas não há nenhum profissional de nível superior da área das ciências humanas. O Governo, quando se reporta à equipe multiprofissional, admite que profissionais, como psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e dentistas, possam incorporar-se à equipe como apoio, mas não há legislação formal a respeito, exceto para os dentistas, para quem a Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000, estabelece a reorganização da atenção à saúde bucal, fazendo com que eles integrem, formalmente, o PSF. Segundo a pesquisadora, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) defende a inserção do fisioterapeuta no PSF, o que está em fase de negociação com o Ministério da Saúde. No entanto essa inclusão oficial passa pela questão financeira, não havendo nada legitimado quanto ao incentivo à contratação dos demais profissionais.

Embora o Ministério da Saúde preconize que os profissionais tenham o perfil desejado à proposta da Estratégia da Saúde da Família e comecem a ser remodelados cursos universitários de Medicina e Enfermagem, isso ainda não se reflete, integralmente, nas ações da maioria das equipes.

Percebe-se que a visão que permeia muitos serviços em Saúde Pública, ainda hoje, é a visão positivista de homem, valorizando os dados comprovados estatisticamente, cindindo corpo/mente, e os conhecimentos nas mais diversas especialidades das áreas médicas.

Há uma grande preocupação com a doença, e não com o doente. O sujeito que sofre, que pertence a uma condição econômica, social, cultural e histórica e que traz, consigo, as marcas de sua história de vida, não é considerado. Nessa perspectiva, desconsidera-se a subjetividade e a individualidade de cada pessoa em relação à doença, ao sofrimento, à dor, que, de alguma forma, se expressam no movimento de busca por atenção, na demanda.

Nogueira (2001) aponta que a sociedade contemporânea está centrada no corpo. O corpo é um objeto de constante preocupação e de intensivos cuidados, favorecendo uma visão superficial e narcisista do mesmo. A economia capitalista favorece um ciclo muito grande de consumo de bens e serviços voltados para a saúde e a perfeição do corpo. Há uma mania coletiva de saúde, chamada por ele de “higiomania”.

A higiomania é autonomista no sentido de que entende estar a saúde ao alcance das pessoas, desde que todos sigam a norma correta de estilo de vida, adotem certos hábitos e evitem os riscos sobre os quais são advertidos (NOGUEIRA, 2001, p.64).

Há uma valorização das ciências da saúde e da biologia. Essas ciências passaram de um papel subalterno, em face das ciências físicas, ao de dominante. O conhecimento, na área da genética, está sendo cada vez mais valorizado, em decorrência das possibilidades abertas para a biotecnologia, como força produtiva nas indústrias de ponta. A mídia é o grande difusor do conhecimento sobre a saúde.

A voga da higiomania pode assim ser nutrida em sua fome de saber, de determinar o que é melhor para a saúde e qual a importância deste ou daquele item de consumo na geração de enfermidades ou na prevenção de seus riscos (NOGUEIRA, 2001, p.68).

Essa noção de saúde dissocia qualquer ligação com a morte, o envelhecimento e a dor. Pretende-se criar sujeitos imortais, a fim de que não parem de consumir. As indústrias multinacionais farmacêuticas promovem pesquisas, anunciam seus avanços, medicalizam todos os males do corpo e da alma e cativam adeptos para esse modo de felicidade rápida e que se torna obsoleto a cada nova descoberta.

Nesse cenário de valorização das ciências biológicas e seus avanços, do culto ao corpo saudável e perfeito e da “própria cultura brasileira, no que se refere à concepção do que é saúde e doença e do processo histórico da ‘santificação’ do médico” (BETTIOL, 2003, p.81), ela favorece a negação dos aspectos subjetivos em favor da racionalização à espera de receitas rápidas e milagrosas para todos os problemas: da dor de barriga à dificuldade de relacionamento interpessoal.

Numa sociedade cada vez mais consumista e pragmática, depara-se com um modo de vida cada vez mais privativo, com acirrada disputa no mercado de trabalho e grande oferta de bens de consumo, permeado por uma sensação de incerteza diante do futuro. Por outro lado, o profissional da Equipe de Saúde da Família necessita saber lidar com o coletivo, trabalhar em equipe, ter atitudes que favoreçam a horizontalização nas práticas e decisões da equipe e seja partidário da troca interdisciplinar, saiba ouvir e fazer críticas, assim como esteja aberto às questões culturais e subjetivas que atravessam todas as relações.

Só haverá interdisciplinaridade, se houver, além de uma equipe com diferentes profissionais e diferentes olhares, espaço de diálogo e troca de saberes. Somente existirá horizontalização nas relações, se todos se respeitarem como profissionais capacitados, cientes do seu papel a cumprir, vendo a evolução do trabalho como responsabilidade de toda a equipe. Só acontecerá um olhar e postura mais humanizada, se todos se conhecerem melhor, sabendo de suas limitações, se não se considerarem onipotentes diante dos problemas nem tampouco se deixarem dominar pela sensação de impotência, que brota com aqueles que lidam com situações-limite. De igual forma, só haverá humanização nas relações, se os pacientes forem vistos em sua “existência-sofrimento”, segundo afirmava Rotelli

(1990), como sujeitos de sua história e não apenas como uma doença, um dado estatístico. Isso tudo não se muda com decretos, portarias ou leis. É um processo lento que depende dos homens.

O Ministério da Saúde tem apresentado o PSF como um modelo inovador e de alta resolutividade; e os municípios, cada vez mais, aderem a esse modelo de assistência. Bettiol (2003) tece uma crítica quanto à expansão do PSF no Brasil, sem rever os problemas que esse modelo de assistência possa ter, esperando, magicamente, que ele possa mudar o modelo de saúde existente no Brasil, há décadas. Aponta, ainda, que, atendendo a crescentes pedidos de incentivos financeiros e pela criação de novos empregos, o Brasil recebeu apoio de capital estrangeiro por intermédio do Projeto de Implantação e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), financiado pelo BIRD – Banco Mundial, cujo acordo foi assinado em setembro de 2002. Segundo a autora, o (BIRD) Banco Interamericano de Desenvolvimento e o (FMI) Fundo Monetário Internacional atendem às reivindicações do mercado, fazendo com que o país possa perder autonomia sobre suas políticas sociais, significando “atrelamento e dependência do Setor Público ao Exterior e regras a cumprir, que podem ir contra as conquistas do SUS” (BETTIOL. 2003, p.86).

Não somente os pesquisadores externos ao Governo Federal estão preocupados com a implementação do programa. Na página da internet, do Grupo Interinstitucional de Comunicação e Educação em Saúde de Santa Catarina (GICES) (<http://www.grupogices.hpg.ig.com.br>), encontra-se a veiculação da notícia de que o Tribunal de Contas da União (TCU) encontrou falhas no PSF. Esse fato foi divulgado no mês de dezembro de 2002, no site do TCU ([www.tcu.gov.br](http://www.tcu.gov.br)), onde o então presidente do órgão, ministro Humberto Souto, afirma:



O trabalho do TCU constatou que o PSF está trabalhando com equipes sobrecarregadas de serviço e com profissionais que, muitas vezes, desconhecem sua filosofia.

Além disso, faltam medicamentos, inclusive de uso continuado, como aqueles que são necessários nos casos de diabetes e hipertensão.

As instalações físicas estão deficientes em determinadas regiões do País e é precário o treinamento de agentes comunitários de saúde.

Segundo notícia veiculada, o relatório encaminhou diversas recomendações ao Ministério da Saúde para a regularização das falhas levantadas. Tal relatório foi, também, encaminhado à Câmara dos Deputados e ao Senado Federal, bem como às autoridades responsáveis pela saúde pública do País.

Dentre as recomendações do Tribunal de Contas da União ao Ministério da Saúde, estão: o estudo de novos parâmetros de cobertura populacional por equipe do PSF; orientação às Secretarias Municipais de Saúde para a promoção de reterritorialização das unidades do programa; estudo e modificação da forma de incentivo do PSF.

É proposto pelo Tribunal de Contas da União que o Ministério da Saúde leve em consideração critérios qualitativos, como adicional por tempo de permanência do médico na equipe, tempo de existência da Unidade de Saúde da Família e desempenho técnico da mesma no período anterior. Recomenda, ademais, que o Ministério da Saúde desenvolva ações educativas de reforço da filosofia do PSF junto às equipes, com ênfase na supressão da marcação de consultas mediante fichas e com ampla divulgação das boas práticas voltadas à promoção da saúde. É esperado, ainda, que o papel do Agente Comunitário da Saúde seja divulgado junto aos usuários. De igual forma, é aconselhável, que o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) e a Secretaria Estadual de Saúde, assim como os Pólos de Capacitação adotem providências para a promoção de cursos de capacitação de coordenadores do PSF e promovam

estudos visando a acompanharem e a avaliarem a implementação do Programa de Saúde da Família, pretendendo-se reorganizar o sistema assistencial em novas bases e critérios, substituindo o modelo tradicional de assistência.

Na ATA 21 do Tribunal de Contas da União, encontra-se, como principal objetivo e justificativa da auditoria, o que segue:

Verificar se há evidências de alteração nos vínculos de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde junto ao SUS e os usuários do Programa de Saúde da Família. Essa verificação se justifica pelo fato de que, apesar de a Constituição Federal ter alterado o conceito de saúde, estendendo-o à promoção, prevenção e recuperação, há resistência à mudança do modelo de atenção tradicional, de caráter curativo.

Segundos dados levantados nesse documento, foram selecionados quatro estados da região nordeste, para estudo de caso, onde se encontra implantada a maior concentração de Equipes de Saúde da Família às quais são destinados 47% dos recursos do programa. O PSF deve ser entendido não como um processo de triagem e encaminhamento aos serviços especializados, mas como um sistema capaz de resolver a maioria dos problemas. Deve ser responsável pela referenciação necessária, contando com outros serviços e garantindo a continuidade dos atendimentos aos demais níveis de atendimento em saúde.

Sobre a contratação dos profissionais, como médicos, enfermeiros e pessoal auxiliar, pôde-se constatar, nessa auditoria, que esses profissionais podem ser contratados pelas leis vigentes, por concurso público realizado pelo município; mas o ACS não deve ser contratado nessa modalidade, pois impede a garantia de que o agente comunitário seja um morador da sua própria comunidade, levando em conta que este é um princípio essencial para a manutenção do perfil desses agentes. É recomendada a contratação do ACS por meio das OCIPs, regulamentada por lei.

Consta, ademais, que, a partir de 1998, houve grande expansão do PSF, mas foi verificado que os princípios e as diretrizes do programa não foram adequadamente compreendidos pela maioria das equipes responsáveis pela operacionalização do programa. Uma das razões identificadas foi a rotatividade dos profissionais de saúde, a precariedade no treinamento dos ACS e no acompanhamento pelas instâncias superiores, além de deficiência nas instalações físicas, falta de medicamentos e material informativo.

O relatório dessa auditoria vem confirmar os aspectos levantados por pesquisadores, como Vasconcelos (1999), Bettioli (2003) e as pesquisas que seguem abaixo.

Trad et al. (2002) demonstram que, embora os ACS sejam moradores da comunidade, tendo maior compreensão das necessidades locais, e sejam identificados pelos usuários do PSF como alguém que desempenha o papel de mediador entre a comunidade e os profissionais de saúde, deparam-se, ainda, com a resistência de grupos que reagem frente às ações de educação em saúde. Os pesquisadores atribuem essa resistência, em parte, não apenas ao alto nível de tensão das pessoas que vivem em uma realidade social de extrema precariedade como também pela postura higienista adotada pelos profissionais de saúde, os quais acreditam que possuem um saber reconhecido como único legítimo, demonstrando aos usuários uma posição de superioridade.

Na pesquisa realizada por Pedrosa e Teles (2001), foram descritas dificuldades de relacionamento entre médicos e ACS, atribuídas à falta de supervisão e ao baixo grau de instrução dos Agentes Comunitários. Para os médicos, o papel do ACS na relação médico/paciente/serviço era indefinido. Os próprios Agentes de Saúde não haviam internalizado a importância do seu papel na

equipe do PSF, uma vez que sugeriram sua transformação em auxiliares de enfermagem.

Aparece, inclusive, nessa referida pesquisa, a dificuldade dos Agentes Comunitários de Saúde quanto à tematização de questões relacionadas à situação da comunidade, como: condições do domicílio, falta de saneamento etc. e a contradição entre sua situação de moradia na comunidade e a condição integrante da equipe de saúde.

Os profissionais estudados por Trad et al. (2002) afirmam que a resolutividade do programa poderia ser maior, se houvesse um processo mais eficaz na capacitação das equipes.

Como se viu, houve uma ampla expansão do Programa de Saúde da Família, buscando-se um novo modelo de atenção básica que viesse de encontro aos princípios do SUS de descentralização, equidade e universalidade, mas que ainda esbarra em vários problemas. Pretende-se desonerar o sistema de saúde, com uma medicina preventiva e de custo mais baixo que a curativa, mas percebe-se que os encaminhamentos ao atendimento secundário ainda são grandes.

A formação dos profissionais que se dedicam a esse programa vem sendo questionada, o que vem favorecendo que essas ciências revejam seus paradigmas e proponham novas maneiras de formação. Começam a surgir cursos de especialização na área de Saúde da Família, mas ainda pouco se vem fazendo para incorporação de profissionais de saúde mental e educação nesse programa. Reconhece-se a necessidade de equipes de apoio em várias áreas, mas que, quando existem, não dão conta da demanda.

Já se viu que há inúmeros questionamentos quanto ao PSF, como: noção de saúde x doença; formação dos profissionais; interdisciplinaridade; mudança de paradigma em saúde ou uso político do programa; expansão do programa x instalações precárias; equipes mal preparadas; questionamentos que foram discutidos pelos pesquisadores citados acima e que serão levados em conta na análise dos resultados desta pesquisa.

## 2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 2.1 O Método

Tendo como objeto de estudo as práticas educativas dos Agentes Comunitários de Saúde, a presente pesquisa utilizou a abordagem qualitativa, mediante o estudo de caso.

A pesquisa qualitativa dedica-se a compreender o processo pelo qual as pessoas constroem significados, bem como os descrevem e os analisam. Ela

[...] parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significações e relações que sujeitos concretos criam em suas ações (CHIZZOTTI, 2000, p. 79).

Para Chizzotti (2000), a pesquisa qualitativa tem peculiaridades próprias. A formulação do problema não é uma definição apriorística, mas decorre de um processo indutivo, que se delinea na exploração do contexto onde se realiza a pesquisa. O pesquisador é parte fundamental da pesquisa, não é um mero relator passivo; os pesquisados são reconhecidos como sujeitos de sua história, valorizando-se o conhecimento que têm sobre sua experiência de vida, percebendo que todos têm pontos de vista únicos. Assim, há uma relação dinâmica entre o pesquisador e o sujeito pesquisado, sendo o resultado do trabalho uma construção coletiva. Os dados coletados não são considerados como coisas isoladas, de modo que todas as manifestações são conteúdos manifestos cujo significado se procura. Por exemplo, o que se fala, quando se fala, a interrupção e o silêncio. Para isso, são utilizadas técnicas que propiciam a descoberta de conteúdos latentes, como a

observação participante, a história de vida, a análise de conteúdo, as entrevistas não diretivas.

Foi visto, inclusive, que a pesquisa qualitativa se interessa muito mais pelo processo do que pelos resultados ou produtos. A sua preocupação essencial é a compreensão da experiência dos sujeitos pesquisados, suas representações, seus conceitos, ajudando-os a se tornarem sujeitos de sua própria história.

Optou-se por realizar a pesquisa sob a modalidade de estudo de caso, que é

Uma caracterização abrangente para designar uma diversidade de pesquisas que coletam e registram dados de um caso particular ou de vários casos a fim de organizar um relatório ordenado e crítico de uma experiência, ou avaliá-la analiticamente, objetivando tomar decisões a seu respeito ou propor uma ação transformadora (CHIZZOTTI, 2000, p.102).

Para Chizzotti, o desenvolvimento do estudo de caso supõe: primeiro, selecionar-se e delimitar-se o caso, para que se possa compreender uma determinada situação. O trabalho de campo, que virá a seguir, poderá exigir negociações prévias, para se reunir as informações que dependam da permissão de uma hierarquia rígida ou da cooperação das pessoas. Exige grande organização na manipulação, análise e relatório do cabedal de documentos, observações e de todo o material coletado, de forma a mostrar sua relevância, situando-o no contexto em que acontece e indicando as possibilidades de ação, para modificá-lo.

## **2.2 Sujeitos**

Fizeram parte deste estudo 23 sujeitos, profissionais de duas equipes do Programa de Saúde da Família de Presidente Prudente, assim distribuídos: nove Agentes Comunitários de Saúde, uma médica, duas enfermeiras, uma auxiliar de

enfermagem e dez usuários, cinco de cada equipe. Para resguardar-se a identidade dos profissionais não se revelará o nome das unidades nem os bairros a que pertencem. Chamar-se-ão equipe A e equipe B.

Da equipe A, foram entrevistados uma médica, uma auxiliar de enfermagem, uma enfermeira e três ACS, sendo que dois deles haviam sido contratados há menos de um mês. Já o outro estava no cargo, há seis anos. Da equipe B, entrevistaram-se uma enfermeira e seis ACS. Desses quatro profissionais contavam de dois a seis anos de experiência no cargo e dois Agentes Comunitários, com menos de uma semana na função.

Quanto às referências dos relatos dos sujeitos pesquisados, no capítulo 4, não foi especificado se fazem parte da equipe A ou B, nem tampouco a categoria profissional de cada um deles, por não considerar relevante tal informação.

A respeito do critério de escolha dos sujeitos pesquisados, informa-se que se dirigiu àqueles que estavam disponíveis nas duas Unidades de Saúde da Família, na ocasião da pesquisa, e aceitaram participar da mesma. No entanto é importante esclarecer-se o percurso seguido para a realização dessa técnica.

Quando se iniciou a coleta de dados por meio de entrevistas, o Programa de Saúde da Família de Presidente Prudente atravessava uma crise. Até novembro de 2004, a maioria dos profissionais do PSF era contratada temporariamente, por meio do Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes, que mantinha um contrato com a prefeitura municipal de Presidente Prudente. No entanto a prefeitura não renovou o contrato com a instituição empregadora por ocasião da troca do governo municipal. Com isso, 88 funcionários tiveram seus contratos rompidos no final de 2004. Conseqüentemente, de janeiro a março de 2005, as equipes funcionaram precariamente, no município. Não existia pessoal para



realizar todas as atividades a que o programa se propunha, não havia, no município, uma só equipe que não tivesse sido desfeita. Algumas ficaram sem nenhum integrante, outras apenas com auxiliar de enfermagem e muitas Unidades de Saúde da Família não tinham Agentes Comunitários trabalhando. Diante de tal cenário, lançou-se a investigar uma Unidade de Saúde, tal como estava previsto no projeto de pesquisa, embora ela contasse apenas com atendimento parcial aos usuários.

As entrevistas tiveram início em 04 de março de 2005, com os Agentes Comunitários que estavam disponíveis em uma Equipe de Saúde. No entanto, pela dificuldade sentida em se encontrarem os profissionais, observou-se que o estudo poderia não atingir seu objetivo, razão por que se dirigiu a outra Unidade de Saúde. Inicialmente, previa-se entrevistar apenas os Agentes Comunitários de uma Equipe de Saúde da Família. Todavia, com as dificuldades encontradas e com a análise dos primeiros materiais colhidos, foi-se percebendo que o material poderia se enriquecer, se fossem colhidos dados de outros profissionais e dos usuários do Programa. E assim se prosseguiu.

Como as entrevistas se estenderam até 11 de abril do mesmo ano, puderam-se observar diversos contextos, dentre eles, o funcionamento de equipes com apenas dois Agentes Comunitários, que não podiam realizar seu trabalho na rua, porquanto não havia profissionais, para atenderem a todas as micro-áreas; nem todos os membros da Equipe de Saúde da Família para a realização de outros trabalhos. Observou-se a chegada de funcionários recém-contratados, sem nenhuma capacitação, e a volta de Agentes Comunitários de Saúde, que já atuavam na área. Portanto, pôde-se acompanhar esse período de transição, o que não estava previsto, para acontecer, no projeto original. As entrevistas estavam inicialmente programadas, para acontecer desde novembro de 2004, o que não ocorreu, devido

ao fato de os funcionários estarem com aviso prévio, seguido do desmonte das equipes.

Quanto aos critérios de escolha dos usuários das duas equipes, recorreu-se àqueles que estavam na unidade, à espera de atendimento. Alguns se recusaram a se submeter à entrevista, alegando que logo seriam atendidos; outros se recusaram a assinar o termo de consentimento esclarecido, dizendo que, se era para não serem identificados, não deveriam colocar seu nome em papel algum.

### **2.3 Procedimentos**

Para o desenvolvimento deste estudo, foram utilizadas fontes bibliográficas, documentais e vivas.

Optou-se por dividi-lo em duas fases. A primeira teve início após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade, com o levantamento de material bibliográfico sobre educação em saúde, Sistema Único de Saúde, Programa Saúde da Família e dados sobre o município de Presidente Prudente. Em seguida, o projeto foi apresentado ao Secretário Municipal de Saúde e à Coordenadora do Programa de Saúde da Família em junho de 2004, solicitando autorização para a pesquisa, documento que pode ser observado no Anexo A. Após a autorização, buscaram-se fontes documentais sobre a criação do referido programa.

Foram analisados os seguintes documentos: Ofício do Secretário Municipal de Saúde, Nº 097/98-ABC, endereçado à Câmara dos Vereadores, solicitando urgência quanto à apreciação da documentação para a implementação do PSF no município; ATA da Assembléia Extraordinária do Conselho Municipal de Saúde de Presidente Prudente, de 17/03/98; Projeto de Lei Nº 45/98 e Lei Nº

5.087/98, que criam, implantam e executam o Programa de Saúde da Família de Presidente Prudente; Publicação da Secretaria de Estado de Saúde, Coordenação de Planejamento em Saúde – DAT – Área Técnica/CPS, Coordenação Estadual do Programa de Saúde da Família, que dispõe sobre as diretrizes operacionais do PSF; Projeto de Lei Nº 01/200 e Lei Nº 5.413/2000, que dispõem sobre a criação de cargos para o Programa de Saúde da Família; Projeto de Lei Nº 23/2001 e Lei Nº 5.573/2001 que criam gratificação denominada “Complementação Qualis”; Projeto de Lei Nº 49/2002 e Lei Nº 5.785/2002 que autorizam o Poder Executivo a celebrar convênio com Entidades filantrópicas na implantação do PSF; Projeto de Lei Nº 56/2002 e Lei 5.825/2002 que autorizam a celebração de convênio com a Casa da Sopa Francisco de Assis; Projeto de Lei Nº 472/13 e Lei Nº 5.852/2002 que acrescentam um profissional fisioterapeuta na equipe do PSF de Presidente Prudente.

O estudo desses documentos acrescentados à pesquisa bibliográfica proporcionou conhecer-se a filosofia do Programa de Saúde da Família, suas atividades educativas e, sobretudo, as atividades do Agente Comunitário. Possibilitou formular-se uma entrevista semi-estruturada, para saber-se mais sobre o dia-a-dia desse profissional e as implicações educacionais de suas tarefas.

### **2.3.1 Instrumental de coleta e análise dos dados**

De acordo com Gil (1996), as técnicas de interrogação possibilitam a obtenção de dados a partir do ponto de vista dos pesquisados. Dessas técnicas, a que apresenta maior flexibilidade é a entrevista. Pode ser classificada em informal, focalizada, parcialmente estruturada e totalmente estruturada. A diferença das duas últimas é que a parcialmente estruturada é guiada por pontos de interesse que o

entrevistador vai explorando; e a totalmente estruturada acontece a partir de uma relação fixa de perguntas.

Partindo dessa categorização, pode-se afirmar que o instrumento de trabalho pode ser classificado como entrevista parcialmente estruturada. No entanto optou-se por utilizar a nomenclatura “entrevista semi-estruturada”, por ser um termo mais difundido no meio acadêmico. Esse tipo de entrevista parte de questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses que interessam à investigação, mas se abrem, à medida que o informante expõe seu pensamento e suas experiências. Neste estudo, foi assim que se comportou em relação aos entrevistados. Utilizaram-se roteiros, que podem ser verificados nos Anexos C, D, E, os quais foram pontos de interesse surgidos a partir da investigação da literatura especializada e dos documentos do PSF, mas que não se encerravam em si. Ao contrário, eram pontos de partida para novos questionamentos.

No roteiro de entrevista com os Agentes Comunitários (Anexo C), procurou-se investigar: o perfil do ACS, a capacitação à qual é submetido, se conhece sua função e se a exerce; e a avaliação que faz do PSF. Nas entrevistas com os demais profissionais (Anexo D), procurou-se investigar as atividades educativas do programa, como percebem as atividades educativas do Agente Comunitário e qual avaliação fazem do PSF. Com os usuários (Anexo E), procurou-se levantar dados sobre a sua participação no programa, a aprendizagem que obtêm por meio dele e como o avaliam.

O material coletado resultou em vinte e três entrevistas, sendo: com nove Agentes Comunitários de Saúde, uma médica, duas enfermeiras, uma auxiliar de enfermagem e dez usuários do Programa de Saúde da Família, cinco de cada equipe.

Para a realização das entrevistas, inicialmente, foram expostas as intenções do estudo pelo pesquisador aos entrevistados, apresentando um documento designado “consentimento esclarecido” (Anexo B), o qual foi lido e assinado por cada entrevistado. Após serem retiradas todas as dúvidas, o trabalho era iniciado. As entrevistas foram realizadas no espaço físico do PSF, individualmente, com a utilização de um pequeno gravador.

Após cada entrevista e sua transcrição, efetuava-se uma leitura global das mesmas, buscando compreenderem-se os significados. As entrevistas com os Agentes de Saúde foram enumeradas de um a nove. Empregou-se a letra “E”, significando entrevista, e um numeral arábico. Assim: (E 1 a 9); com os demais profissionais, ou seja, com a médica, enfermeiras, auxiliar de enfermagem, foram denominadas entrevistas de dez a treze (E 10 a 13); e, com os usuários do programa, usuário de um a dez (Usuário 1 a 10). Das informações colhidas, algumas foram eleitas como matéria-prima da pesquisa, agrupadas em temas comuns e interpretadas à luz do referencial teórico levantado para análise do problema. Os relatos foram transcritos, respeitando-se a fala original, e estão registradas em fita K-7, em sua íntegra, bem como a autorização para a utilização das mesmas, que estão disponíveis, se necessário.

As informações foram agrupadas em sete categorias. São elas:

1. “Conhecendo o Agente Comunitário de Saúde”, onde se procurou delinear o perfil do ACS pesquisado e os processos de capacitação pelos quais atravessa;

2. “A importância da educação continuada para o Agente Comunitário de Saúde”, discutiu-se a formação profissional para o desempenho da função de ACS;

3. “As práticas em educação em saúde do Agente Comunitário” enfocou-se o saber-fazer do próprio objeto de estudo;

4. “O Agente Comunitário de Saúde e a construção da rede social”, destacou-se como o vínculo afetivo estabelecido entre o ACS e a população pode fazer diferença nesse novo modelo de atenção em saúde;

5. “Fazendo parte da rede social do outro”, apontaram-se as dificuldades surgidas durante a tessitura da malha social;

6. “Novo modelo de saúde?”, cujo título é interrogativo, visando a se lançarem reflexões sobre as dificuldades na construção de um novo modelo em saúde;

7. “O Programa Saúde da Família sob o olhar de seus profissionais e usuários”, elaborou-se uma síntese da avaliação do programa, efetuada pelos trabalhadores e usuários do universo pesquisado.

Após as análises, efetuaram-se algumas considerações a respeito do tema pesquisado; apresentaram-se sugestões de trabalho; em seguida, sugeriram-se alguns aspectos que merecem ser investigados em novos estudos.

### **3 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PRESIDENTE PRUDENTE E SUA ABORDAGEM EDUCATIVA**

Nesse capítulo, focar-se-á a situação do Programa de Saúde da Família de Presidente Prudente, seus objetivos, sua implantação e seu percurso.

Primeiramente, far-se-á um estudo, para situar o município geográfica e demograficamente, assim como a situação sócio-econômica da região, contextualizando o panorama do qual o PSF emerge e nele se desenvolve.

#### **3.1 Presidente Prudente, Uma Cidade de Contrastes**

Presidente Prudente está situada na região sudoeste do Estado de São Paulo, a 560 km da capital, 75 Km da fronteira com o Estado do Paraná e 90 Km do Estado do Mato Grosso do Sul. A região é conhecida como da Alta Sorocabana e compreende o Pontal do Paranapanema, sendo o município sede da 10ª Região Administrativa de Governo, compondo a Divisão Regional de Saúde DIR-XVI.

Sua população é de 189.104 habitantes, conforme censo do ano de 2000, dos quais 98%, aproximadamente, são da área urbana. Atualmente, há uma estimativa populacional anual, efetuada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2005, que é de 204.036 habitantes.

Sobre a infra-estrutura do município, encontram-se, no site oficial da Prefeitura Municipal de Presidente Prudente (<http://www.presidenteprudente.sp.gov.br>), dados sobre educação, saúde, energia, comunicação, cultura, lazer eventos, agropecuária e indústria.

No setor da Educação, o município possui mais de 130 estabelecimentos de ensino, desde a pré-escola à universidade. Concentra milhares de alunos universitários, distribuídos em mais de 110 cursos diferentes de graduação e pós-graduação. No ensino superior, existem 04 instituições. A cidade é um pólo educacional. Além de formar profissionais capacitados para o mercado de trabalho, prepara, com a pós-graduação (*stricto sensu*) pesquisadores e profissionais direcionados para as atividades acadêmicas, como a docência.

Na saúde, possui mais de 15 hospitais e 20 unidades de serviços de saúde, além de várias clínicas particulares, que complementam o atendimento à população.

Existem, aproximadamente, 17.000 estabelecimentos em diversos setores, três shopping, dois hipermercados e um centro comercial que recebe grande visitação da população regional.

Um dos pontos fortes da região é a agropecuária, a qual é considerada um pólo nacional de pecuária e a terceira bacia leiteira do Estado. A região possui um dos maiores rebanhos do país e sedia, anualmente, o Rodeio de Campeões e a Expo-Prudente, que atraem grande público à cidade.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), segundo o IBGE, em 1996 foi de 0,8714. A Taxa de Alfabetização é de 98%. O índice de Abastecimento de Água é de 97%; e de Esgoto, 99,7%; de Energia Elétrica, é de 100%; de Coleta de Lixo, 97,5%.

No entanto, no Plano Municipal de Saúde de Presidente Prudente (2002-2005, p.8), encontram-se informações sobre o município, pertinentes a serem citadas, como a que segue abaixo:



Apesar de Presidente Prudente, aparentemente, se apresentar como um município rico, há um contraste grande, com vários problemas, visto que, há concentração de renda, em que pode ser citado como exemplo a estrutura fundiária do município, que apesar de caracterizar-se por minifúndios, porém, mais de 50% da propriedade da terra está nas mãos de aproximadamente 10 proprietários rurais – constituindo-se em propriedades de mais de 500 alqueires, enquanto, o restante distribui-se por minifúndios que variam de 0,50 a 50 alqueires nas mãos de mais de 500 proprietários.

Percebe-se um contraste entre riqueza e pobreza no município, com grande concentração de renda e desigualdades sociais. A população rural é pequena, assim como sua força de trabalho, já que há predomínio da pecuária em relação à atividade agrícola.

No Plano Municipal de Saúde, encontra-se ainda, informação sobre o inchaço da periferia do município, sendo apontado como uma das causas, o fato de a cidade ser a maior da região e atrair a população de municípios e Estados vizinhos à procura de emprego e moradia. Isso acaba gerando um aumento de problemas sociais e de pessoas dependentes dos serviços públicos na área da educação, saúde, social e outros.

O município está situado numa das piores regiões do estado de São Paulo, quanto ao índice de desenvolvimento social e econômico, informa Orlandine (2005). Segundo reportagem no jornal *O Imparcial*, todos os 53 municípios da região de Presidente Prudente apresentam bolsões de pobreza, com a maioria da população em situação de vulnerabilidade social. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 51 municípios da região está nos níveis de 3 a 5, em uma escala de 1 a 6, sendo 1 o ideal.

Entre os entraves apresentados nas reportagens, sobre a depressão da região, aparecem: a falta de representação política junto aos Governos estadual e federal; presença de presídios, que afastam investimentos e empresas; ausência

de indústrias, para gerarem emprego e renda; questões fundiárias e conflito agrário; dificuldade de transporte em rodovias e ferrovias.

Gomes (2003) afirma que a situação de desemprego, em Presidente Prudente, é preocupante. A população da região, que vem em busca de emprego na cidade, pressiona o índice de desemprego, já que as cidades vizinhas enfrentam o mesmo problema. Em seu estudo, a autora constata que, nos anos de 1990, houve uma redução dos postos de trabalho, com o fechamento de empresas, o redimensionamento do quadro de trabalho das empresas ativas, a automatização do processo produtivo e a terceirização de algumas atividades. Verifica-se que o número de pessoas cadastradas na Secretaria do Emprego e Relações do Trabalho (SERT) vem crescendo e o percentual de vagas ofertadas preenchidas vem diminuindo, devido ao perfil dos cadastrados que não atendem às exigências das empresas. Das pessoas desempregadas e cadastradas na SERT, é grande o número de pessoas jovens e com pouca escolaridade, das que vêm em busca do primeiro emprego e das pessoas que atuam no setor informal.

Tosello et al. (2002) apontam que a região de Presidente Prudente é caracterizada, por ser foco de conflitos agrários e de concentrar elevado número de penitenciárias, que trazem, junto com os sentenciados, suas famílias, que elevam a taxa de desemprego, incham a periferia e aumentam os problemas sociais.

Os problemas apresentados por esses pesquisadores são conhecidos da população prudentina. Os meios de comunicação veiculam essas mazelas nos meios impressos e na TV. Não se pode olhar somente os aspectos positivos do município, que são vários, e ignorar os problemas de uma cidade de médio porte, que é pólo regional. São necessárias políticas públicas corajosas na área da educação, da saúde, da assistência social, entre outras.

### **3.2 O Programa Saúde da Família de Presidente Prudente – Objetivos e Implantação**

Conforme dados colhidos na Secretaria Municipal de Saúde, o Programa de Saúde da Família foi implantado em Presidente Prudente, em novembro 1998. A princípio, foi configurado como PACS (Programa de Agente Comunitário de Saúde). Foram formadas cinco equipes compostas por uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários, funcionando no núcleo São Pedro, Parque Alvorada, Belo Horizonte, Cedral e Montalvão, sem o médico na equipe. Em julho de 2000, essas equipes foram acrescidas de um médico, com exceção do núcleo São Pedro, justificando o nome PSF. Em julho de 2001, foram contratados dois dentistas e quatro auxiliares odontológicos, ficando cada dentista responsável pelo atendimento de duas Equipes de Saúde da Família.

Para que essa configuração se formasse, um longo processo se deu. Seguindo as determinações do Ministério da Saúde, foi realizado um projeto, que foi apresentado, discutido e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 19 de fevereiro de 1997. Nesse projeto, havia a proposta de que o mesmo fosse implantado por fases, até atingir 33,64% da população do município. As áreas de implantação priorizadas eram as de exclusão social.

Constam, na Ata da Assembléia extraordinária do Conselho Municipal de Saúde de Presidente Prudente, de 17 de março de 1998, alguns dados importantes de serem destacados. Entre eles, as falas da primeira coordenadora do programa aos presentes na reunião do Conselho Municipal de Saúde. Ela esclarecia que foram realizadas adaptações ao projeto original do Ministério da Saúde para a realidade local e que o projeto inicial previa uma implantação progressiva, com cinco equipes para 1998; cinco equipes, mais um núcleo rural para 1999; e, para 2000,

seis equipes e um núcleo rural. Total: dezesseis equipes para a zona urbana e dois núcleos rurais.

Sabe-se que, em 2005, o município ainda não atingiu o número de dezesseis equipes de PSF.

Em 14 de maio de 1998, o Secretário da Saúde do município enviou à Câmara dos Vereadores o Ofício (OF. SMS/GB Nº 097/98 – ABC), solicitando urgência quanto à apreciação e aprovação do projeto do PSF, pois se corria o risco da perda do recurso para o programa no município, o que era inconcebível.

Percebe-se que a Câmara acatou o pedido e, em 1º de junho de 1998, foi aprovada pelo prefeito municipal a Lei nº 5.087/98, que criava e regulamentava o PSF do município de Presidente Prudente.

Nessa lei, foi previsto que o programa fosse implantado em etapas, até que fossem atingidas todas as regiões urbanas e rurais do município. Trata, ainda, de que o Programa deveria desenvolver-se em núcleos anexos às Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes, as quais deveriam ser ampliadas, se houvesse necessidade, ou viabilizados prédios onde não houvesse UBS, podendo ser utilizados recursos da comunidade, como igrejas, escolas ou centros comunitários com autorização prévia dos responsáveis.

Cada equipe básica deveria ter um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e quatro Agentes Comunitários de Saúde. Se houvesse necessidade de melhores atendimentos à população, a equipe poderia ser acrescida de outros profissionais.

Cada equipe era responsável pela cobertura da área geográfica que correspondia de 800 a 1000 domicílios/famílias. Quando o número de

domicílio/família fosse maior, ou seja, a cada 100 a 200 domicílios/famílias a mais, a equipe básica deveria ser acrescida de mais um Agente Comunitário. Ultrapassando 800 domicílios/famílias, deveria ser constituída uma nova equipe.

Os Agentes Comunitários de Saúde deveriam residir na área de abrangência do núcleo onde atuariam e os outros profissionais da equipe deveriam residir no município. As equipes deveriam ter um coordenador chefe designado pelo Secretário Municipal de Saúde.

Foi previsto o remanejamento de funcionários da Prefeitura Municipal que atingissem as exigências de formação e perfil para os cargos do programa, assim como um concurso organizado e coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde, para compor o quadro funcional municipal necessário ao PSF, caso não houvesse profissionais com formação e perfil adequado no quadro de funcionários da prefeitura. Foi designada a carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais da equipe e uma gratificação de 20% no salário base, denominada de Adicional de Gratificação Comunitária.

Em 23 de março de 2000, foi aprovada a Lei nº 5.413/2000, que dispõe sobre a criação de cargos para o Programa de Saúde da Família de Presidente Prudente (PSFPP), onde foram criados dez cargos de Médico de Saúde da Família, dez cargos de Enfermeiro, vinte cargos de Auxiliar de Enfermagem e oitenta cargos de Agente Comunitário de Saúde, todos devendo cumprir 40 horas semanais, contendo, também, as atribuições de cada profissional dentro da equipe.

Em 06 de abril de 2001, foi aprovada a Lei nº 5.573/2001, que criou gratificação denominada "Complementação Qualis". Essa gratificação equivalia a um percentual sobre o salário-base do profissional do PSF.

O Decreto nº 44.544, de 16 de dezembro de 1999, do Governador do Estado de São Paulo, instituiu o Programa de Saúde da Família QUALIS/PSF no Estado, estabeleceu critérios de priorização de repasses do Estado, destinado ao projeto. Foram priorizadas as regiões mais pobres do Estado, como o Vale do Ribeira, Vale do Paraíba e Região do Pontal do Paranapanema. O Estado priorizou o projeto Qualis/PSF para essas regiões, assumindo compromisso de complementar o repasse de recursos para pagamento de pessoal e encargos para equipes de PSF e garantir suporte financeiro de investimento para criação, instalação e funcionamento de equipes nas áreas de Assentamentos de Municípios da região do Pontal do Paranapanema.

A Lei Municipal nº 5.785/2002, de 25 de junho de 2002, autorizou o Poder Executivo a celebrar convênio com entidades filantrópicas, objetivando a implantação do PSF. O Poder Executivo ficou autorizado a remanejar dotação orçamentária para a execução do convênio, que será coberto com recursos federal, estadual e municipal. A entidade filantrópica ficará responsável pela contratação dos profissionais do PSF, não havendo qualquer vínculo empregatício entre a Prefeitura e o pessoal contratado pela entidade.

A Lei nº 5.825/2002, de 09 de setembro de 2002, autorizou a celebração de convênio com a Casa da Sopa Francisco de Assis – Associação Assistencial Educacional Espírita – CASAFA, visando à instalação de núcleo do PSF no Jardim Morada do Sol. A Casa da Sopa cederia, em suas dependências, dois consultórios médicos e um consultório odontológico, equipamentos, móveis e utensílios especificados.

A Lei nº 5.852/2002, de 24 de outubro de 2002, acrescentou um profissional fisioterapeuta na equipe do Programa de Saúde da Família de

Presidente Prudente (PSFPP). Essa lei criou mais um inciso, o V, junto ao parágrafo 1º do artigo 5º da Lei Municipal 5.087/98, que dispõe sobre a implantação do PSF no município. Para isso, “a prefeitura deverá firmar convênio com universidades públicas ou privadas que possuam Faculdade de Fisioterapia, visando ao estágio não remunerado de acadêmicos, para atuarem junto ao PSFPP” (Lei nº 5852/2002, art. 2º).

Como visto, a implantação e a história do Programa de Saúde da Família de Presidente Prudente teve o respaldo de leis que foram criadas para a reorganização do novo modelo de pensar a saúde pública. O programa começou tímido, quase perdeu a verba, se o projeto não fosse apreciado, em tempo, pela câmara de vereadores, já que havia sido aprovado pela comissão Bipartide e Conselho Municipal de Saúde. Permaneceu em estado “comatoso”, nos três primeiros meses de 2005, com a desintegração maciça das equipes pela não renovação do contrato com a entidade empregadora e a Prefeitura. A partir de meados de março de 2005, as equipes voltaram a ser recompostas, com a admissão de novos profissionais e a recontração dos que haviam sido dispensados.

É importante refletir-se sobre alguns aspectos que foram citados nos parágrafos anteriores, quanto à implantação do PSF. O primeiro deles é o número de dezesseis equipes que se pretendia montar até 2000. Em 2004, existia, no município, uma equipe de PACS no núcleo Cedral; e dez equipes de PSF nos seguintes núcleos: uma em Montalvão I, Montalvão II, Km 7; Belo Horizonte; São Pedro; Humberto Salvador; Parque Alvorada, com três equipes; Guanabara, com duas equipes. Dessas, apenas duas não contavam com atendimento odontológico - Humberto Salvador e uma equipe do Parque Alvorada. Em 2005, a equipe do PACS

foi desativada, perfazendo dez equipes, número modesto para uma mudança de modelo em atenção básica.

Dessas equipes, apenas quatro fazem parte do projeto Qualis. São aquelas que se formaram na fase inicial do programa, em Presidente Prudente. No entanto percebe-se que há, na mesma Unidade de Saúde da Família, equipes que são desse projeto e outras que não são, lembrando que há um diferencial no salário dos profissionais do projeto Qualis.

Quanto ao remanejamento dos profissionais que faziam parte da Prefeitura Municipal, previsto no projeto de implantação do programa, obteve-se a informação de que, na ocasião da implantação do programa, todos os funcionários receberam comunicado nos holerites, sobre o PSF, e um convite, para virem fazer parte desse programa. Pôde-se constatar que muitos profissionais se ofereceram, para ocupar uma função no PSF. Participaram, então, de reuniões informativas e aqueles que se interessaram passaram por entrevistas de avaliação. Os que tinham o perfil adequado foram incorporados ao programa. Os demais profissionais foram contratados, de início, temporariamente. A partir da promulgação da Lei do terceiro setor, todos os funcionários são contratados, por meio de uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), chamada por essa pesquisadora de entidade empregadora.

O Ministério da Saúde preconiza que somente os Agentes Comunitários da Saúde sejam contratados pelas OSCIPs, para favorecer que o agente pertença à comunidade à qual presta serviço, o que não acontece em Presidente Prudente. Verifica-se que essa sugestão não é levada em conta, no que diz respeito tanto à relacionada ao local de moradia do agente comunitário, quanto às contratações dos demais funcionários por meio de concurso público.



### 3.3 Percurso e Ações do Programa de Saúde da Família

Segundo o Plano Municipal de Saúde de 2002/2005, o Programa de Saúde da Família (PSF) não se constitui num Programa, mas numa “estratégia de Atenção à Saúde, em que os municípios e seus gestores têm que ter como premissa em suas ações de Planejamento” (p.19).

Presidente Prudente tem, hoje, aproximadamente 204.000 habitantes e conta com 10 Equipes de Saúde da Família, número pequeno, para que se possa configurar um novo modelo de assistência em saúde. Segundo publicação do Ministério da Saúde (2001), o número máximo de Equipes de Saúde da Família financiadas pelo Ministério é calculado, dividindo-se o total de habitantes do município por 3.450. Seguindo este cálculo e levando em conta o número de habitantes divulgados no Censo 2000, número esse desatualizado, ter-se-á o resultado de 54,81 Equipes de Saúde da Família, resultado distante das 10 equipes de que o município dispõe. Sobre isso, uma publicação do Ministério da Saúde adverte com um lembrete. “**Não esqueça!** A implantação de equipes isoladas, que não cobrem 100% das áreas consideradas prioritárias, tende a ter pouca eficácia e baixo impacto” (Brasil, Ministério da Saúde, 2001, p.88, grifo do autor).

No decorrer da coleta de dados da pesquisa, de maio de 2004 a abril de 2005, pôde-se perceber que o quadro de funcionários ficou desfalcado, devido a diversas razões que iam desde o número reduzido de Agentes Comunitários, afastados por problemas médicos ou pelo término do contrato temporário, não sendo liberadas novas contratações, à interrupção do contrato com a entidade empregadora pela prefeitura municipal, por ocasião da transição do governo municipal, que só foi restabelecido em meados de março de 2005.

Para se entenderem as propostas do PSF, é necessário conhecerem-se os objetivos desse programa. Os objetivos do Programa de Saúde da Família de Presidente Prudente (PSFPP) são:

- I – identificar o estado de saúde e sócio-econômico da população adstrita;
- II – possibilitar a identificação das situações de risco e agravo à saúde da população;
- III – promover ações intersetoriais integradas, visando a melhoria da qualidade de saúde da população;
- IV – promover o conceito de saúde como um direito de cidadania;
- V – estimular a participação da comunidade na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde;
- VI – constituir equipe capacitada para prestar assistência primária com qualidade;
- VII – humanizar o atendimento, resgatando a relação médico-cliente;
- VIII – aumentar a resolutividade e a cobertura do sistema de saúde;
- IX – garantir o papel da comunidade como sujeito de mudança das práticas de vida;
- X – promover a supervisão e atualização profissional para garantir boa qualidade e eficiência no atendimento;
- X – possibilitar uma nova concepção de saúde, tanto por parte dos profissionais envolvidos, quanto pela comunidade (PRESIDENTE PRUDENTE, Lei nº 5.078/98 – Art. 3º).

Os objetivos do programa visam à mudança de modelo de atendimento em saúde. Ultrapassa o modelo curativo, hospitalocêntrico, focado na doença, centrado na figura do médico e no atendimento do indivíduo biologizado. Propõe um modelo de promoção de saúde e prevenção de doenças com a participação ativa da comunidade. Preocupa-se com o indivíduo subjetivado, inserido num contexto sócio-econômico e cultural. Preconiza relações horizontalizadas entre os diferentes atores da equipe de saúde e entre médico-paciente. Uma relação mais humanizada entre paciente e profissional da saúde constitui-se num dos pilares desse novo modelo.

É um modelo que veio, com o intuito de substituir o modelo antigo, mas encontra resistências, às vezes, daqueles que planejam políticas públicas no

município e até dos profissionais de saúde. Muitas vezes, verifica-se que há a troca no nome, mas não troca de postura daqueles que estão inseridos no trabalho.

Os objetivos propostos pelo PSF implicam no conhecimento da realidade local e participação popular. Para que isso ocorra, é necessário o trabalho em rede, ou seja, as equipes de saúde devem trabalhar em conjunto, com igrejas, conselhos municipais, associações de moradores, organizações não-governamentais, escolas etc, pois essas organizações podem participar, ativamente, na identificação dos problemas, prioridades e no acompanhamento das ações.

O trabalho ultrapassa as barreiras físicas de um consultório médico, vai até às casas, mas não deve ficar apenas com a prevenção de doenças. Deve ser responsável pelo atendimento curativo das patologias instaladas, responsabilizando-se pela integralidade e resolutividade das ações de um dado território, racionalizando os encaminhamentos para os serviços de maior complexidade.

Para que essas mudanças sejam atingidas, o modo como se pensa saúde/doença deve ser mudado. Isso não se consegue por decretos ou leis. A educação é uma das formas de se conseguir isso, tanto dos profissionais envolvidos como dos usuários. O Ministério da Saúde preconiza educação continuada às Equipes de Saúde da Família. De acordo com os dados obtidos neste estudo, infelizmente, não é isso que vem ocorrendo no município, quando se fala em educação continuada para os Agentes Comunitários. Para que transformações aconteçam, é necessário que ocorram mudanças internas em cada um dos profissionais envolvidos, pois só assim poderão atuar em educação para a saúde.

O Plano Municipal de Saúde de 2002/2005 prevê:

[...] educação continuada como parte do processo, com a participação de diversos órgãos e instituições como: Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Faculdade de Fisioterapia e Educação Física de Presidente Prudente, Núcleo de Hemoterapia, Programa de Atenção Primária em Saúde Mental e demais programas em funcionamento na rede básica do município. Como também, parcerias com os Conselhos Municipais, Poder Judiciário, Hospitais Psiquiátricos, Hospital Geral, Secretarias Municipais, Associações de Moradores, Instituições sociais e outros (PRESIDENTE PRUDENTE, Prefeitura Municipal, 2001, p.19,20).

A educação continuada tem como objetivo principal proporcionar melhorias no ensino e na aprendizagem dos funcionários da saúde municipal. É necessário capacitá-los por meio de diversas situações, criando possibilidades para discussões no seu fazer pedagógico, seja por meio de cursos, seminários ou orientações técnicas. É fundamental que a capacitação se faça mediante a participação das instituições e de diversos órgãos citados, por meio da organização de diversos programas, com discussões e avaliações contínuas.

Das parcerias preconizadas pelo Plano Municipal de Saúde, a parceria realizada com a Equipe de Atenção Primária em Saúde Mental não se efetivou durante muito tempo. O programa, que foi instituído em 1999, foi desativado, por falta de recursos financeiros, em 2004, tendo permanecido apenas um médico psiquiatra, que atende à população com medicação, e médicos clínicos treinados, para receitarem psicotrópicos. Em meados de 2005, o município começou a convocar profissionais aprovados em concurso público, para comporem equipes de saúde mental, assim como retirou funcionários que estavam prestando serviços ao Estado, repassando-os para a Unidade Básica de Saúde, ativando, novamente, as mini-equipes de Saúde Mental.

Está efetivada uma parceria entre a Universidade do Oeste Paulista, a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde, tornando o município um Pólo de Capacitação. Dentre outras atividades, são oferecidas

preceptorias por diversos profissionais de diversas áreas aos 45 municípios que compõem a DIR XVI. No entanto, neste ano de 2005, essas atividades foram interrompidas, uma vez que o convênio foi suspenso, devido a problemas burocráticos.

Quanto à escolaridade exigida do Agente Comunitário, não corresponde à preconizada pelo Ministério de Saúde, que é a de ensino fundamental. Em Presidente Prudente, é exigido o ensino médio completo, o que se pode considerar um avanço. Um agente comunitário com melhor escolaridade pode ter mais capacidade reflexiva, para compreender a sua função e desempenhar, melhor, seu papel junto ao programa.

Como o foco desta pesquisa está nas ações educativas dos ACS, citar-se-ão suas atribuições, segundo o artigo 4º da Lei Municipal nº 5.413/2000. São elas:

- Realizar mapeamento de sua área de atuação;
- Cadastrar e atualizar o cadastro das famílias de sua micro-área e auxiliar no cadastramento das famílias de outras áreas;
- Identificar indivíduos e famílias expostos em situação de risco;
- Realizar, através de visitas domiciliares que serão realizadas de forma sistemática, acompanhamento mensal de todas as famílias de sua responsabilidade e quando houver pessoas em situação de risco e doenças;
- Coletar dados para análise da situação das famílias cadastradas;
- Desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção à crianças, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na programação da saúde e prevenção de doenças;
- Participar de reuniões com a comunidade, equipe de saúde da família e de educação continuada;
- Promover educação em saúde e mobilização comunitária, visando uma melhor qualidade de vida mediante ações de saneamento e melhorias do meio ambiente;
- Incentivar a formação de organismos comunitários e a participação da comunidade;
- Orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde;
- Informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades;

- Participar no processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de abrangência da Unidade da Saúde da Família, com vistas à superação dos problemas identificados.

**Parágrafo único.** Para provimento do cargo, deverá o Agente Comunitário:

I – ter o 2º grau completo;

II – residir no município de Presidente Prudente e na sua área de atuação.  
(grifo do autor)

Pelo exposto, constata-se um número extenso de atribuições que exige dos agentes não só um certo grau de escolaridade como também preparo em determinadas áreas. São atribuições amplas e complexas, que exigem, por parte dos profissionais, atualizações constantes e específicas.

O Ministério da Saúde preconiza que o agente comunitário deva residir em sua área de atuação, assim como a Lei Municipal citada. De acordo com os dados colhidos, não é isso que se constata. Os Agentes Comunitários de Saúde são moradores do município, mas não necessariamente do bairro onde prestam serviço.

As publicações do Ministério da Saúde consideram que o Agente Comunitário de Saúde, morador da localidade onde trabalha, está totalmente identificado com sua comunidade, com os seus costumes, valores e linguagem. Tem bom relacionamento com os vizinhos, transformando sua capacidade de liderança em ações que melhoram as condições de vida e de saúde da comunidade.

O que se considera como característica fundamental para um bom Agente Comunitário é sua capacidade de estabelecer vínculos afetivos com a população e sua capacidade para aprender. Em suas atribuições, percebe-se que ele deve mapear sua área de trabalho, cadastrar famílias, realizar visitas domiciliares, coletar dados, realizar ações básicas em educação para saúde. Deverá lidar diretamente com a clientela atendida, entrar nas casas, ouvir as dores físicas e

psíquicas de uma população. E só se fala àquele em quem se confia, quando há ética, sigilo.

O Agente Comunitário de Saúde deve ser considerado pelo usuário como o profissional que o respeita em sua individualidade, em sua história de vida, aceita suas limitações, dá-lhe apoio e incentivo. Deve ajudar na tessitura da rede social do usuário e do serviço da Equipe de Saúde da Família. É o elo entre equipe e usuário, entre equipe de saúde e recursos da comunidade. Circulando entre a comunidade assistida, conhece os problemas e ajuda no planejamento de ações. É aquele que faz a ponte entre o saber científico e o saber popular. Pode, muitas vezes, pensar em alternativas, em como lidar com situações, que profissionais que não vivenciam determinada circunstância não imaginam.

Bettioli (2003) afirma que, para o Agente Comunitário de Saúde dominar um amplo conhecimento sobre sua micro-área, ou seja, conhecer os recursos e barreiras sociais, geográficas, culturais e políticas, requer-se dele um trabalho de pesquisa e problematização coletiva dos dados junto à equipe, para que se possa pensar em intervenções que vão de encontro aos preceitos do Sistema Único de Saúde e do PSF.

Isso é uma tarefa complexa. Exige formação, não só do Agente Comunitário, como também de todos os profissionais envolvidos. A formação educacional do ACS é cada vez mais importante. Não deve desconsiderar seu saber, que é rico em sabedoria popular, porquanto, sem ele, a rede não se articula. Deve proporcionar embasamento científico para as ações, sem desqualificar o que está internalizado. Da mesma forma, deve proporcionar ao profissional desenvolver outras atividades em educação popular para a saúde, que vão além de palestras proferidas por médicos e enfermeiras, tão valorizadas atualmente.

É importante efetuar-se uma análise sobre palestras no mundo contemporâneo, já que isso está virando profissão no Brasil e no mundo. Segundo informações colhidas na reportagem de Barelli (2004), existem profissionais que recebem verdadeiras fortunas em “palestras-shows” para grandes empresas, na tentativa de capacitarem funcionários, melhorarem seu perfil e faturamento das mesmas. São proferidas por profissionais que se especializam nisso e vivem disso. Essa forma de atuação tem recebido inúmeras críticas. Dentre elas, aparece a consideração de que as palestras oferecem respostas prontas, mobilizam aqueles que escutam, descontraem os ouvintes, provocam risadas, mas não oferecem mudanças efetivas de comportamento. Isto é, ninguém motiva ninguém. Passada a euforia, tudo retorna ao que era antes.

Esse modelo tem-se alastrado por todos os cantos. Todos solicitam palestras àqueles que acreditam que sabem mais. E os profissionais da Equipe de Saúde da Família não estão livres disso. Médicos e enfermeiros acabam seduzidos por essa forma de prevenção, tratam de reunir alguns ouvintes por meio dos Agentes Comunitários e explicar como o usuário deve fazer, para se alimentar melhor, não ter verminose, não pegar DST/AIDS etc. Todos ouvem silenciosamente. Às vezes, é permitida uma pergunta ou outra, mas a realidade local e pessoal não é levada em consideração. Como dizer a uma população que precisa alimentar-se melhor, comer verduras, legumes, carne, leite e derivados, se, muitas vezes, não tem emprego e renda suficiente, para comprar uma cesta básica? Como falar-lhe da necessidade de lavar as mãos, antes de preparar os alimentos, se, muitas vezes, no domicílio, não há saneamento básico? O que essas palestras provocam é um alívio de consciência para aquele que as profere e pensa: “estou cumprindo o meu dever”. Não angustia, pois não se deixa “contaminar” pelas dificuldades enfrentadas pela



população; é mais “asséptico”. Será que isso é suficiente? Educação popular em saúde é isso?

Vasconcelos (1989) postula que as ações higienistas baseadas em palestras e orientações individuais transmitem a idéia de que as doenças acontecem por falta de cuidado da população, não se pontuando que a falta de higiene está ligada às más condições de vida da classe miserável, como a falta de saneamento básico, uma educação formal de má qualidade ou escassa e ao passado de exploração e miséria a que a população é submetida, há gerações, o que faz com que se acostumem com padrões de vida precários.

Responsabilizando as pessoas por sua saúde, deixando, de lado, os aspectos culturais, políticos e econômicos, desloca-se para o indivíduo a responsabilidade pelos problemas de saúde inerentes ao Estado, às empresas e às instituições, levando “a um processo de responsabilização da vítima pelo próprio sofrimento” (VASCONCELOS, 1999, p. 76).

Ser Agente Comunitário de Saúde não é tarefa assim tão simples, como muitos imaginam, é uma profissão nova que exige formação e dedicação. Acredita-se que o Ministério de Saúde se preocupa com a formação dos profissionais da Equipe de Saúde da Família. O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde elaborou o perfil de competências do Agente Comunitário de Saúde, cuja proposta foi submetida à consulta pública, permanecendo no endereço eletrônico do Ministério da Saúde, no período de outubro a dezembro de 2003, recebendo muitas opiniões e sugestões, demonstrando o interesse da população pelo assunto. Em 2004, o DEGES apresentou o Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde,

com o objetivo de subsidiar as instituições formadoras na elaboração de programas político-pedagógicos de formação e desenvolvimento para esse trabalhador da equipe de saúde. Nesse mesmo ano, foi divulgado um documento elaborado pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação, denominado “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde”, estruturado em um Plano de Curso, objetivando servir como guia de orientação à construção autônoma, pelas escolas, de seus currículos destinados à formação do Agente Comunitário de Saúde.

Tal curso deverá ser estruturado em três etapas, que corresponderão a uma carga horária mínima de 1.200 horas, sendo conferido, ao final do processo formativo, àqueles que concluírem todas as etapas e que já possuem o diploma do Ensino Médio, diploma de “Técnico Agente Comunitário de Saúde”.

O Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde visa preparar profissionais para atuar como técnicos de nível médio junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades. Este profissional atua no Sistema Único de Saúde, no campo de interface intersetorial da assistência social, educação e meio ambiente, desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de processos educativos em saúde, privilegiando o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania, no âmbito social e da saúde (BRASIL, Ministério da Saúde, Ministério da Educação, 2004, p. 17).

No site (<http://portal.saude.gov.br>) pôde-se visualizar a divulgação da notícia de que os Estados e Municípios vão qualificar Agentes Comunitários de Saúde em todo o país, previsto para começar no início do ano de 2004, com certificado profissional, com validade nacional. Entretanto parece que isso não se estendeu a Presidente Prudente. Obteve-se a informação, na Divisão Regional de Saúde (DIR – XVI), de que a Secretaria Estadual de Saúde disponibilizou verba, para oferecer o curso Técnico de Agente de Saúde, Etapa I, para 20% dos

profissionais do Estado. Nessa perspectiva, foram eleitos critérios para a seleção de equipes da região, que iniciariam o curso; dentre eles, o fator estabilidade no cargo foi levado em consideração, pois não é conveniente formar-se um profissional e dispensá-lo no ano seguinte. Diante disso, os Agentes Comunitários do município de Presidente Prudente não iniciaram o curso, não havendo, até o momento, previsão para que isso aconteça.

Dessa feita, a relevância do trabalho do Agente Comunitário, no contexto de mudanças das práticas de saúde, fez com que fosse elaborado um documento, com o fim de fomentar-se uma formação de qualidade para esses profissionais, apontando a interface intersetorial da saúde, ação social e educação em suas práticas. Os documentos citados ainda são pouco conhecidos pelos profissionais de saúde, mas apontam para a construção de um novo modelo de pensar a educação e a saúde como práticas de promoção de vida.

## **4 DEFININDO PRÁTICAS**

Após apresentar-se o panorama do Programa de Saúde da Família no Brasil e no município, vai-se reportar ao material coletado nas entrevistas com os profissionais das equipes e usuários, tendo o cuidado de selecionar-se aquele que vai de encontro aos objetivos do trabalho proposto.

### **4.1 Conhecendo o Agente Comunitário de Saúde**

Sabe-se que o Agente Comunitário é o profissional que vai a campo, visita, mais freqüentemente, os domicílios, é considerado um mediador entre a comunidade atendida e a equipe de saúde. Sem ele, o trabalho do PSF não acontecerá. É um personagem importante nessa trama.

Para conhecê-lo melhor, nesse tópico, refletir-se-á sobre alguns itens básicos da entrevista, que são: escolaridade; forma de contratação e tempo de trabalho no PSF; se o bairro onde trabalha é o mesmo onde mora o ACS; as capacitações pelas quais passou, para exercer sua função.

Investigou-se sobre a escolaridade do Agente Comunitário de Saúde, porque as publicações do Ministério da Saúde demonstravam a exigência de apenas o ensino fundamental.

Dos nove Agentes Comunitários de Saúde entrevistados, seis informaram que concluíram o ensino médio; dois não o concluíram; e um Agente Comunitário revelou ter concluído o ensino fundamental. A maioria possui o ensino médio. Apesar disso, pela responsabilidade do trabalho, considera-se que a formação não é adequada, já que há agente que concluiu apenas o ensino fundamental.

Se forem levadas em consideração as notícias veiculadas pelos meios de comunicação dos últimos anos, poder-se-á pensar que exigir um grau mais elevado de escolaridade, na seleção de pessoal para Agente Comunitário de Saúde, poderá ser um avanço.

Dimenstein (2004), em seu artigo intitulado “Seleção brasileira de ignorantes”, mostra a triste realidade da educação brasileira. Num teste feito com alunos de 40 países, o Brasil ficou em último lugar em matemática, e, ligeiramente melhor, em leitura. No teste do SAEB, de 2003 (Sistema Nacional de Avaliação da Educação básica), 97% dos alunos tiveram uma aprendizagem insuficiente, girando em torno de 3% a porcentagem de alunos da escola pública com um nível de aprendizado considerado adequado.

De acordo com os índices divulgados acima, parece acertada a iniciativa de exigir-se uma maior escolaridade dos Agentes Comunitários de Saúde. Desse modo, o profissional terá maior capacidade de reflexão para atitudes que precisará assumir no seu fazer cotidiano.

Quanto ao tempo de trabalho e modo de contratação no PSF, observa-se, na população pesquisada, as seguintes situações:

Três Agentes Comunitários estão no cargo, há seis anos. São funcionários públicos municipais, concursados, dois deles com desvio de função, isto é, foram contratados para outra função, mas, na ocasião do início do PSF, ficaram sabendo do programa, interessaram-se e participaram do processo de reuniões e entrevistas para a verificação de perfil. Esses profissionais permaneceram em sua função, como ACS, durante o período de interrupção dos funcionários contratados. São funcionários que se declaram satisfeitos na profissão, o que se pode observar em suas declarações.

Eu adoro trabalhar aqui, eu gosto, eu adoro (E 1).

Eu adoro trabalhar no PSF, me sinto muito bem. Me dou muito bem trabalhando com as pessoas. Mas eu sempre falo, tô sempre cobrando. Divulgo o PSF, o PSF tem que ter isso, tem que ter aquilo... Faz tempo que tô aqui, eu quero mais coisa. Porque é muito gratificante o PSF, se eu não tivesse gostado eu tinha voltado pra minha função antiga. E o conhecimento que você pega? Você dá maior valor à vida. Você olha pra trás e vê que tem coisa muito pior que você não tá passando (E 4).

Eu me sinto bem, eu gosto do que eu faço (E 5).

Dois Agentes Comunitários de Saúde trabalham de dois anos e meio a três anos. São funcionários contratados temporariamente. Tiveram seu contrato rompido no final de 2004, retornando a ele em meados de março de 2005. Apesar da instabilidade profissional, das idas e vindas, mostram-se felizes em trabalhar no PSF, conforme depoimentos:

Me sinto feliz, eu sou uma pessoa feliz. Durante o tempo que eu tô no PSF, nunca apresentei um atestado (E 8).

Eu me sinto bem (embora tenha dito anteriormente que me sentia impotente em alguns casos) eu gosto de trabalhar com a população. Me sinto muito bem em trabalhar principalmente com os idosos, eu tenho um carinho muito grande pelos idosos. É uma alegria encontrá-los bem, saudável e feliz. Eu me sinto muito bem (E 9).

Há, aqui, uma referência ao sentimento de impotência frente a alguns casos. E9 referia-se ao sentimento despertado frente aos portadores de transtornos relacionados ao abuso de álcool, que prometiam deixar a bebida num dia, e, no outro dia de visita, encontrava-os embriagados. No entanto, independente disso, revela sentir-se feliz com o trabalho que faz. Quando Valla (2001) discorre sobre apoio social, aponta que provocam efeitos emocionais positivos, tanto para quem oferece como para quem recebe a ajuda. Dessa forma, verifica-se que os Agentes Comunitários se sentem reconfortados, por poderem voltar a cumprir o seu papel.

A interrupção do serviço provocava angústia e preocupação com o andamento do trabalho, tanto naqueles que estavam trabalhando quanto nos que esperavam voltar para sua função, revelados nas falas abaixo:

Nossa, a população reclama, toda hora eles perguntam quando vai voltar o pessoal, estão sentindo falta do programa, as pessoas estavam sempre indo lá na casa deles agora não estão indo mais, eles sentem falta e sempre vem aqui perguntar. A gente não está fazendo palestras, porque não tem como convidar o povo da área e os agentes que fazem isso não estão aqui. Então nesse tempo de chuarada eu andei colocando panfleto na igreja, o padre anunciou para tomar cuidado com a dengue. Porque não tinha gente para ir na área fazer esse trabalho. Aí eu coloquei lá, o padre falou na hora da missa, para o pessoal cuidar, tomar cuidado com o mosquito, que é perigoso. Não foi uma palestra que a gente fez, mas a igreja tava lotada (E 1).

Eu achei que foi muito prejudicial, não só pra mim, claro, que também, a gente fica preocupada, mas principalmente pra eles que ficaram assim... não digo abandonados... porque o núcleo continuou funcionando, só que a assistência em casa, não tinha mais. A ginástica que a gente tinha com eles diminuiu muito. Porque tudo é um incentivo. Você tá ali o dia a dia, você tá incentivando, você não estando na porta, complica muito (E 9).

E1, sentindo que era seu papel fazer algo pela comunidade na qual trabalha, toma a iniciativa de mobilizar o pároco da igreja para um trabalho social e de saúde pública, realiza, sem saber, um trabalho em rede, convocando a instituição, que poderia prestar um serviço de saúde à população, naquele momento. Ações, como esta, deveriam ser requisitadas, freqüentemente, pelos agentes, e não somente num momento em que as equipes estão desmontadas. Há uma parceria com a igreja, que empresta o salão paroquial para as reuniões, mas o exemplo que E1 citou vai além. Não se pode esquecer que grande parcela da população brasileira se diz católica, porém, além deles, há uma outra, que se diz evangélica e freqüenta essas instituições, lembrando que essas igrejas também podem ser grandes aliadas no setor da saúde pública.

Retomando o aspecto em análise, quanto ao tempo de trabalho, quatro Agentes Comunitários entrevistados eram recém-contratados, estavam nas

Unidades de Saúde da Família por período de menos de uma semana a menos de um mês. Optou-se por entrevistá-los, a fim de se conhecer como chegam a seu local de trabalho, o que sabem a respeito de sua função. Ficaram temerosos em falar daquilo que não sabiam, de dar informação, perguntaram se era para a Secretaria Municipal de Saúde. Após as devidas explicações sobre a pesquisa, concordaram em participar da entrevista; mas um Agente, no meio dela, disse: “Pera aí... pára um pouquinho, você não vai colocar isso na TV, vai?” (E 7).

A gravação é interrompida e o teor da pesquisa é, mais uma vez, explicado. O entrevistado concorda em continuar o trabalho. Percebeu-se que esse sentimento de desconfiança não ficou restrito aos recém-contratados. Agentes de Saúde, com vários anos de serviço, mostraram-se reticentes em aceitar participar da pesquisa. Um deles solicitou a autorização do Secretário, para poder conceder as entrevistas, mas, no final do trabalho, pediu desculpas e disse que é “assim mesmo, desconfiado”. Aparece o sentimento de que podem ser prejudicados em seu trabalho, o que ficou explícito em comentários informais de funcionários do PSF.

A interrupção do contrato dos profissionais não atingiu somente aqueles que foram demitidos, mas a todos os funcionários. Percebe-se um mal estar que não é nomeado nem explícito, mas que está presente nas piadinhas e brincadeiras. Aparece um sentimento persecutório: “o que eu faço ou falo pode virar-se contra mim”. Era o que pareciam pensar os funcionários. Numa época de emprego escasso, não vale a pena correr riscos desnecessários.

Aparece, também, implícito, em algumas falas informais, que o PSF não é reconhecido como deveria, pois não se investe, com afinco, na continuação de sua implantação no município nem em sua manutenção.



Quanto ao local de moradia do Agente Comunitário de Saúde, o Ministério da Saúde preconiza que ele more no bairro onde atua. Considera que, assim, terá maior poder de identificação com os moradores, pois conhecerá, melhor, a população e os problemas enfrentados pela comunidade, fazendo o papel de líder no local.

Na população pesquisada, de acordo com os entrevistados, não é isso que ocorre. Somente um ACS mora no bairro onde trabalha, oito entrevistados afirmaram residir em outra comunidade da cidade. Encontraram-se as seguintes respostas à pergunta que procurava investigar se o Agente Comunitário de Saúde considerava, morar ou não no bairro onde trabalha, um aspecto que favorece ou dificulta seu trabalho:

Moro, sou vizinha, não é dentro da micro-área não, mas é do lado. [...] Eu acho que facilita, porque se eu trabalhasse longe seria mais difícil, né? Morar dentro da área é o correto, mas eu moro pertinho, aqui do lado. O agente tem que morar dentro da área né? Mas não é só eu que não moro, todos os que estavam trabalhando aqui na maioria não morava. [...] Eles sabem onde eu moro, mas não, eles não vão, tem uns que liga: 'Ah, tô doente, o que eu tenho que fazer?' (E 1).

Não moro. É só pegar amizade (E 2).

Não moro, não atrapalha porque os núcleos perto da minha casa, [...] nenhum dos dois eu teria acesso assim tão fácil, já tinha as pessoas certas lá e aqui existia essa vaga. Porque geralmente eles preconizam é que o agente more próximo ao local que ele tá trabalhando, porque isso facilita né, o trabalho. Mas como eu já trabalhei na dengue não acho que isso facilita tanto assim não. Muito pelo contrário, às vezes, você tem o vínculo muito grande com a pessoa que, às vezes, ela não te ouve tanto, acaba até intimidando. Quando você tem muita afinidade acho que não é fácil o trabalho. Isso é o que eu penso, mas não é o que está escrito lá, que o agente tem que ser morador do bairro (E 3).

Não. Eu acho que pra mim isso não tem dificuldade nenhuma. Eu prefiro onde eu moro do que se morasse no bairro. Porque tem vários comentários, se eles não te vêem na casa deles ou no posto de saúde, vão falar que eu tô em casa assistindo TV. Se eu morasse no bairro eu nunca jamais ia fazer isso, mas por causa de certas pessoas a gente fica falado, então eu prefiro morar em outro bairro e trabalhar aqui, eu acho melhor (E 4).

Não. Pra mim até o momento nunca dificultou, eu acho que se eu fosse do bairro talvez seria até mais complicado, porque a própria população se apegam demais, daí eles cobram muito de você. Eu não sou daqui do bairro e nunca tive problemas por isso. Cumpro meu horário, acho que isso não influencia em nada, pra mim nunca influenciou não (E 5).

Não, eu moro próximo a APEA. Pra mim é a mesma coisa, não tem dificuldade nenhuma (E 6).

Não. Atrapalha? Não, não atrapalha. O pessoal tá me aceitando bem. Tanto faz (E 7).

Infelizmente não, dizem que o PSF reza no estatuto que o Agente Comunitário tem que morar na micro-área, mas na época não tinha vaga no bairro onde eu morava, então eu vim pra cá pra aprender. Nessa micro-área tinha uma agente que não desenvolvia o trabalho, então colocaram eu no lugar dela e mandaram ela embora. Por aqui eu fiquei, já vai pra três anos. Eu acho que se eu tivesse atuando no meu bairro onde eu moro nem tempo pra comer, nem dormir eu teria. Porque eu tive experiência dentro de casa. Meu marido foi Agente Comunitário três anos. Ele ficava o dia inteiro na micro-área. À noite, 8 e meia, 9 horas era gente batendo na porta, querendo atendimento fora de horário. Eu já sou moradora lá há 21 anos bem conhecida, eu acho que não ia ter sossego. Acho que o certo é você morar numa área e trabalhar em outra (E 8).

Não tão próximo. Eu moro um pouco mais distante do meu trabalho. Acho que facilita porque se a gente morar dentro da micro-área que trabalha os moradores não sabem respeitar o teu horário de descanso. Já teve exemplo de pessoas que moram no bairro e no final de semana toda hora é alguém chamando na porta, eles acham que até no final de semana a gente tem que ajudar eles a resolverem os problemas deles. Então a gente morando um pouco mais distante, a gente tem o direito de ter pelo menos o final de semana e retorna tudo na outra semana. Então eu acho que isso é bom, morar um pouquinho mais distante. Fora pelo menos da área de trabalho (E 9).

As justificativas que aparecem vão desde a ausência de vaga no PSF da comunidade onde moram, na época da contratação, à dificuldade de se estabelecer limites quanto à atuação profissional em horários de descanso; temem ter sua privacidade invadida. E 8 começa lamentando o fato de não residir no bairro onde trabalha, mas seu discurso muda e cita o exemplo do marido, que não tinha privacidade nos horários de folga. Outros temem que isso possa ocorrer, se morarem na comunidade atendida.

Aqueles que estavam chegando para o novo trabalho, alguns até sem terem saído a campo, afirmaram que era uma questão de amizade, de aceitação, que era indiferente, ou seja, não tinham experiência, para julgar essa questão.

O Ministério da Saúde preconiza que o Agente Comunitário de Saúde resida na comunidade onde atua, há, pelo menos, dois anos. Caracteriza-o como “elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2001, p.78). Dos Agentes entrevistados, apenas um informou morar no bairro onde trabalha, ou seja, apenas um pode fazer essa ponte, como é desejado.

Recrutar os Agentes Comunitários de Saúde na própria comunidade “significa aceitar as formas populares de enfrentar e resolver problemas de Saúde” (PEREIRA, 2002, p.147). Funciona como um elemento mediador entre a Equipe de Saúde da Família e a comunidade, decodificando um saber popular, que também é seu, para os demais membros da equipe.

O Agente Comunitário morador da comunidade na qual trabalha conhece os recursos e mazelas de seu território, conhece a população, já estabeleceu um vínculo antigo com ela. Aquele que lá chega, sem essa condição, deverá construir isso em sua prática diária, demandando tempo e investimento psíquico. Poderá ser olhado com desconfiança pela população, demorará a entender a dinâmica do bairro, seus costumes, valores e sua cultura.

Acredita-se que os critérios para a seleção desse profissional devam levar em conta, além daqueles preconizados pelo Ministério da Saúde, a capacidade de aprender, estabelecer vínculos e de lidar com frustrações.

Sobre educação continuada, foi pesquisado se os Agentes recebem algum tipo de capacitação, antes de iniciarem seu trabalho, se o continuam recebendo com o decorrer do tempo e qual a sua frequência.

No começo foi uma semana, mas eu nem lembro direito. Era direto. Na primeira semana foi na DIR, foi dado por médico, enfermeira, pelo pessoal que trabalha lá na saúde.[...] eram sobre DST, dengue, saúde bucal, sobre tudo. [...] Sempre tem. Ultimamente não está tendo muito freqüente. No começo era freqüente. [...] No último ano acho que foi umas duas vezes. [...] Sobre tudo o que a gente trabalha aqui teve capacitação, mas eu acho que é assim, umas orientações para as pessoas não esquecer, precisa (E 1).

Ainda não. Falaram que a gente ia trabalhar de agente comunitário e ia ter uma capacitação. Como a enfermeira ainda não voltou ainda, tá esperando ela voltar pra dar capacitação pra nós (E 2).

Ainda não. A capacitação vai ser a partir do dia 4 de abril, a nível geral. O pessoal que já trabalhou vai tá voltando a partir de 4 de abril e aí vai haver a capacitação a nível geral. [...] A coordenadora veio até o núcleo e pediu pras pessoas me orientar o que é o SIAB, como é o programa, qual formulário tem que preencher, como é o acompanhamento das famílias, isso na parte teórica, nada na prática (E 3).

Vários. Logo que eu comecei a trabalhar nunca saía sozinho, sempre com uma menina que tava primeiro. Acho que foi uns dois meses assim, acompanhando ela. Aí já começou a capacitação na DIR, na Santa Casa, na Unesp, na Casa do Médico, muitas e muitas capacitações. Sobre crianças, pessoas idosas, gestante, álcool, vários temas sobre doenças também. Uma coisa muito importante no programa de saúde da família é a capacitação.[...] No tempo da primeira coordenadora do programa teve várias, mas ultimamente diminuiu muito e muito mesmo. Nunca mais nós tivemos uma capacitação em geral do PSF. Quando ficam juntos todos os núcleos, o núcleo do Guanabara, do São Pedro, do Belo Horizonte, do Alvorada, nunca mais teve. Hoje em dia se a gente vê uma pessoa trabalhando a gente não sabe se é funcionário ou se não é porque não conhece ela. Antes quando entrava uma pessoa nova tinha uma capacitação e diziam: 'Oh, essa pessoa a partir de hoje tá fazendo parte do PSF tal', a pessoa se levantava era apresentada a todos. Uma coisa muito importante é a capacitação (E 4).

No início eu fiz capacitação. A gente fazia no H.U., no Palácio da Saúde, na DIR. Logo que eu entrei, primeiro eu fiz um estágio, passei em outros núcleos, conheci outros PSFs, o que era o trabalho do PSF e aí comecei a fazer capacitação. Daí depois de 30 dias eu peguei uma área determinada que eu comecei a trabalhar. As capacitações foram específicas, o que era o PSF, qual era o trabalho do agente comunitário, as funções do Agente Comunitário e as orientações de como trabalhar com as fichas, tinha capacitação sobre algumas doenças. [...] Agora há mais ou menos um ano e meio que a gente tem muito pouca capacitação. No início a gente tinha bastante capacitação, praticamente toda semana a gente tinha alguma capacitação nesse sentido mesmo de aprendizado. A gente tá sempre

coabrando, tá sempre falando, mais capacitação, falam que estão providenciando (E 5).

Foi pouco, bem pouquinho, foi de um dia, mais pra tá conhecendo o que o agente tem que fazer. Fiquei sabendo que vai ter capacitação agora. Foi a coordenadora que passou essas primeiras orientações pra gente, ela e um agente que ta há bastante tempo. Ela passou tudo que um agente precisa saber. Como se comportar numa visita, quais são as perguntas, qual a função de todos os integrantes do programa, da equipe técnica no caso. Qual a função da doutora, da enfermeira, dos agentes. Teve um encontro onde estavam todos os agentes que foram contratados agora (E 6).

Capacitação como agente? Por enquanto não. A gente vai ser capacitado ainda (E 7).

Muitas, eu tenho muitas e muitas horas de capacitações nos certificados lá em casa. O treinamento foi antes de iniciar o trabalho de Agente Comunitário de Saúde, nós tivemos várias capacitações no H.U. [...] Volta e meia tem capacitação pra nós. Nós aprendemos tudo que se trata de saúde, relacionado ao PSF. Saúde do idoso, da criança, é o adolescente, as gestantes, como trabalhar em grupo com hipertensos, diabéticos. Tudo que diz respeito ao PSF, eles passam pra nós (E 8).

Logo que eu entrei no PSF já começaram as capacitações e todas foram bem proveitosas. No início, a primeira semana, nosso coordenador orientou que nós deveríamos acompanhar os agentes antigos e só ouvir pra aprender como se trabalhava na rua. Daí que surgiram as primeiras capacitações. [...] Aqui no nosso núcleo todas às sextas-feiras a gente senta com a médica e a enfermeira, e às vezes, também com nossa coordenadora, e tá sempre passando orientação, tá atualizando. Nosso núcleo funciona assim. Apesar que nesse último ano, capacitação mesmo teve muito pouco. Depois que nós voltamos ainda não teve tempo, nós tivemos uma reunião onde foi passada uma orientação pra gente, mas capacitação, não (E 9).

Observou-se que os funcionários com maior tempo de trabalho no PSF, em especial aqueles que iniciaram a carreira de Agente Comunitário de Saúde junto com a implantação do programa, passaram por um processo de educação mais longo. Relatam várias fases desse processo. No entanto os Agentes recém-contratados haviam recebido poucas informações sobre sua ocupação. Houve contradição quanto à afirmação sobre se passariam por um processo de capacitação, quem seria responsável por isso e quando seria. Esses “calouros” contavam com a disponibilidade dos colegas “veteranos”.

Isso contradiz, novamente, o que é preconizado pelas publicações oficiais. O candidato a Agente Comunitário de Saúde não precisará ter conhecimentos prévios na área da saúde. Quando aprovado, receberá treinamento sobre as ações que deverá desenvolver e ficará sob supervisão da enfermeira (BRASIL, 2001).

É recomendado pelo Ministério da Saúde que, após a implantação do programa, a equipe passe por um processo de capacitação introdutória e que sejam criados pólos de capacitação, formados por entidades vinculadas às Universidades e Secretarias Estaduais e Municipais de saúde, voltadas à formação permanente de Recursos Humanos em saúde. Isso ocorreu no município de Presidente Prudente. No entanto, dadas as interrupções decorridas com o término dos contratos temporários dos funcionários, muitos Agentes Comunitários de Saúde ocupam seus postos, sem conhecer a filosofia do PSF, desconhecendo, inclusive, sua função primordial na equipe. Se o objetivo é substituir o modelo tradicional de assistência, a educação continuada tem papel relevante.

O profissional abaixo toca num ponto importante: as políticas de saúde e de educação, bem como suas ações.

As pessoas que fazem política de saúde não estão diretamente ligadas à população, porque quem sabe como nós o que a população necessita, o que o programa necessita pra acontecer, somos nós que estamos na linha de frente que sabemos. Lá no congresso, vota isso, vota aquilo, faz política de saúde, mas não sabe o que a população precisa. A mesma coisa em educação, quem faz política de educação não são pessoas que trabalham com a educação (E 10).

É importante lembrar-se que, geralmente, os projetos e ações de saúde e suas respectivas ações educacionais são concebidos e desenvolvidos por especialistas com escassa preparação na área educacional. Ainda é muito comum a crença de que, para fazer educação, basta o conhecimento do que se quer ensinar e

um pouco de prática. Sem dúvida, esses fatores são necessários, mas não suficientes. A questão educacional envolve, além do domínio dos conhecimentos específicos, aspectos psicológicos, sociológicos e cognitivos, que devem ser considerados com a seriedade e a profundidade que sua complexidade exige.

#### **4.2 A Importância da Educação Continuada para o Agente Comunitário de Saúde**

Investigou-se sobre a função do ACS e seu dia de trabalho. A seu modo, cada Agente descrevia suas atividades. Percebeu-se um maior envolvimento dos Agentes Comunitários com maior tempo de experiência profissional, em especial daqueles que são funcionários públicos municipais e daqueles que foram recontratados. Os Agentes Comunitários de Saúde, chamados por essa pesquisadora de “calouros”, não tinham rotina, para relatar. Em alguns casos, nem conhecimento teórico sobre o assunto possuíam, desconheciam a publicação oficial a respeito do programa. Contudo isso não foi observado em todos os recém-contratados. O que vai ficar explícito nos trechos das entrevistas.

Cadastro as famílias na área, dou todas as informações sobre as doenças, DST, câncer, trago os problemas todos pra cá, passo para a enfermeira, ela passa para a médica, quando é o caso da médica ir na casa. É isso que a gente faz. A gente visita família por família, todo mês a gente vai na casa deles. Conforme a pessoa a gente fica uma hora, conforme a gente fica menos, depende. A gente convida as pessoas da área, faz reuniões, todo mundo junto, falo na igreja, a gente faz no centro comunitário. Também vai a enfermeira, a doutora, às vezes vai até gente de fora. A gente falou sobre varizes, outro falou sobre câncer de próstata, câncer de útero, mama, essas coisas, já veio psicóloga, fisioterapeuta. É tipo uma palestra. As pessoas ouvem o que o profissional fala (E1).

Este é um relato de um Agente Comunitário de Saúde, há mais de seis anos exercendo sua função. Descreve suas ações individuais e coletivas, associando o termo palestra às reuniões em grupo, com os usuários. Percebe-se que tem um fazer cotidiano a explicitar, quando interrogado sobre suas atividades.

Os quatro recortes abaixo fazem parte de entrevistas de Agentes Comunitários de Saúde recém-contratados. O primeiro possuía pouca informação a respeito do programa; o segundo já havia trabalhado na área da saúde. No entanto os dois ainda não haviam saído a campo.

O que eu sei a respeito? Ah, quase nada. Eu tava vendo o livro lá e vi mais ou menos. Ajuda as pessoas, tipo... entra nas casas, vê o que eles precisam, se tem doença ou não, é isso. [...] Passar nas ruas, nas casas, né. Visitar casa (E2).

É o elo de ligação com a população. Você trabalha dentro de uma micro-área, com famílias cadastradas, vamos buscar informação com essas famílias, pra tá tirando essas filas, né. É pra qualidade de vida dessas famílias, é pra tá ajudando essas famílias. Às vezes é uma coisinha básica que você consegue tá resolvendo, e às vezes as pessoas demoram muito tempo (E3).

E 2 foi entrevistado após dois dias de sua entrada para o programa, E 3, depois de uma semana. Relataram o conhecimento que tinham a respeito de sua função.

Nos trechos que seguem abaixo, os Agentes Comunitários já estavam saindo a campo, sem uma capacitação formal, mas apenas com as orientações gerais da Coordenadora do Programa e da Coordenadora da Unidade de Saúde.

Minha função, eu tenho que tá visitando pra tá prevenindo, minha função é a prevenção e trazer o problema aqui pra dentro. Se eu vou numa residência e encontro uma pessoa que tá com problema eu tenho que tá chegando e falando: 'Tem pessoa que tá com isso? Senhora tem que tá procurando, senhora tem que fazer isso'. É mais a prevenção. Eu chego 7 horas, aguardo até umas 8h. 8 e meia, porque senão vai acordar o pessoal muito cedo. Pego as fichas, por enquanto eu tô só atualizando, tô pegando meus cadastros, pra tá atualizando, pra ver se alguém mudou, se alguém morreu, pra ver se tem mais alguma gestante. Por enquanto tá só assim, tô cadastrando e atualizando os dados, quero saber se alguém mudou, e quero cadastrar quem não estava cadastrado (E 6).

A função é: eu vejo todos os casos, eu vejo como que tá, eu falo também sobre a dengue, eu verifico se a pessoa tem doença, pressão alta, tal. Verifico se ela tá tomando remédio direitinho, como tá né? Verifico pra poder tá levando o caso ao médico, se for um caso bem mais grave, tal.  
Entrevistadora: Você viu algum material sobre PSF?



Já, já sobre agente comunitário, como ele trabalha. Sem contar que eu li, eu vi na televisão, vi reportagens na televisão que de vez em quando sai, né?

Eu levo o cadastro, eu levo a ficha, tal. Eu bato, me identifico primeiro, pra pessoa saber o que é. Porque dependendo da casa ela assusta. Eu falo: 'eu sou o novo agente comunitário de saúde, a gente tá fazendo um cadastramento de famílias'.

Porque ficou muito tempo sem passar. Então a gente tá passando pra ver se a pessoa mudou, o que aconteceu com a pessoa. Aí depende, se eu vejo se ela tem algum problema de saúde, tem pressão alta, se ela tá tomando remédio direitinho, se ela tá vindo medir a pressão. Cada caso é um caso, cada família é diferente. É tudo pela ficha (E 7).

Nota-se que os Agentes Comunitários utilizam os recursos que possuem, para ir-se aproximando, sucessivamente, de seu objeto de trabalho. Utilizam literatura, representações sociais introjetadas por meio da mídia, sobre o papel do Agente de Saúde; pedem ajuda aos colegas, solicitam que os acompanhem nas primeiras visitas. Tentam descrever uma rotina que ainda não conhecem muito bem nem poderiam fazê-lo.

O Ministério da Saúde (2001) reconhece que um dos pontos importantes, numa Unidade de Saúde da Família, é a capacitação constante de todos os integrantes da equipe. Das falhas encontradas pelo Tribunal de Contas da União (TCU) nos PSFs analisados, o precário treinamento de Agentes Comunitários de Saúde, é um dos fatores que prejudicam o trabalho. Trad et al. (2002) afirmam que, se houvesse um processo mais eficaz na capacitação das equipes, maior seria a resolutividade do programa.

A partir das falas dos Agentes Comunitários de Saúde recém-contratados, constata-se a necessidade da capacitação desse profissional para o desenvolvimento de seu trabalho. Como não é pré-requisito, na ocasião da seleção desse profissional, possuir conhecimentos prévios sobre o programa, é obrigação de quem o contrata oferecer-lhe, o mais rapidamente possível, sua capacitação. Entende-se que as entrevistas aconteceram num momento em que as equipes

estavam sendo recompostas e o pessoal sendo encaminhado, aos poucos, aos locais de trabalho. Todavia não se pode deixar de ressaltar a importância dessa formação para o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Reconhece-se, como fundamental, a iniciativa de promover-se um curso técnico, como a apresentada pelo Ministério da Saúde e da Educação.

Observa-se que aqueles que começaram a trabalhar desde a implantação do programa citaram vários processos de capacitação, que foram diminuindo com o passar do tempo. No entanto sabe-se das interrupções dos contratos, por serem temporários e pela perda de profissionais qualificados, exemplificados nessa fala:

Essa troca de equipe. Nós estávamos há dois anos com uma equipe daí comentaram que foram mandados embora por questões políticas, daí entraram outras pessoas, daí até eles aprenderem o trabalho, quando aprendem o contrato já terminou, aí sai. Isso vai pra trás todo um trabalho. A população também faz um vínculo com o agente comunitário. É qualquer pessoa que bate na tua porta e você deixa entrar para ver se tem água nas garrafas, se tem isso tem aquilo, pra fazer trabalho da dengue? Que você conversa com elas sobre seus problemas de saúde? Não é!  
O Agente Comunitário de Saúde tem que ficar bastante tempo para ele conhecer a população para ele trazer para a equipe técnica, para a enfermeira, para o auxiliar de enfermagem, para o médico. Porque quem vai para o campo e faz a busca ativa é o Agente. Não é a equipe técnica. A equipe técnica vai lá para solucionar o problema. Se ele tá capacitado ele soluciona o problema (E 10).

Além da perda de um profissional qualificado, a interrupção de um contrato traz perdas para a própria comunidade atendida, que se depara com um novo profissional, que, geralmente, não é morador do bairro. Este por sua vez, não conhece as dificuldades que os moradores atravessam, não conhece os moradores, e novos vínculos vão ter que ser construídos. E tudo isso demanda tempo e investimento, inclusive psíquico. A comunidade sente-se prejudicada e ressentida com a interrupção do trabalho.

Não tem equipe que faz visitas nas nossas residências ( Usuário 3).

Péssimo. Porque afinal somos seres humanos e não animais! (Usuário 5).

Tiraram as pessoas que faziam visitas nas casas (Usuário 5).

Agora no momento não tô participando dos grupos porque não está mais como antes, não tem (Usuário 6).

Tinha visita, mas parou né, agora vai começar de novo? (Usuário 10).

Alguns usuários relatam um saudosismo do tempo em que o PSF funcionava sem interrupções, tecem elogios e reconhecem a qualidade do trabalho.

A equipe era prestativa, atenciosa e educada ((Usuário 4).

Consultas rápidas, pessoas mais atenciosas, doutora muito maravilhosa (Usuário 5).

Era muito bom porque sempre que precisávamos, na mesma hora, eu e minha família era atendidos e agora está muito difícil (Usuário 6).

Os usuários mostram-se ressentidos com a descontinuidade do programa, sentem falta dos antigos profissionais com quem já haviam estabelecido um vínculo afetivo e de confiança. Mas, além deles, os profissionais envolvidos com o trabalho também percebem a necessidade da manutenção do mesmo Agente Comunitário numa dada localidade.

Pra trabalhar no PSF tinha que ser efetivo, fala-se em vínculos, formação de vínculos com o paciente, como vão formar vínculo se a cada ano troca-se o agente. O vínculo se forma com o tempo, precisamos conhecer a história de vida da pessoa, isso não é assim do dia pra noite. Isso é ruim para o paciente e para o profissional (E 11).

Quando se fala em educação continuada para o Agente Comunitário, tem-se que lembrar o investimento de que todos aqueles envolvidos despendem, para que isso ocorra. Capacitar funcionários e, depois, dispensá-los, porque o contrato se encerra, é um dos maiores desperdícios de recursos, tanto financeiro

quanto humano. Cair no extremo oposto de capacitá-los muito pouco, porque os funcionários serão trocados, também é desperdiçar recursos, é menosprezar a capacidade de cada profissional, desvalorizando-o. Só se promove mudança real de modelo de atendimento em saúde, a partir de um processo educacional sério e continuado de todos os elementos da equipe e, em especial, do Agente Comunitário.

### **4.3 As práticas em Educação em Saúde do Agente Comunitário**

A educação em saúde é compreendida como “um conjunto de saberes e práticas diversas, mais ou menos formalizadoras, oficiais ou não que se dão no interior do setor Saúde” (SMEKE; OLIVEIRA, 2001, p.117).

Tem uma dimensão pedagógica, superando a dimensão coercitiva do paradigma higienista, já que esse relaciona a saúde com as condições corporais, mediante uma prática normatizadora, priorizando o combate à doença.

A atual concepção de Educação em Saúde foi sendo gestada na última década do século XX. Procura-se superar as ações educativo-prescritivas, individualistas e autoritárias, voltadas para a modificação de hábitos, cujas pessoas parecem viver num mundo sem conflitos e contradições, culpabilizando as outras por seus hábitos e dificuldades em modificá-los.

Educar para a saúde é função de toda a equipe de saúde pública, e não mais de um profissional específico. É preciso que todos os membros da equipe a considerem como uma prática educativa, que acontece entre sujeitos sociais que têm uma visão de mundo peculiar, mas que deve ser respeitada.

Por promoção de saúde, entende-se que

A promoção é um enfoque atual e profundamente coerente, privilegiando a Saúde como qualidade de vida em detrimento da enfermidade. Visando a uma mudança nas posturas e hábitos, na organização dos serviços de Saúde e ações de Saúde. Para alcançar esses objetivos, fazem-se necessárias questões fundamentais no 'fazer Saúde' que são: participação comunitária efetiva, solidária e, conseqüentemente, Educação e informação para a Saúde e para a consciência sanitária (PEREIRA. 2002, p.109).

É um jeito de se pensar e fazer saúde, onde as pessoas são vistas, em seu contexto político e cultural, como sujeitos capazes de superar o "status quo", podendo ter um jeito de vida mais saudável.

Diante dessa nova postura frente à saúde e da perspectiva que concebe a educação como um processo contínuo na vida de uma pessoa, vai-se reportar ao "fazer saúde" dos agentes Comunitários de Saúde do PSF de Presidente Prudente. Podem-se observar diversas ações, visitas, orientações e palestras.

Cada agente comunitário tem uma área determinada pra gente trabalhar. Eu tenho minha área, eu tenho que cumprir num prazo de 30 dias visitar todas as famílias, eu tenho que fazer as visitas domiciliares. Com a visita a gente faz o trabalho preventivo, né? Eu faço um levantamento de cada caso. A gente faz o acompanhamento de hipertenso, diabético, de crianças, de gestantes. O trabalho do agente é trabalhar com a prevenção, com orientação.

A gente orienta as mães quanto à higiene, à vacinação, falta de carteirinha, diabético, a importância do tratamento deles, de fazer os exames. Com o adulto, a parte de vacinação, eu faço acompanhamento da parte de higiene, água, quintal, em todos os sentidos, eu faço orientação. Minha função é desde o cadastramento até o acompanhamento de todas as famílias. Eu tenho um prazo de 30 dias pra tá visitando toda essa área. No caso nosso, do PSF, a gente tem um excesso de famílias, tem mês que chega a 215 famílias, então dá uma sobrecarga muito grande. Então tem mês que você tem que ih... Pra mim conseguir fazer a área toda vai 40 dias. Em trinta dias eu não faço 215 famílias.

O ministério preconiza 150 famílias, é o que tá no SIAB, que é o sistema de informação. São 150 famílias, nós aqui, praticamente em todos os PSFs, têm um excesso de família.

É nós temos trabalho de grupo, já chegou a dar palestras, nós os próprios agentes mesmos. A gente faz um grupo de hipertensos, como nosso espaço é pequeno nós utilizamos o salão paroquial. Eu vou dou uma palestra sobre alimentação, eu trabalho todos os hipertensos, eu convido todos eles, a doutora faz uma orientação e eu faço a palestra também orientando. A gente é capacitado pela enfermeira. Com o diabético também, com a gestante, planejamento familiar. Nós paramos os grupos devido a falta de funcionários (E 5).

É a prevenção. Trabalho com a prevenção. A gente chega numa casa, se é a primeira vez você vai fazer o cadastro da família. Então a gente vai trabalhar na prevenção. Pra não deixar a criança com o pé no chão, pra fazer isso, não fazer aquilo, pra evitar doenças. A gente vê se tá tomando medicação, se tá na dose certa, porque não tá tomando, por que parou. (E 4)

Para o programa, a atenção deverá estar centrada na família, compreendida a partir de seu contexto social. Tem um caráter substitutivo das práticas convencionais e é denominada como atenção básica, ou seja, a Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do município, devendo estar vinculada à rede de serviços secundários e terciários (ambulatórios de especialidades e hospitais), garantindo a atenção integral ao indivíduo, quando forem requeridos serviços de maior complexidade, para a solução de problemas identificados na atenção básica.

Cada Equipe de Saúde da Família trabalha com um território de abrangência, ficando responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população da área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4.500 pessoas. Cada Agente Comunitário de Saúde deverá acompanhar, aproximadamente, 550 pessoas.

Ouviu-se, acima, o Agente Comunitário dizer que se responsabilizava por um número grande de famílias. Se se levar em conta que o número médio de pessoas, por família, é quatro, ter-se-á um número maior de pessoas sendo acompanhado por um único Agente de Saúde, o que gerará sobrecarga e queda na qualidade do trabalho.

As ações descritas vão desde acompanhamento individual nas visitas domiciliares a intervenções em grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, ficando

o foco das intervenções ainda muito preso aos programas padronizados pelas instâncias superiores do setor de saúde, como afirma Vasconcelos (1999).

Eu chego aqui 7 horas, as 8 e meia eu já tô na minha micro-área. São 183 famílias cadastradas. Quando eu sai em dezembro eu tinha 26 diabéticos, 86 hipertensos. Eu faço a visita, casa a casa, orientando, verificando as carteiras de vacinação das crianças, levando os convites para os trabalhos de grupo, fazendo também o trabalho de combate à dengue, passando as orientações aos moradores. Somos obrigadas também de fazer esse tipo de trabalho, os Agentes Comunitários são responsáveis pela sua micro-área. Orientamos as mães pra trazer as crianças nos dias dos grupos, fazendo as escalas de pessoas acamadas, aquelas pessoas que não podem vir até a unidade, pra você levar o atendimento a eles na casa. Todas as quintas-feiras vem a perua pra nós. Vai o Agente Comunitário da micro-área, vai a médica, uma enfermeira, uma auxiliar dar o atendimento ao acamado, fazer curativo, a verificação de pressão. O Agente Comunitário de Saúde é responsável por tudo.

Primeira coisa, pra ser um agente comunitário, você tem que gostar. É uma profissão que eu escolhi por eu gosto de tá com a população, de ajudar as pessoas carentes. Tenho um bom vínculo com os moradores, isso é muito gratificante. Se eu chegar na minha casa de noite e lembrar que eu deixei de fazer alguma coisa que eu tinha que fazer na minha micro-área e eu não fiz eu não fico satisfeita. Sou daquelas que vou pra rua, levanto os problemas e trago aqui dentro e tem que ser resolvido. Graças a Deus sempre tenho conseguido. O PSF é muito gratificante, se trabalhar direito, ele é mil.

Se você é uma hipertensa, eu falo assim: 'Bom dia, tudo bem. Você já tomou seu remédio hoje?' A pessoa responde: 'Ai, eu não tomei porque não tive tempo'. Eu digo: 'Não é assim, medicação de rotina é prioridade, você tem por obrigação tomar sua medicação correta'. (Fala mudando o tom de voz, ora mais suave, ora mais enfática)

Se for um diabético, falo que tem que ter horário de comer, o que pode comer, o que não pode. Os que fazem caminhada você tem que tá orientando eles também, o pessoal da ginástica, e procurar acompanhar eles no trabalho de grupo. E graças a Deus deu um bom resultado (E 8).

Esse Agente Comunitário descreve como faz as abordagens individuais nas casas, como orienta a população sobre a medicação, alimentação, higiene, cuidado com o corpo e cuidados com as crianças. Aponta a dedicação pela profissão e o vínculo com os moradores como fatores responsáveis por um bom trabalho.

Nos recortes abaixo, verifica-se como o trabalho educativo do PSF é descrito por outros profissionais da equipe, bem como as ações do Agente Comunitário de Saúde.

O trabalho educativo do PSF é feito com palestras, a gente trabalha com planejamento familiar. Durante o pré-natal, orientação a gestante com higiene, com cuidados com o bebê, com a saúde da grávida. Com a saúde do idoso, a gente trabalha hipertensão, diabetes, dieta, estimulando atividade física, orientando mesmo, um a um.

A gente trabalha muito em grupo, a gente trabalha com educação em dengue, com todo aquele protocolo: 'Isso pode, isso não pode'. A gente faz teatro. É isso.

A atividade educativa do agente é de casa em casa, vendo se o paciente tá tomando remédio direito, pega a receita: 'É assim D. Maria, toma assim, assim, assado'. Faz desenho, prepara a medicação, fala da dieta, fala da higiene do corpo, fala da saúde, da limpeza do quintal (E 10).

Eu faço grupos, inclusive estou até com o planejamento pra grupos do ano todo. Grupos de gestante, de hipertenso, de diabético, de doenças sexualmente transmissível, planejamento familiar, agora vou convidar um dentista pra acompanhar no aleitamento materno pra estar passando saúde bucal. Nós vamos às escolas passamos vídeo, orientamos as crianças. Desidratação, acidente na infância. Agora nós temos a psicóloga e a nutricionista que vai tá entrando. A gente também vai nas casas dos acamados (E 12).

O Agente vai nas casa, ele faz o cadastro, ele pesquisa as pacientes que não está vindo menstruação pra tá vindo aqui falar comigo. Quem tem dores nas costas, febre há mais de 15 dias pra gente tá fazendo o teste da tuberculose, daí manda pro médico tratar. Pesquisam hanseníase, quem tem manchas no corpo, na sola do pé, mandam pra cá. Todos os dias eles passam numa casa. Ele tem o mês inteiro pra passar nas casa e tá pesquisando. Mandam crianças pra virem pesar, eu mando vir também o de idade escolar, pelos problemas de crianças que não conseguem se adaptar e tiver dificuldades escolares. Também temos crianças desnutridas, aqui na nossa área, nós não temos muito não. Temos pouquinho. Então as crianças, pedimos pra vir pra ver se têm verminoses, aqueles que estão fraquinhos, que não estão bem na escola. Fazemos rastreamento. Pegamos uma rua, por exemplo, da micro-área I. Chamamos todas aquelas pessoas que não são diabéticos nem são hipertensos pra tá vindo medir e fazer o teste. Pra tá rastreando quem ainda não veio saber se é diabético ou hipertenso, porque se for já vai começar o tratamento. Depois fazemos em outra rua. Além dos que vêm todos os dias aqui, uma vez por mês aferir a P.A., e furar o dedinho pra ver se tá alterado, pra ver se vai mudar a medicação.

Eles orientam também. Eles olham a medicação do paciente pra ver se estão tomando direitinho, se tem alguma dúvida eles passam pra mim, a gente vai lá. Põe a medicação no copinho, põe a data, o horário que é pra tomar. Vê se a pessoa tá diminuindo o sal da comida, se estão comendo direitinho, se tá faltando alguma coisa pra gente passar para a assistente social. É um trabalho não só de pesquisa não, é trabalho mesmo. Eles vão estar falando sobre dengue, sobre os problemas que a dengue representa, vai nas casas, olha a latinha, a caixa de água, vê o quintal, vê o que tem que estar limpando. Além dos agentes da dengue, os nossos agentes também fazem isso (E 12).



Os Agentes Comunitários estão ajudando nas palestras. Eu instruo eles, num tema, eu capacito eles e eles dão palestras nesse tema. E também nas ruas. Quando passam nas casa, eles já estão vendo a dengue, olham as casas que tem vaso com água, instrui a família. Fazem as buscas ativas que a secretaria manda pra gente, por exemplo: dos sintomáticos respiratórios, aqueles que são possíveis portadores de tuberculoses, eles vão estar olhando tudo isso. Olham o calendário vacinal das crianças pra encaminhar pra vacina.

Passam orientações quanto a um melhor nível de vida de saúde, a procurar a equipe caso haja alguma complicação. Quando fazem exames, nós tentamos agendar mais rápido (E 13).

Nota-se que as descrições das ações se referem às especificidades dos programas para diabéticos, hipertensos, gestantes, adolescentes, “tipificando cada ser humano com o grau de risco em que determinado modo de viver o enquandra” (PEDROSA, 2003, p.24). Isso tende a descaracterizar o sujeito, todos desse grupo são vistos como portadores de características comuns, ou seja, são hipertensos ou diabéticos. Deixam-se, de lado, as características individuais de cada um, sua história de vida, seu contexto sócio-econômico. O perigo é ver a doença, esquecendo-se de que, por trás de cada uma, existe um sujeito.

Não se teve a oportunidade de observar como esses trabalhos são realizados, se há ou não direito de trocas nos grupos ou se todos ouvem silenciosamente, como geralmente acontece nas palestras. Pode-se recorrer ao discurso analisado: “É tipo uma palestra. As pessoas ouvem o que o profissional fala”.(E 1). Nessa perspectiva, aquele que detém o saber fala e os demais o escutam silenciosamente. Postura típica do educador com visão da escola tradicional.

Deve-se lembrar, no entanto, que essa forma de atuação, ao oferecer respostas prontas, mobiliza, temporariamente, aqueles que escutam, mas não oferece mudanças efetivas de comportamento. Briceño-Leon (1996, p.9) argumenta: “Nadie puede cuidar la salud de outro, si éste no quiere hacerlo por si mesmo”. Para este autor, as pessoas devem agir, para garantir sua própria saúde, devem decidir

sobre seu destino, sobre sua saúde e risco de doença. Não é porque determinada população é pobre e analfabeta que deve aceitar a ação civilizadora e sanitária dos programas, sem questionar.

“La ignorancia nos es un hueco a ser llenado, sino um lleno a ser transformado” (BRICEÑO-LEON, 1996, p.12). Segundo o autor, há uma crença em que a ignorância é um vazio a ser preenchido, pois aquele que não sabe deveria sabê-lo. Daí a crença em que palestras iriam preencher o vazio dessas pessoas ignorantes. Salvá-las das doenças e do sofrimento.

A simples transmissão da informação pode significar pouco para o receptor. Para que um conhecimento seja significativo, ele deve ser reelaborado pelo indivíduo, que rearranja, então, seu repertório de conceitos e informações mediante os quais dá sentido aos acontecimentos e situações e orienta sua ação. Além dos aspectos cognitivos do indivíduo, fatores de ordem afetiva, familiar, social e religiosa influenciam na elaboração desse conhecimento.

O objetivo do ato educacional deve ser o de instrumentar cada indivíduo com conhecimentos básicos e ferramentas que lhe permitam buscar novos conhecimentos, a fim de que ele próprio seja capaz de escolher os caminhos a seguir. Não apenas pretender substituir alguns dogmas e regras que são considerados errados por outros julgados corretos.

Pereira (2002) descreve os quatro princípios que Delors atribui à educação. São eles: aprender a conhecer; aprender a fazer; aprender a viver juntos; aprender a ser.

Aprender a conhecer e aprender a fazer caminham juntos. Aprender a fazer não significa repetir, automática e repetidamente, algo, mas está-se falando de um fazer criativo e inovador.

No Programa de Saúde da Família, a educação em saúde é um instrumento que permite um novo fazer, assumindo a cultura popular como um saber que facilitará a intervenção sobre a saúde.

Competências como capacidade de se comunicar, de viver juntos, de trabalhar com e para os outros e de administrar e solucionar problemas ou conflitos, levam-nos à afirmação de que aprender a fazer deve ser introjetar os dados percebidos e assimilá-los de forma que possamos desenvolver atitudes de aceitação de inovações técnicas e intelectuais que nos devem levar a novas e diversas aprendizagens (PEREIRA, 2002, p. 30).

Só poderá aprender um novo fazer aquele que tem disponibilidade interna para aceitar essas transformações, abrindo-se a uma nova forma de solucionar impasses ao novo que se descortina.

Aprender a viver juntos num mundo onde se valoriza cada vez mais a individualidade é um desafio. Mas, para o estabelecimento de relações estáveis e eficazes entre as pessoas, é necessário esse aprendizado. Isso começa, partindo do conhecimento de si mesmo. Para o PSF, é fundamental o relacionamento interpessoal. Tanto dentro das equipes quanto com os usuários. Além do mais, é importante ajudar os usuários do programa a desenvolverem a característica de saberem viver juntos e de se conhecerem melhor.

Se se levarem em conta os padrões contemporâneos de Educação em Saúde, as Equipes de Saúde da Família estudadas ainda não atingiram, completamente, seu objetivo, mas caminham à procura de uma mudança de paradigma, de um atendimento mais humanizado.

No período de realização das entrevistas, aguardando um horário entre um atendimento e outro, que os profissionais realizavam, pôde-se constatar que existe um modo diferenciado de “fazer saúde” nesse espaço. Chamam as pessoas pelos nomes, há a preocupação de perguntar-lhes sobre os familiares, de saber como têm passado até o momento, do último encontro que tiveram. Aparece um tratamento mais amoroso, tanto por parte do profissional quanto do usuário, que, geralmente, não é percebido nos locais de atendimento público em saúde.

O estar junto com o outro, olhá-lo além da patologia que descreve, apoiá-lo nos momentos de dor, são funções da Equipe de Saúde da Família. Essa discussão será aprofundada na categoria a seguir.

#### **4.4 O Agente Comunitário de Saúde e a Construção da Rede Social**

Valla (1999) destaca que o apoio social pode realizar a prevenção e o cuidado por meio da solidariedade e do apoio mútuo, sendo que os Agentes Comunitários de Saúde estarão inclusos, para exercê-lo.

Assmann afirma que a solidariedade acontece, quando

[...] entram em jogo os ‘sentidos’, como a percepção empática do sofrimento e angústia do/as outros/as ... Quando somos capazes de nos permitir esta abertura ao/à outro/a, quando somos capazes dessa solidariedade solidária, podemos ouvir e conhecer histórias de vidas das pessoas que rompem com os nossos esquematismos preconcebidos ... como capazes de tentar entender as experiências vividas destas pessoas a partir do mundo e história delas ... Aprendemos que a vida das pessoas não pode ser interpretada a partir de fora ... Descobrimos que para conhecer a realidade complexa das vidas humanas e sociais o caminho não é a proposta cartesiana de ‘idéias claras e distintas’, mas a aproximação respeitosa e dialógica (apud PEREIRA, 2002, p.123).

Nessa perspectiva, o depoimento de um Agente Comunitário de Saúde vem exemplificar:

Quando eu cheguei aqui no PSF, deram um endereço aqui perto do posto que tinha uma mulher que era DM (deficiente mental). Chegava aqui no posto ninguém sabia o que ela queria, quando eu comecei a fazer visita na casa, a primeira pessoa que mais me aceitou foi ela. Aí vai, conversa vai, conversa vem, logo ela começou a me escutar. Ela não tinha as coisas porque morava sozinha, aí eu procurei uma assistente social, aqui não tinha, aí conversei pra fazer acompanhamento com ela (assistente social) no outro bairro. Antes ela fazia acompanhamento com a psiquiatra lá, mas ela tinha parado porque ela não sabia ir lá sozinha. Aí eu me propus a ir com ela. Tinha dia que a gente ia a pé, tinha dia que a gente ia de ônibus, mas ela não tinha condição de pagar ônibus. Ela ficava morrendo de vergonha, ela achava chato pra mim, que os outros ia falar por que eu tava com ela, andando com uma mulher doida no meio da rua. Eu falava: 'não tem problema, eu vou te levar e acabou'. Aí com poucas consultas a psiquiatra arrumou um atestado pra ela, encaminhou ela e ela conseguiu o encosto, o benefício de saúde. O primeiro dia que ela recebeu esse benefício ela contou pra rua inteira que ela tinha conseguido através da minha pessoa. Mas eu dei só uma força só, foi por intermédio dela. Daí, depois ela conseguiu aposentadoria. Hoje ela tem dinheiro, não precisa ficar mendigando, catando lixo na rua. Isso também me marcou muito, ela era uma pessoa que era desprezada na rua, ficava catando lixo e hoje ela tem sua dignidade. Ela melhorou muito depois que eu comecei a fazer visita na casa dela, inclusive muitas pessoas do posto falaram que o jeito dela mudou. Hoje ainda continuo a fazer visita na casa dela, como eu vou cobrar a medicação dela, ela melhorou 90% (E 4).

A usuária descrita foi nomeada como deficiente mental, mas, na verdade, era portadora de um transtorno psiquiátrico, era uma mulher sozinha, parecendo não pertencer a nenhuma rede social. A partir do momento em que um Agente Comunitário de Saúde se interessou pelo seu caso, deu-lhe voz, encaminhou-a para atendimentos psiquiátricos e acompanhou-a, pôde receber tratamento especializado e resgatar direitos de cidadania, que já não existiam mais. Foi montada uma rede de proteção por intermédio de vários profissionais da saúde pública, que lhe deram o direito de uma vida mais digna.

Nesse sentido, argumenta Sluzki e Steinmetz:

[...] *rede social pessoal* pode ser definida como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade. Essa rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui substancialmente para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para sua auto-imagem. Constitui uma das chaves centrais da experiência individual de identidade, bem-estar, competência e agenciamento ou autoria, incluindo os hábitos de cuidado da saúde e a capacidade de adaptação em uma crise (apud SLUZKI, 1997, p.41-42, grifo do autor).

A rede social inclui todas as pessoas com quem um indivíduo interage. Sluzki (1997) destaca as relações familiares, de amizade, de trabalho ou escolares, comunitárias, de serviço, tais como os serviços de saúde e o credo. Essas relações podem ser íntimas, quando se trata de amigos íntimos ou familiares próximos; intermediárias, são as amizades sociais e familiares intermediárias; e as relações ocasionais.

Interessa destacarem-se as funções da rede social, descritas por Sluzki (1997), como: *Companhia social*, que é o estar junto e o compartilhamento da rotina; *Apoio emocional*, que consiste em poder contar com o outro, com sua compreensão, empatia, com sua boa vontade; *Guia cognitivo e de conselhos*, que visa a esclarecer expectativas, proporcionar modelos de papéis, compartilhar informações; *Regulação social*, que são interações que reafirmam responsabilidades ou papéis; *Ajuda material e de serviços*, que inclui ajuda física e os serviços de saúde; *Acesso a novos contatos*, com a abertura de possibilidades para contatos com outras pessoas e redes que, até então, não faziam parte da rede social do indivíduo.

O Agente de Saúde da Família pode ajudar as pessoas atendidas a desenvolverem ou a reintegrarem uma rede social. Ele pode ser um dos elos dessa rede, oferecendo apoio emocional, companhia, ajuda material e de serviços, bem como acesso a novos contatos. O depoimento de E 4 acima e os que seguem abaixo são exemplos disso.

O Dr. tava atendendo, a encarregada do posto me chamou porque o Dr. queria falar comigo, cheguei lá ele disse: 'essa mulher tá passando mal e ela tá sozinha em casa e eu nem vou relar a mão nela ela tem que ir pra hospital. Ela não tem família, mora sozinha'. Daí eu falei que ia chamar a ambulância e ia acompanhar ela. Então sai daqui, era pertinho daqui a casa dela, mas nós gastamos trinta e cinco minutos porque ela não tava conseguindo andar, não conseguia falar, aí a ambulância chegou pegou nós e ficamos até o meio dia no hospital, viemos embora. Então naquele

dia eu tinha oito visitas planejadas na parte da manhã. Só que nenhuma das que eu tinha planejado ocorreu. Só que felizmente eu fiz aquilo, se ela já gostava de mim a partir daquele dia, nossa mãe do céu, ela ficou super feliz. Ela jamais imaginava que eu ia acompanhar ela no hospital. Isso é coisa que motiva a gente também. Tem coisa que acontece que marca a pessoa ( E 4).

Nós tivemos um caso na nossa micro-área, de um senhor que já é falecido, e ele era diabético, dependia de insulina, e ele ficava sozinho, dormia sozinho num quatinho na casa dele, e fumando ele sofreu queimadura na perna toda e a família não deixava a gente entrar pra fazer curativo, e um dia foi ver a perna dele apodreceu, ele ficou com a perna apodrecida. Aí ela deu chance da gente entrar, fazer o trabalho do PSF. Daí foi um trabalho de seis meses tanto que nosso trabalho dentro dessa residência, nós tiramos ele do quatinho, ele dormia no fundo, que era um quarto cheio de greta, abandonado. Eles colocaram ele pra dentro da casa, eles contrataram um cuidador. Eu fiz curativo nele durante seis meses e ele tinha que fazer um enxerto e não precisou fazer o enxerto ( E 11).

É a confiança que a gente passa pra eles. É a partir da confiança que a gente passa para eles, daí a gente consegue tirar deles tudo o que você quer, informação. Você consegue muita coisa, eles pegam confiança mesmo, porque eles sabem que você vem. Hoje a minha primeira visita demorou mais de meia hora, porque ela quis contar tudo o que aconteceu. Ela disse: 'eu vou te contar porque você merece saber, tudo o que se passa comigo, tudo o que se passou comigo, você precisa saber.' Então é confidencial mesmo. Não todos, né! Tem sempre aquela exceção, mas a maioria tem uma confiança que é tipo assim 'meu anjo da guarda'.

A gente tem que conquistar. Na primeira vez ficam meios ressabiados, não sabem se falam, mas aí vão vendo, o que conversa aqui o vizinho do lado nunca vai saber, do caso que ele te contou. Porque na hora de um nervoso, eles te falam alguma coisa, às vezes até se arrependem, só que eles vão ver com o decorrer do tempo que aquilo não saiu dali. O que ele se abriu com você, você procurou apenas ajudar. Trouxe o problema deles aqui pra dentro do núcleo, trouxe pra médica, pra enfermeira, e aqui nós resolvemos e voltamos pra lá. O vizinho não ficou sabendo, ninguém da rua ficou sabendo, e isso é muito importante.

Quando tem usuário de drogas, às vezes a gente demora pra tirar dele, uma confissão de que é usuário, só que a partir do momento que ele confia ele vem te procurar chorando, porque viu que eu ajudei o vizinho dele e ele viu que tudo o que eu pude fazer, que o vizinho tá se recuperando, às vezes a pessoa vem te procurar também pra contar: 'Olha eu nunca te falei mais comigo tá acontecendo isso e eu preciso da sua ajuda'. É só a partir do momento que eles pegam confiança mesmo na gente (E 9).

Toda dependência química implica numa dependência psicológica, que remete a indivíduos fragilizados, muitas vezes com vínculos familiares e sociais rompidos. O acolhimento de quem recebe a queixa, a garantia do sigilo, a oferta de visitas periódicas e um serviço de saúde de retaguarda aplacam a angústia de

serem rejeitados, porque dependentes químicos. É o começo de uma nova rede social saudável.

Indivíduos possuidores de uma rede social estável, ativa, confiável e sensível estão mais protegidos contra doenças, acrescenta Sluzki (1997). De igual forma, a presença de uma doença prolongada deteriora a qualidade da interação social a longo prazo, reduz seu tamanho e a possibilidade de acesso a sua rede social.

As reuniões e aulas de ginástica, que o Programa da Saúde da Família promove, são bons exemplos de locais onde a interação social poderá acontecer e nova trama da malha da rede social poderá ser tecida.

Tenho pressão alta, quase não saio de casa, mas sempre ia nas reunião do PSF, no salão paroquial, acho muito bom (Usuária 1).

Quando posso eu participo. Agora voltou a ginástica, eu participo. Acho bom porque a gente se acomoda, se não tiver atividade, a gente se acomoda e a gente faz amizade também (Usuária 9).

As visitas domiciliares são esperadas e descritas como momentos de contato interpessoal enriquecedores.

Acho bom quando a doutora conversa muito com a gente, ela explica. Eu tenho pressão alta e tomava remédio, só que a pressão subia. Agora eu sei que tenho que tomar todos dias. A gente aprende muita coisa com as agentes que passam em casa. Eu adoro elas (Usuário 9).

Gostava muito de uma agente de saúde que saiu, era ela que sempre estava na rua onde moro e era uma profissional excelente. Aprendi a dar os medicamentos corretos no horário para ter bom resultado e quais as propriedades que cada medicamento tem, seus efeitos e para que serve (Usuário 6).

Oferecendo ajuda material, serviços de saúde, compartilhando informações, o Agente Comunitário de Saúde vai cuidando do corpo, vai formando vínculos com o usuário e, aos poucos, passa a oferecer apoio emocional.



O vínculo que você consegue fazer com a população, você consegue mudar a história dela. Nós estamos aqui há quatro, cinco anos, nós já colhemos muitos frutos. Tem gente que vivia doente, que vivia em depressão, porque tinha o trabalho da saúde mental também, a gente via que era uma pessoa que não produzia e agora a gente vê que tá produzindo. Pessoas que se jogavam na cama e achavam que estavam doentes. Quando você conhece a vida deles você vai fechando o campo, você vai atendendo o paciente em todos os campos, você muda a vida dele (E 10).

Perceber o sujeito com sua história de vida, com suas peculiaridades, com seus recursos e limitações ajuda a delinear um novo modo de fazer saúde, É esta a proposta do PSF. Isso se faz com a formação educacional dos profissionais e a disponibilidade pessoal de cada um, para realizarem um trabalho com essas características. Uma forma de se fazer isso, segundo Valla (1999), é o Apoio Social. Sluzki (1997) trabalha com o tema de rede social e uma das funções dessa rede é oferecer apoio social.

Concorda-se com os autores e acredita-se que o Programa pode contribuir, ampliando a rede social dos usuários. Trabalhos de grupo, passeios, ginástica e caminhada são ocasiões, para pessoas, com uma rede social frágil, fortalecê-la e ampliá-la, criando novos laços sociais. Isso poderá colaborar com o aumento da imunidade do corpo, diminuindo as queixas somáticas. É um trabalho importante, que não pode ser quebrado, pois rompe os vínculos criados, atrapalha a formação da rede social.

Eles recebem muito bem, porque agora que ficou sem, a gente vê a cobrança do trabalho. Não tem mais o trabalho de grupo, não tem mais a ginástica, vocês não estão indo mais na minha casa! Eles sentem a diferença. A gente proporcionava pra eles momentos de lazer, não é só um trabalho médico, a gente trabalhava com essa parte de doença deles, mas a gente trabalhava com o psicológico. Eles se sentiam úteis. Nós temos trabalho de passeio com eles, atividades físicas, ginásticas duas vezes por semana, hoje não tá tendo. A gente tinha uma professora de educação física e o pessoal de fisioterapia lá da Unesp que vinha dar assessoria. Agora não tem mais. A gente tinha trabalho de passeio com eles na cidade da criança, levávamos eles pra conhecer algumas indústrias aqui de Prudente, trabalhava muito o emocional deles. A aceitação deles era muito boa. Tudo o que agente proporcionava pra eles, eles tinham participação (E 5).

Interromper um trabalho que, apesar das limitações que possui, está dando frutos é um desrespeito ao usuário e aos profissionais que se engajaram nessa luta. Todos perdem: população, profissionais, poder público e sociedade.

#### **4.5 Fazendo Parte da Rede Social do Outro**

Acolher o sofrimento do outro, sua forma de expressá-lo, suas dores e angústias não é tarefa fácil. Mobiliza aquele que acolhe, suas próprias angústias, podendo-se sentir impotente, frente a demandas que não lhe cabem atender.

Todos os problemas físicos, mentais e sociais de um território acabam, de certa forma, aparecendo na Equipe de Saúde da Família, já que o PSF se propõe a ser a porta de entrada para a assistência em saúde. Geralmente, a equipe é composta por profissionais da área das ciências biológicas, que lidam, melhor, com as questões do corpo. São treinados, para medicar, fazer curativo, diagnosticar, dar receitas, dar soluções para os problemas do corpo.

Quando receitar-se uma medicação não basta, quando oferecer-se o medicamento na unidade de saúde já não é suficiente para a adesão ao tratamento, quando falta algo, e não se sabe como lidar, aparece uma sensação de frustração e impotência frente a situações-limite, que não são “o contorno infranqueável onde terminam as possibilidades, mas a margem real onde começam todas as possibilidades”; não são “ a fronteira entre o ser e o nada, mas a fronteira entre o ser e o ser mais” (FREIRE apud PEREIRA, 2002, p. 122).

Essas situações, se não paralisarem as pessoas envolvidas, podem ser vistas como uma possibilidade de se buscar algo novo.

Teve um caso que a pessoa não me recebia muito bem. Aí chegou a época que ela precisou fazer um cintilografia, que é um exame muito caro pra se fazer e que graças a Deus a gente conseguiu marcar pra essa pessoa. Então ficou assim de um agradecimento imenso da parte deles para comigo, porque eles não acharam que o meu trabalho era esse de realmente querer ajudar. Infelizmente eles pensaram que o trabalho nosso era andar, conversar, bater papo, nada mais que isso. Então quando aconteceu esse caso eu nunca esqueço da alegria que foi pra eles que eu cheguei pra eles e disse: 'eu consegui o exame pro senhor, o senhor vai poder fazer e não vai pagar nada'.

[...] Tem pessoas que valoriza muito a conversa, a orientação, às vezes você vai e fala coisas que não é pra agradar, não tá agradando a eles, mas eles sabem que aquilo é pro bem deles. Mas outros não, só dão valor pra aquilo que a gente consegue pra eles. Infelizmente é assim (E 9).

Questões como estas se referem a encaminhamentos para outros serviços, o que é chamado, em saúde pública, de referência e contrareferência. Esses mecanismos devem estar funcionando bem, ou seja, deve haver serviços secundários e terciários, para encaminharem o paciente, quando este vier a precisar deles. Mas nem sempre isso acontece. A propósito Teixeira (2002, p. 242) argumenta:

Vai continuar predominando a visão da prática individualizada, sobrepondo-se a um trabalho de equipe, isto é, de uma política pública na qual a responsabilidade de 'conseguir um exame, uma vaga para internação', passa pela velha e conhecida tática do conhecimento pessoal, pela empatia ou outras prendas. E caso os profissionais não consigam o resultado tão perfeitamente calculado pelo nível central, via projeção, a responsabilidade tende a se concentrar na equipe, que é 'cobrada' pela população atendida, pela sociedade, pela mídia e, claro, pelo próprio governo. Reproduz-se, assim, a individualização da resposta satisfatória transferindo para o profissional de saúde esta responsabilidade, que despolitizado, 'assume a culpa' e tenta 'enlouquecido' ser 'competente'.

Assim, muitos profissionais incorporam a cobrança, angustiam-se, ficam preocupados com o que lhes é exigido, já que, muitas vezes, não podem dar conta da demanda.

Além de terem que lidar com problemas relacionados aos encaminhamentos necessários ao bom funcionamento do PSF, os profissionais se deparam com patologias que não envolvem apenas aspectos biológicos, mas

implicam em questões emocionais e socioeconômicas. Sentem-se impotentes frente a essas situações.

Às vezes as pessoas têm diabetes e têm que fazer aquela dieta deles, para a diabetes abaixar. Às vezes, eles não fazem, comem o que aparece, às vezes bebe bebida alcoólica, tudo isso a gente tá sempre falando: 'bebida com remédio não combina'. Tem uns que até falam assim: 'Eu vou morrer mesmo, eu não vou morrer com fome'.

Pra mim isso é ruim né, você fica decepcionada, você está sempre falando orientando e a pessoa fica assim. Tem uns de pressão alta, foi duro pra mim aqui. A gente marcou consulta com a doutora, veio e depois nunca mais apareceu. Ele simplesmente desapareceu porque ele bebe, prefere beber do que ... Eu conheço, eu vou na casa para ver o que foi, digo pra ele que não pode beber, mas ele continua bebendo e não toma remédio.

A gente tem que fazer as pessoas largar de beber, né? Mas geralmente muitos largam, tem pessoa que até não largou de beber, mas muitos acham que não vai fazer mal. Beber é complicado.

A gente entra nas casas e tem gente que tem tudo e tem gente que não tem nada...

É difícil, tem gente pobrezinha que nem tem o que comer, é chato, né...

A gente não pode fazer nada (E 1).

Essa funcionária derrama lágrimas ao final desta entrevista. Deparar-se com a falta do outro mobilizou, nela, suas faltas. E uma delas é a falta de preparo em lidar com essas situações. Culpa sua? Acredita-se que não. Como fazer alguém parar de beber, sem um trabalho em rede que lhe de respaldo para isso? Sem os serviços de referência e contrareferência funcionando adequadamente, sem uma equipe de saúde mental para atuar junto?

Para ilustrar como as questões socioeconômicas e relacionadas ao abuso de substâncias psicoativas mobilizam angústias nos Agentes Comunitários de Saúde, destacam-se os seguintes recortes nas entrevistas:

Fome, fome é uma coisa muito difícil. Porque você vê na televisão é uma coisa, mas você chegar numa casa tem um monte de criança pequena e mãe chega pra você e fala que faz três dias que as crianças estão só com chá e aí você vê sua casa que tem arroz, tem feijão, você tem suas coisas pra dormir, pra tudo, se você não tiver jogo de cintura, se você colocar aquilo na cabeça, você não agüenta. Depois que eu entrei foram várias pessoas que entraram e saíram, das que entraram comigo, hoje é pouca, várias ficaram doente, não agüentaram. Via essas coisas aí à noite não dormia, ia almoçar não almoçava, então precisou sair, porque você vê muitas coisas. Hoje pra você ver essas coisas não precisa sair fora da

cidade, você vê na televisão e fala, nossa! Mas dentro da cidade tem, aqui pertinho da gente (E 4).

Tem também a questão dos alcoólatras. Você fala, fala que não pode, que tem que parar, que você vai no dia seguinte, você encontra o cara na rua, às vezes, a mulher em casa e o homem na rua. O café da manhã dele já é a bebida. É um ponto negativo, que dói na gente, vê. Até pra mim isso é um ponto negativo. Dá a impressão que você não tá conseguindo atingir seu objetivo. É essa sensação, chega a me arrepiar, só de pensar. Tem um senhor na minha micro-área, que promete pra mim: 'Você não vai mais me encontrar desse jeito' Quando é no outro dia que eu saio na rua eu vejo ele caindo, é muito triste (E 9).

Nós fomos na casa de uma mulher diabética, com a diabetes lá em cima, ela só tinha na casa dela, batata doce e peixe que pegou no rio, lambari, só da pra fazer frito, aquilo é cheio de espinho! Como é que eu vou falar pra ela não comer? Se ela não comer ela vai comer o quê? Me fala, como que faz?

Tem outra que come polenta todo dia. Como vai abaixar a glicemia, eles não têm dinheiro pra comprar verdura, fruta e a gente vai lá conhecer a realidade do paciente.

A gente não pode fazer nada, porque eles não têm dinheiro, é uma questão social, né?

Me sinto impotente, né impotente! Porque já é uma questão social, já foge do nosso trabalho, como você vai falar pra pessoa que na casa dela tem batata doce pra ela não comer se ela não tem outra coisa. Inclusive essa paciente que come batata doce, ela nem sabia que era diabética e na época da manga, o filho dela trazia todo dia no final da tarde uma sacola de manga e ela comia. Chegou aqui, entrando em estado de coma, ela não sabia que era diabética, comia manga porque não tinha outro alimento.

E o pessoal que bebe, é um problema! A gente cuida, vai na casa, ensina, fala para não tomar remédio com bebida, mas eles tomam, não tem jeito. A gente fala para não comer certas coisas, mas eles falam que preferem morrer de barriga cheia (E 11).

Diante do sentimento de impotência que, muitas vezes, toma conta dos profissionais da saúde frente a situações que não sabem como resolver, Stotz (1993) adverte que esses profissionais não devem traçar planos para a mudança social. Não é esse seu papel. Afirma que os profissionais podem socializar seu saber, não somente explicando mas também fazendo com que os indivíduos examinem as bases sociais de sua vida e de seu trabalho, enquanto condição adversa à saúde, e que procurem identificar, na comunidade da qual fazem parte, o seu local de trabalho, a sua escola, o seu bairro, os problemas de saúde.

Essas atitudes ajudariam as pessoas a identificarem e a enfrentarem as condições prejudiciais à sua saúde e à da sua família, dando ferramentas aos atores sociais, para lutarem na busca de mudanças sociais.

A educação em saúde, participativa, baseada no diálogo horizontal, superando a verticalidade dos argumentos e das propostas poderá reforçar a confiança da população em si mesma, a partir de metas passíveis de serem conquistadas, fomentando a responsabilidade individual e coletiva.

Um dos grandes desafios que se coloca para quem trabalha na área não é a imediata implementação de ações educacionais relacionadas à saúde, e, sim, uma sólida preparação, para colocá-las em prática. E, para isso, é necessário que se reconheça a necessidade de competência, para enfrentá-la.

#### **4.6 Um Novo Modelo de Saúde?**

Implantar o PSF significa reorganizar o sistema de saúde do município, substituindo antigas diretrizes que valorizam o modelo hospitalocêntrico, introduzindo novos princípios, focando a promoção da saúde e a participação da comunidade. Pretende-se uma nova prática, um novo olhar, um novo reconhecimento. Todavia alguns profissionais relatam:

O PSF deveria ser mais divulgado, as pessoas não sabem. Você vai num lugar as pessoas ficam perguntando o que é isso, o que é aquilo. As pessoas precisam saber mais sobre o PSF. Porque é uma coisa muito boa. Você chega num hospital com um doente, as pessoas perguntam o que é isso, PSF. O PSF precisa ser bem divulgado porque é muito bom, é bom demais (E 4).

Esse funcionário queixa-se de que a comunidade não sabe o que é PSF, como funciona, qual sua filosofia. Mas uma mudança de paradigma em saúde não somente depende da percepção da população. Ela percebe aquilo que vê ou

aquilo que está próximo a ela. O Ministério da Saúde (2001) alerta que a implantação de equipes isoladas que não cobrem 100% das áreas consideradas prioritárias tende a ter baixo impacto e pouca eficácia. Daí o desconhecimento da população.

Falta conscientização da população, quanto o que é o PSF. Nosso trabalho é muito bonito, que funciona, pelo menos o nosso funciona, dentro da cidade, o que mais funciona é o nosso. Além desse espaço físico minúsculo, o nosso anda.

A população muitas vezes não tem consciência do que é PSF. Eles acham que a gente é igual ao posto de saúde, mesmo a gente orientando, tem gente que não entende.

Por exemplo, o PSF atua como prevenção, eles acham que por o médico estar aqui o dia todo, que ele tem que estar aqui só atendendo consulta, mas não é esse o objetivo do programa. Só que depende do gestor que está acima para pode fazer tudo certinho. Mas nosso prefeito quer que a gente fique atendendo, atendendo, atendendo, mais não é esse o objetivo do PSF. Nós estamos tentando conscientizar a população disso, mas muitas vezes eles não aceitam. Eles querem consulta. O grupo já atua como prevenção. Se você tá fazendo grupo com diabéticos, hipertensos, crianças, você não concorda que a gente já assumiu grande parte da população?

O grupo já trabalha com isso, e além disso, a médica ainda vai lá e consulta (E 13).

Neste relato, observa-se o conflito entre atender a demanda por consulta, exigida pela população e pelo gestor, e atender aos princípios do PSF. Albuquerque e Stotz (2004) alertam que a falta de apoio, expressa em políticas ou atitudes políticas, como a de cobrar-se uma produtividade em consultas, que dificulta a disponibilidade de tempo para as atividades educativas ou, mesmo, a não viabilização das condições mínimas para essas atividades, como espaço físico e equipamentos, prejudicam a consolidação de um campo da educação popular em saúde, contrariando, assim, a própria concepção do trabalho.

Reportando-se à auditoria que o Tribunal de Contas da União realizou em alguns PSFs do nordeste e encontrou falhas, citada nesse estudo, ver-se-á que o TCU recomendou ao Ministério da Saúde que desenvolvesse ações educativas de reforço da filosofia do PSF junto às equipes, com ênfase na supressão da marcação

de consultas, mediante fichas, e com ampla divulgação de práticas voltadas à promoção da saúde, divulgando, também, o papel do Agente Comunitário de Saúde junto à população.

Por outro lado, o país vive uma crise no setor de saúde. Com o aumento das mensalidades dos planos de saúde, muitos usuários são lançados ao Sistema Único de Saúde, aumentando a demanda para as Unidades Básicas de Saúde e Unidade de Saúde da Família, que necessitam de atendimento curativo, e não somente preventivo. Por isso, vêm-se depoimentos como o desse usuário, que enumerou itens que precisam melhorar, segundo sua avaliação, e que sintetiza outras queixas ouvidas.

- 1º Que melhore mais o atendimento das pessoas mais carentes;
- 2º Não haver agendamento de consultas por períodos muito longo, consulta de imediato.;
- 3º Contratar mais profissionais, como médicos, enfermeiras, etc.;
- 4º Não deixar faltar medicamentos para a população, porque na verdade está faltando;
- 5º Que a população não levante de madrugada para marcar consulta (Usuário 3).

O usuário abaixo reforça os lamentos e pedidos de não faltarem médicos nem medicação.

Pra mim o PSF não tá grande coisa não. A gente vem aqui, a consulta é demorada, às vezes, não tem remédio, duas vezes eu vim e não tinha remédio (Usuária 10).

Percebe-se que há uma grande demanda por mais consultas, remédios, mais profissionais. Desejam ser ouvidos, vistos, cuidados, reclamam por atenção primária em saúde, que pode ser pensada em atenção a sua saúde ou, quem sabe, a sua existência enquanto sujeitos no mundo. São queixas legítimas de uma população adoecida, que precisa de cuidados, porque a saúde não depende somente de medidas adotadas na área da saúde pública, é o resultado de



[...] um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, condições adequadas de trabalho e renda, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde (BUSS, 2002, p. 52).

A saúde da população está relacionada com o aspecto social e econômico do País. A lei nº 8.080 (19/09/1990) trata disso no seu artigo 3º:

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

Um país com grandes problemas sociais e econômicos, como o Brasil, com concentração de renda nas mãos de poucos privilegiados, enquanto a maioria sobrevive com renda mensal irrisória, terá, conseqüentemente, mais problemas de saúde. Pesquisa do IBGE revelou que doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, câncer, problemas de coluna e reumatismo, cardiopatias atingem quase um terço da população brasileira, ou seja, 52,6 milhões em 2003. Apenas um em cada quatro brasileiros possui plano de saúde, sendo que a maioria da população busca atendimento em postos de saúde.

De acordo com Luzio (1999, p.29), “o ser humano adocece em relação a si mesmo, em relação à sociedade, em relação com o sentido global da vida. Não é possível uma existência sem dor e sem morte”.

Tanto a doença quanto a morte fazem parte da vida, isso não pode ser negado. Aqueles que sofrem buscam alívio para seu sofrimento e esperam encontrá-lo, seja da forma como for. Daí a necessidade de se cuidar de quem adocece, daí a cobrança da população.

Pedrosa (2003) aponta que, se se desejar cumprir um dos princípios do SUS, que é a integralidade, não se poderá ter, por um momento, ações de promoção e, em outros, ações assistenciais, porque a vida não pode ser compartimentada. Critica essa postura de se pensar em modelos ora centrados na doença ou na promoção da saúde, já que engessam o sofrimento humano de acordo com os referenciais teóricos e as tecnologias de cada um. Cuidar dos que sofrem é formular políticas públicas participativas, inclusivas e solidárias. O SUS e o PSF vêm atender essa premissa, porém constata-se que muitas formulações permanecem em instâncias teóricas, levando um tempo considerável para a transformação pretendida.

Um dos aspectos enfatizados no trabalho do Programa de Saúde da Família é o labor multidisciplinar em equipe. Todavia sabe-se que isso não é coisa simples. Equipe não é apenas a reunião de profissionais diferentes no mesmo espaço físico. Só há equipe onde há espaço para diálogos e trocas, onde a verticalização das relações abre espaço para relações horizontais, onde todos têm seu papel a cumprir e de igual importância para o bom desempenho da equipe.

Nosso trabalho aqui é muito bom, temos uma equipe interdisciplinar gostosa, a gente não tem esse negócio de hierarquia. Na sexta feira nós temos uma reunião, onde a gente senta, conversa, lava roupa suja, expõe o que tá sentindo. Então é isso que ajuda a gente trabalhar bem (E 13).

Faço reunião toda sexta feira, independente se precisa de reunião já faço, não espero chegar sexta-feira. Todos os dias eles expõem o trabalho deles, mostram, corrijo, eles vão passando os casos (E 12).

Eu acho que a união da equipe é muito boa. Aqui tem união, com a doutora, com a enfermeira, com os agentes. Eu acho isso bom mesmo. Quando a gente faz nossas reuniões a gente faz com todo mundo junto. Quando tem palestra, nunca é fulano faz lá e outro faz para lá. A gente convida toda população de todos as micro-áreas e reúne todo mundo junto, não pode ter diferença, senão, não é PSF. PSF tem que ter união (E 1).

Na equipe multidisciplinar estudada, estão inseridos médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde, que são a equipe mínima proposta pelo Ministério da Saúde para o Programa da Saúde da Família. Não há qualquer profissional da área das ciências humanas. É uma equipe multidisciplinar, mas com a mesma perspectiva no olhar, ou seja, biologizante.

As ciências biológicas foram consideradas, através dos séculos, as ciências da saúde, pesquisam e concluem sobre doenças e fundamentam as práticas profissionais que visam à cura ou ao restabelecimento da saúde, dando origem às práticas sanitárias, que vão medicalizar os espaços sociais. Com a entrada das ciências humanas, aparecem outras leituras sobre a saúde e o adoecer.

Existem propostas para as profissões da área da saúde, a fim de que haja, em seus currículos, disciplinas que vislumbrem enfoques sociais, já que é desejado que o profissional da Equipe de Saúde da Família precisa utilizar-se de uma prática humanizada e competente, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

Luzio (1999) descreve o trabalho em saúde como um ato vivo e insubstituível, fundamentado nas relações entre os usuários e os trabalhadores. Acredita que o trabalhador, ao se autogerir no modo de fazer a assistência, poderá determinar o perfil de determinado modelo assistencial, podendo ser um dispositivo de mudanças de processos instituintes frente à organização de serviços de saúde.

Assim a construção de novos modelos assistenciais exige também a construção de uma nova consciência sanitária e a adesão dos trabalhadores da saúde ao novo projeto. Esse novo projeto pressupõe desfocar o centro da assistência da produção de consultas e de procedimentos e priorizar o tratamento do sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa recuperar a importância das ações de acolhimento e de vínculo com os usuários,

centradas nas suas necessidades e comprometidas com a busca do cuidado a saúde e da cura, além da defesa da vida individual e coletiva (MERTHY apud LUZIO, 1999. p.19).

Para se trabalhar no PSF, é necessária essa nova consciência de fazer saúde, é tentar compreender o sofrimento do usuário, levando em conta os fatores disposicionais e históricos, como as condições de vida atuais. É importante conhecerem-se os vínculos interpessoais do grupo primário do sujeito, da família, bem como as suas condições sócio-culturais, como sua moradia, seu trabalho, cultura, preconceitos, crenças, tensões no grupo social, para que isso possa contribuir para o estabelecimento de um cuidado e tratamento mais eficaz.

O trabalho em equipe, no PSF, significa que todos os integrantes devam ter esse mesmo olhar, rompendo com a visão naturalista de saúde/doença, deixando de pensar a doença apenas pelos seus sintomas e etiologias, mas passando a abordá-la em suas relações com a cultura, com as classes sociais, com os sistemas políticos. É romper com o poder médico de um poder quase messiânico. E isso desestabiliza.

Por isso, ter um espaço para falar o que está sentindo, “lavar roupa suja”, (E 13) é poder contar com o companheirismo daqueles que vivem os mesmos dilemas e conflitos, impotências, dúvidas e certezas. Não é apenas falar o que pensa, explodir com o outro, realizar uma catarse de sentimentos; é mais do que isso, é importar-se com o colega, é acolher, é sugerir, é construir, juntos, uma nova prática. O trabalho em equipe é um exercício diário, é dar voz e vez a todos. É saber ouvir, saber falar e saber calar, quando necessário.

Trabalhar em equipe, no PSF, requer muita vontade e determinação, representa fazer dos objetivos do programa os objetivos de cada integrante. Significa entender a filosofia do trabalho e cada um incorporá-la como “sua filosofia”;

significa perceber, apesar das dificuldades encontradas, resultados de um trabalho bem feito. E é isso que está descrito abaixo:

Eu acho que PSF veio pra ficar e vai ser muito bom. Quando começa falar que o PSF vai sair, o pessoal que vem tal, falam. O pessoal vem correndo e fala: 'Ai vai fechar, não pode, o que vai ser de nós, nós sem vocês não somos nada, foi tão bom depois que abriu.' A vila tava uma situação quando abriu área lá... Mas melhorou tanto! Precisa de ver! Está uma beleza, hoje as pessoas doentes estão bem. Eu acho que PSF é trabalho mesmo (E 12).

PSF quanto mais tiver na cidade, melhor é. Não só na cidade, mas no Brasil, porque o pessoal necessita. Os carentes necessitam muito dessa atenção e principalmente por causa da prevenção. Na rua você descobre muita coisa, que os médicos aqui dentro não vão descobrir. Na rua, dia-a-dia, você descobre muita coisa que você pode ajudar. Deveria ter PSF em todos os lugares. Mas com intenção de trabalhar e levar a sério e de realmente ajudar, infelizmente não são todos que tem essa idéia, muitos querem o emprego e ficam dentro do núcleo (E 9).

É maravilhoso trabalhar no PSF. Você tem um vínculo com a população que você atende. A vovozinha da família, as crianças da família, a gestante da família, você sabe como aquela família vive. Em vez de você trabalhar na UBS que a pessoa entra, ela é só aquela dor, é só a medicação para dor. Aqui não, a gente entende como a pessoa vive. (E 10).

Por meio desses depoimentos, pode-se perceber que a equipe, apesar do viés biologizante, começa a olhar o sujeito de sua ação não apenas como “aquela dor” (E 10), porque o “como aquela família vive” (E 10) é levado em consideração. A frase “na rua você descobre muita coisa que aqui dentro o médico não vai descobrir” (E 9) pode ser entendida como: saindo, pelas ruas, pode-se conhecer a moradia, a alimentação, os hábitos, costumes, valores, comportamentos da família que jamais seriam conhecidos, se ninguém entrasse dentro daquela casa. Entrando no domicílio, pode-se ver e ouvir coisas que não seriam ditas nem vistas em outro lugar; pode-se entender por que determinado quadro clínico não evolui como o esperado, já que as medicações e orientações foram prescritas.

A inserção definitiva, e não apenas provisória, de um profissional da área das ciências humanas poderia renovar e ampliar esse olhar, agregando valor às práticas do PSF.

Traduzir as queixas, ouvir, entender o que se pede é um desafio para aqueles que se propõem a construir um novo modelo de atenção em saúde pública, de modo que todos os atores precisam estar realmente envolvidos com esse novo olhar, para se possa assegurar que está havendo uma mudança de modelo em saúde. Será que isso se dá instantaneamente? Com a simples mudança de nome, de Unidade Básica de Saúde à Unidade de Saúde da Família? Ou, como visto, para a construção de uma nova consciência sanitária, é necessário compromisso e envolvimento daqueles que se dispõem a trabalhar nesse modelo e formação educacional específica de todos os atores envolvidos?

#### **4.7 O Programa Saúde da Família Sob o Olhar de Seus Profissionais e Usuários**

Nessa categoria, pode-se verificar como os profissionais e usuários estão avaliando o Programa de Saúde da Família. Para que isso fosse possível, os profissionais foram convidados a descreverem os aspectos positivos e negativos do programa. Já os usuários, foram convidados a indicarem os aspectos positivos do atendimento recebido no PSF e a opinarem sobre aspectos que precisam ser melhorados. Tem-se que levar em consideração o momento em que as entrevistas ocorreram, momento esse de muita angústia e frustração, com a interrupção dos contratos, com a descontinuidade de um trabalho em que acreditam e gostam de realizar. Para alguns profissionais e usuários, a entrevista foi um momento de

falarem aquilo que não mais podiam calar. Que essas falas sirvam de reflexão para a continuidade e crescimento do trabalho.

Como pontos positivos, encontraram-se as seguintes respostas:

A união da equipe é muito bom. PSF tem que ter união (E 1).

O vínculo que você consegue fazer com a população e você consegue mudar a história dela (E 10).

Eu acredito que o bom do trabalho é a prevenção. Porque a partir do momento que você trabalha com a prevenção você já diminui o índice de doenças e até de internações, tudo isso daí. A partir do momento que a população se conscientiza que a melhor maneira de tá se ajudando é se prevenindo. O PSF trabalha nesse aspecto. O objetivo é proporcionar à população que antes que ela fique doente que ela já esteja se cuidando (E 5).

É um trabalho que dá resultado, nós temos hipertensos e diabéticos, eles estão todos controlados. Um ponto positivo é que evita o internamento, tem paciente que vamos cuidar no domicílio, não precisa ficar internado, fica no domicílio, evita de ficar no hospital, pegar outra infecção e ser pior. E... a população fica esclarecida, a população fica educada, eles tem educação, a gente passa vídeos e filmes, a população é mais educada. Tem mais conhecimento de saúde (E 11).

É preventivo e curativo. Porque suponhamos: uma pessoa hipertensa, nós vamos cuidar dela na prevenção. Suponhamos que ela já seja uma pessoa hipertensa, nós vamos prevenir pra ela não chegar num derrame, num infarto, pra ela não ser acamada. Se ela for acamada, vai criar escaras. O que nós estamos evitando com isso, escaras de decúbito, estamos prevenindo pra ela não chegar a esse ponto. Então é preventivo, não só de hipertenso, mas de todo tipo de doença. Não só de adulto, mas de zero ano até... a idade que ele tiver (E 12).

Acompanhamento mais de perto dos pacientes, nós conhecemos as famílias, a gente tem uma visão mais da família. Então se vem um paciente aqui, a gente já tá acompanhando a família, a gente já sabe tudo o que tá acontecendo com aquela família. Então a gente já tem uma visão geral. Se tiver alguma doença mais grave, a gente já notifica. O controle de doenças, a prevenção. Hipertensão, diabetes, doenças transmissíveis, instrui as mulheres quanto ao uso de contraceptivo. Então tem tudo isso, tudo isso são pontos positivos (E 13).

Você passa a ter um vínculo com os moradores, você tem que demonstrar e provar quem é você pra ele pode acreditar em você. Isso é muito importante. O trabalho em grupo, é um ponto positivo, um bom atendimento da unidade, é um ponto positivo, uma boa médica, uma boa enfermeira, uma boa equipe, igual a que temos é um ponto positivo (E 8).

Tem vários pontos positivos. A maioria eu creio. Na minha micro-área tem tido resultado positivo. Tudo o que a gente vai ali, batalha, pede pra fazer, eles fazem. A não ser com eu tô te dizendo, deixei de ir e deixaram de participar. Mas a participação em tudo o que a gente convida é um ponto positivo. Você orienta: “não pode comer o sal”, quando chega na casa outro dia você vê que o saleiro não tá mais ali. Cada coisa que eu oriento e na próxima visita eu vejo que eles estão seguindo, aquilo que eu orientei, é um ponto positivo (E 9).

Como pontos positivos, encontra-se o trabalho em equipe, para resolução dos problemas encontrados; o vínculo que essa nova forma de se pensar a saúde propicia em relação à população, possibilitando um acompanhamento mais próximo e humano; o trabalho preventivo, e não só o curativo, que pode, entre outras coisas, reduzir o número de internações, melhorando a qualidade de vida daquele que adoece e diminuir, assim, o gasto em saúde pública. A maioria dos profissionais citou o trabalho de orientação e em educação em saúde como aspectos relevantes do programa.

Entretanto, quando se tenta construir um novo modo de fazer saúde, com os recursos disponíveis, dificuldades também são percebidas. Quando se investiga os aspectos negativos do programa, encontram-se as seguintes respostas:

Um ponto negativo porque às vezes o agente estando aqui ele fica, por exemplo, um ano, aí eles mandam embora, quebra o vínculo e aí vem outro e começa tudo de novo (E 1).

Eu acho que o ponto negativo é que as pessoas que fazem política de saúde não estão diretamente ligadas à população. Porque quem sabe como nós o que a população necessita, o que o programa necessita pra acontecer, somos nós que estamos na linha de frente (E 11).

Pra nós aqui no sentido de equipe, uma das coisas que é negativo, que tá atrapalhando, é local pra se trabalhar. O espaço físico que nós temos é muito precário. O que falta pra gente é tanto essa parte mais administrativa, porque nós não temos espaço adequado. Nós temos falta de material pra trabalhar, uniformes. Pra mim nessa parte aí é negativa. Apesar que a coordenadora tá buscando outro espaço pra gente se mudar, mas isso já era pra ter visto há muito tempo. O espaço que você tem não dá pra fazer um bom trabalho. Nós não temos arquivo pra guardar o prontuário dos pacientes, nós não temos material pra trabalhar, local adequado, até a própria população não tem um local pra aguardar, só aquele coberto ali. Se dá uma chuva muito forte, até eles ficam



prejudicados, fica todo mundo amontoado, aquele monte de gente, não tem uma sala de espera, tomar uma água, ir ao banheiro (E 5).

Tem a politicagem que existe dentro do PSF. Eles não respeitam os princípios básicos do programa, eles atropelam. É o interesse dos políticos, não os interesses do programa, das normas que tem lá no ministério (E 11).

Negativo, do PSF, negativo não. PSF quem faz é o povo. Negativo o PSF em si não é. Negativo seria quem tá trabalhando e não corresponder ao programa (E 12).

O único ponto negativo aqui é o espaço físico, porque a gente não tem onde trabalhar. Você vê que aqui é minúsculo, isso pra nós é um ponto negativo. A interrupção dos contratos também é difícil, acaba interrompendo os trabalhos. Nós tivemos essa interrupção no contrato que prejudicou os trabalhos, os atendimentos aos pacientes, isso foi em todos os PSFs (E 13).

Espaço nós não temos pra trabalhar aqui. É muito papel, é muita cobrança em cima de nós e nós não temos espaço. O que nós mais reivindica, nós mais reclama é o espaço (E 8).

Tem também que é a questão dos alcoólatras. Você fala, fala, fala, que não pode, que tem que parar, que você vai no dia seguinte, você encontra o cara na rua, às vezes a mulher em casa e o homem na rua. O café da manhã dele já é a bebida. É um ponto negativo, que dói na gente, vê. Até pra mim isso é um ponto negativo. Dá a impressão que você não tá conseguindo atingir seu objetivo. É essa sensação, chega a me arrepiar, só de pensar (E 9).

Um dos aspectos mais lembrados pelos entrevistados, nesse quesito, foi o espaço físico insuficiente. Na época em que ocorreram as entrevistas, uma das equipes localizava-se em dois cômodos apertados, nos fundos de uma Unidade Básica de Saúde. Havia apenas um consultório e uma sala pequena, que poderia ser descrita como recepção, fichário, depósito, escritório etc. Os usuários esperavam do lado de fora, para serem atendidos, sem abrigo contra sol ou a chuva. Após o término da coleta de dados, teve-se o conhecimento de que essa Unidade de Saúde da Família se mudou para uma casa nas proximidades, com melhor estrutura física.

Outros aspectos listados foram: interrupção do contrato temporário, com quebra de vínculos entre o usuário e o profissional; capacitação insuficiente em

áreas, como a saúde mental exemplificada na fala de E 9, quanto ao manejo dos alcoólatras, gerando sentimento de impotência no profissional; falta de conhecimento da realidade social da população por parte daqueles que planejam políticas públicas e comportamento chamado por alguns entrevistados como “politicagem”, quanto ao uso eleitoreiro do PSF.

Quanto à forma de contratação dos funcionários, pode-se recorrer às questões discutidas por Teixeira (2002). Ele questiona se o PSF, ao não promover concurso público, visando à seleção de suas equipes, para a execução de uma política administrada pelos cofres públicos, não correria o risco de favorecer as relações de apadrinhamento, clientelismo e subordinação, presentes na cultura nacional.

Bettioli (2003), em sua pesquisa, abordou o uso político do Programa, descrevendo que o mesmo serviu como pilar político nas campanhas eleitorais, tanto no âmbito municipal quanto no nacional. Pode-se relacionar esse aspecto com o depoimento que segue abaixo:

O PSF tá péssimo. Porque ele fugiu da filosofia dele. Era um programa que vinha pra mudar e ele não tá conseguindo caminhar. A gente não tá vendo essa mudança. A gente vê resultados, mas aquela mudança, que tinha que ser diferente da UBS... Daqui um tempo vai virar UBS de novo.

Entrevistadora: E isso se deve a quê?

Da política, da administração. Não em si, dessa. Qualquer administração que entrar, vai ter o PSF como um... uma politicagem, uma coisa eleitoreira. É isso aí... (E 11)

Por “politicagem”, pode-se entender as dissimulações, as indulgências, as trocas de favores que algumas pessoas utilizam para a manutenção de seu poder político. Os interesses pessoais parecem sobrepujar os interesses gerais. Dessa forma, os interesses dos cidadãos não são levados em conta e programas que vêm, com o intuito de mudar a forma de se fazer saúde, não cumprem seu papel.

Quanto à avaliação do usuário, apesar das críticas, dos pedidos de mais médicos e mais remédios, pode-se afirmar que reconhecem a importância do trabalho e verbalizam sua importância. Alguns valorizam o acesso mais fácil a consultas e a exames, outros descrevem o vínculo com o Agente e o que aprenderam.

Vejam-se os aspectos, segundo os usuários ouvidos, que devem ser melhorados nos atendimentos do PSF.

Antes não era assim, mas agora tá difícil marcar consulta, tem que ir de madrugada. Tem um homem perto de casa que fez uma cirurgia e tem lá um buraco na barriga. Eles não tão indo lá fazer curativo, não. Acho que é porque parou os agentes, então ele compra material e meu marido que estuda auxiliar de enfermagem, que faz o curativo pra ele. Já foi melhor o PSF (Usuário 2).

Informatização das unidades porque existe grande dificuldade da equipe quanto a cadastros e outros fatores burocráticos. Maior número de vagas para consulta porque é muito limitada e com pouca informação, e um atendimento domiciliar exclusivo para pacientes prostrados (Usuário 4).

Antes não, hoje sim. Porque tiraram as pessoas que faziam visitas nas casas (Usuário 5).

Muitos. Não por culpa de quem está atendendo, mas mudou muito. Nem sempre que precisamos somos atendidos como antes. Exemplo: onde eu moro existe uma senhora de 96 anos que precisa de atendimento especial e também minha sogra que é diabética e tem problema de pressão e não temos mais aquele atendimento como antes, que sempre elas estavam aqui para atendê-los (Usuário 6).

O governo deveria dar um jeito que o atendimento fosse quando a gente precisa (Usuário 7).

O que eu acho que precisa é de mais médicos. O atendimento é muito lento, pra uma médica só é muita gente. Já teve vez de ficar de madrugada para marcar consulta, e se a pessoa tá doente fica mais doente. Já teve vez de ficar na chuva doente. Essa de ficar na fila de madrugada não cola não. Outra coisa ruim é remédio que tá faltando. Isso é péssimo. Falta remédio no posto (Usuário 8).

Acho que precisa ter mais consultas. É uma vez por mês, se a gente fica doente em outro dia não tem médico, precisa procurar outro lugar (Usuário 9).

Precisa ter mais médicos pra clínica mesmo. É muito demorado pra marcar as consultas, marca com um mês, demora muito (Usuário 10).

Nota-se que a população clama por mais consultas e atendimentos mais rápidos, porque está adoecida, e não tem a quem recorrer. Não suportam ficar na fila, de madrugada, e, algumas vezes, sob a chuva, como afirma o usuário 8. São dilemas que a população brasileira enfrenta no dia-a-dia e que se repetem, inclusive, neste município. Não se pode simplesmente conformar-se com isso e dizer a célebre frase: “é assim mesmo”, mas dar voz e ressonância a queixas legítimas.

Percebem a quebra da continuidade do trabalho e efetuam críticas a respeito, um verdadeiro desabafo a quem dedicou alguns minutos a escutá-los. Um usuário ressentido demonstra sua insatisfação e considera a interrupção do programa: “Péssimo! Porque, afinal, somos seres humanos, e não animais!” (Usuário 5). Sim, são seres humanos e, por isso, merecem toda consideração e humanização previstas nas ações do Programa Saúde da Família.

Como se afirmou acima, os usuários também enxergaram aspectos relevantes no PSF, dignos de serem reproduzidos aqui e encher de orgulho seus criadores.

O PSF é bom porque eles vão em casa, marcam consulta pra gente, exames... É a moça que vai atrás de mim pra marcar preventivo, senão não faço não, não dá tempo (Usuária 2).

Apesar da precariedade é um programa que facilita muito a vida dos moradores do bairro, pois agiliza exames, encaminhamentos e consultas, apesar das vagas serem escassas (Usuário 4).

Aprendi a cuidar mais da minha saúde, por exemplo: sempre fazer preventivo (Usuário 5).

Aprendi muito, por exemplo, a dar os medicamentos corretos no horário para ter um bom resultado e quais as propriedades que cada medicamento tem seus efeitos e para que serve (Usuário 6).

Pra mim o PSF é ótimo. Eles atendem bem, na medida do possível, que eles podem. Mas eu tô satisfeita (Usuário 7).

A agente de saúde é uma ótima funcionária, ela atende muito bem. Ela sempre vai na minha casa pergunta com está, trata a gente com carinho. Tem uma atenção muito grande. Ela passa orientando sobre a dengue, como fazer pra evitar o mosquito. Ela fala tanta coisa pra gente! Fala também da pressão que não pode parar de tomar o remédio (Usuário 8).

A gente que tem pressão alta não sabia muita coisa, então aprendi a me cuidar, que não pode comer as coisas com gordura, sal, tem que fazer caminhada. Quem ensinou foi a médica, a enfermeira, a agente. Eu tenho pressão alta e só tomava remédio quando a pressão subia, agora sei que tenho que tomar remédio todo dia. A gente aprende coisas também com as agentes que passam em casa ( Usuário 9).

Como se viu, há uma apreciação positiva dos usuários do PSF. Eles percebem suas limitações, criticam a interrupção, mas visualizam que o atendimento é mais humanizado. Ficam satisfeitos, ao receberem a visita do agente comunitário; gostam de receber informações sobre como cuidar da sua saúde e da sua família. Sentem-se valorizados e satisfeitos, quando um profissional de saúde se interessa por eles.

Os profissionais percebem a importância das intervenções educativas e preventivas no PSF e alguns usuários demonstram que mudaram seu comportamento após as suas visitas e orientações. Têm-se os exemplos das Usuárias 2 e 5, que não faziam exames preventivos (papanicolau), por falta de tempo ou por não cuidarem da saúde. O Usuário 9 não se medicava corretamente, mesmo sabendo que era hipertenso, mas apenas quando sabia que sua pressão arterial estava elevada. O Usuário 6 não sabia que a medicação deveria ser utilizada nos horários corretos e na dosagem prescrita. São informações simples, mas que fazem a diferença no sucesso ou fracasso do tratamento.

Entrar em uma casa, chamar a pessoa pelo seu nome, ouvir suas queixas, mostrar-se interessado por ela e por sua história, dar apoio nos momentos

necessários, favorece a construção de vínculos, facilitando o trabalho educativo do PSF, porquanto aquele que ouve também pode ser ouvido.

O Programa de Saúde da Família é um programa que veio para ficar. Está sendo implantado no Brasil como uma importante estratégia para a reordenação da atenção em saúde, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas. O viés utilizado para as ações ainda é o biológico, já que é esse o modelo dos profissionais nele inseridos. No município de Presidente Prudente, a implantação do modelo encontra-se, até a data de coletas de dados, estacionada em dez equipes. Os motivos oficiais, pelos quais esse modelo de atenção não avança no município, escaparam ao alcance dessa pesquisa. Sobraram apenas algumas pistas reveladas por uma pequena amostra de sujeitos estudados, razão por que, não se pode generalizar e promover juízo de valor a esse respeito.

Se existem aspectos que podem ser melhorados, como os apresentados por usuários e profissionais, existem, igualmente, aspectos que estão dando certo, que deverão ser divulgados.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou discorrer sobre a interconexão entre educação e saúde, enfocando as ações dos Agentes Comunitários de Saúde do Programa de Saúde da Família de Presidente Prudente.

O discurso oficial referente ao Programa apregoa que é uma nova forma de se produzirem serviços de saúde para o setor público de forma descentralizada, priorizando o atendimento integral à saúde. Senna (2002), Teixeira (2002) e Bettioli (2003) lembram que o Programa emerge num contexto de racionalização de gastos em saúde, decorrentes dos ditames do Banco Mundial e FMI, que viam o modelo hospitalocêntrico como uma medicina de alto custo e de pouca resolutividade.

Analisando os documentos, bibliografia e entrevistas realizadas, pode-se perceber que se trata de um modelo de atendimento mais humanizado, que propõe enxergar-se o interlocutor como sujeito, e não apenas como objeto.

No entanto, das premissas do Programa às práticas possíveis, há uma grande distância que os separa. O uso político do PSF, o descompromisso em fazer valer as mudanças apregoadas pelo Ministério da Saúde, que predispõe às interrupções do programa, prejudicam o município, os usuários e os profissionais envolvidos. Nessa equação, todos perdem.

No município de Presidente Prudente, ainda não aconteceu, efetivamente, essa mudança de modelo de atenção primária em saúde preconizada pelo Ministério da Saúde. Há modestas dez Equipes de Saúde da Família, que tiveram muitos percalços, desde que aqui foram implantadas.

Um deles é a interrupção de contrato dos funcionários, que traz prejuízos a todos os atores envolvidos. O mais grave foi o observado no começo de 2005, com equipes funcionando precariamente, na cidade.

Não se pode deixar de mencionar que os novos Agentes Comunitários de Saúde foram enviados a seus locais de trabalho sem a devida capacitação prévia, mas apenas com a promessa de que isso aconteceria brevemente. A educação continuada dos ACS, sugerida pelo Ministério da Saúde, também teve a frequência diminuída nos últimos anos, como afirmaram os sujeitos pesquisados.

Observa-se um certo amadorismo no fazer do Agente Comunitário de Saúde, em especial, daqueles que são lançados a campo sem treinamento adequado. Aparece uma crença de que saber abordar o usuário e gostar de estar em meio à população são suficientes, para se desenvolver um bom trabalho.

Há, igualmente, uma preocupação com os programas em pauta, seja a dengue, diabetes, hipertensão, nutrízes ou vacinação de idosos. Não se percebe que há uma integralidade nessas ações educativas, mas apenas palestras ou abordagens que levam em conta os aspectos dos referidos programas. Essas ações são insuficientes, quando se quer promover a autonomia e a conscientização da população.

É importante ressaltar-se que os Agentes de Saúde se sentem impotentes e com poucos recursos quando questões de saúde mental e socioeconômicas têm que ser resolvidas, já que a capacitação, nessa área, é escassa. No ano de 2005, contam com psicólogos e assistentes sociais, que foram contratados temporariamente, em princípio, por seis meses, a fim de suprirem dívida trabalhista que restou da época em que prestaram serviço nas equipes de saúde



mental do município. Como são temporários, não se sabe por quanto tempo as equipes poderão contar com esse serviço e apoio, que é necessário.

Quanto às ações educativas, constata-se que há a crença, entre os profissionais, de que, para realizá-las, é necessário boa vontade e um pouco de conhecimento técnico. O paradigma higienista, prescritivo, parece prevalecer, quando o assunto é educação em saúde em grupo.

Quando as ações são individuais, nota-se que a história de vida, em alguns casos, começa a ser pensada e ouvida, os determinantes sociais começam a ter relevância. Ouviram-se relatos de experiências que favorecem a construção de uma rede social e de resgate de cidadania.

Um aspecto fundamental, que foi observado, refere-se ao Apoio Social que os Agentes Comunitários de Saúde podem oferecer aos usuários do PSF. Oferecem companhia social, ajuda no acesso a serviços de saúde, compartilham informações e favorecem novos contatos. Ampliam a Rede Social do usuário, com empatia e solidariedade. A oferta de trabalhos em grupo, como ginástica, caminhada, teatro e, até, palestras, favorece o acesso a novos contatos que, até então, não faziam parte da rede social do indivíduo. Essa abertura para novas possibilidades, esse estar junto ao outro propiciam melhores condições de vida e saúde às pessoas.

O PSF de Presidente Prudente ainda engatinha rumo à transformação sugerida pelo Ministério de Saúde, mas favorece um encontro mais humano, favorece abordagens dialógicas de Educação em Saúde. Para Novaski (1989, p. 12), educar é um “levar de um lugar para outro”, pois, quando duas pessoas se encontram, um leva o outro para sua perspectiva, de modo que a conversa se enriquece com as informações. Se educação acontece num encontro humano e o

PSF favorece esse encontro, não se pode, ingenuamente, minimizar o papel do Agente Comunitário de Saúde.

Para que desempenhe suas funções adequadamente, exigem-se algumas competências desse profissional. Deve ser capaz de lidar com situações novas e acontecimentos pertinentes a sua profissão, ter iniciativa, responsabilidade e autonomia em suas ações, ter capacidade de articular conhecimentos e habilidades, coordenar-se com outros atores envolvidos na equipe, compartilhando situações de trabalho, numa postura ética. Entretanto, pelo grau de ensino exigido por muitos municípios brasileiros, sem, ainda, a obrigatoriedade do curso técnico para Agente Comunitário de Saúde, é difícil afirmar-se se eles apresentam as condições indispensáveis para o exercício da profissão. Acaso o treinamento, após a sua contratação, será suficiente? Crê-se que determinados cursos deveriam fazer parte dos pré-requisitos para a contratação. Ou, então, que esses realmente se efetivassem após a mesma. Além do entendimento da área da saúde, conhecimentos psicológicos, sociológicos, ambientais e notadamente educacionais deveriam fazer parte do seu currículo.

Elogia-se a iniciativa do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação em promoverem uma publicação intitulada “Referencial Curricular para o curso técnico de Agente Comunitário de Saúde”, que traz, também, o perfil de competências profissionais desse novo trabalhador da saúde pública. Espera-se que, o mais breve possível, todos os Agentes Comunitários de Saúde possam ter o diploma de técnico em sua área de atuação, diploma esse reconhecido em todo o território nacional.

Como elementos essenciais ao bom desempenho do programa, a formação educacional do ACS não pode ser negligenciada, já que a resolutividade do PSF depende do trabalho de toda a equipe.

A bibliografia pesquisada apontou para a Educação Popular em Saúde, como favorecedora de transformação social. Sabe-se que a Educação Popular assume caráter amplo, baseia-se nas contradições sociais e situações-problema, e não segue um roteiro temático definido. A educação problematizadora objetiva o desenvolvimento da consciência crítica e a liberdade como meio de superar as contradições, utiliza o diálogo na percepção da realidade, onde educador e educando crescem juntos.

Nessa abordagem é necessário conhecer as pessoas para as quais se destinam as ações de saúde. Isso inclui, conhecer seus hábitos, suas crenças, valores, as condições de vida. O processo educativo não é persuasivo, nem tampouco paternalista, onde somente são explicitados o que fazer e como fazer para se manter a saúde. Deseja-se envolver os indivíduos nas ações, visando o desenvolvimento da autonomia e responsabilidade de cada um no cuidado com a sua saúde.

A educação em saúde, sob essa perspectiva, valoriza a relação dinâmica entre doente-doença e profissional de saúde, abre um canal de escuta para os conflitos, dificuldades e angústias das pessoas, proporcionando a tomada de consciência e condições para a transformação da realidade.

Pensar novas estratégias para o PSF é vislumbrar novas formas de educação em saúde para a equipe e, em especial, para os Agentes Comunitários de Saúde, que são as pessoas com menos qualificação profissional e que lidam com problemas das mais variadas ordens. Cavalcanti (2003) sugere, para os profissionais

do PSF, trabalhos que favoreçam o autoconhecimento, como forma de esses desenvolverem maior capacidade de trabalhar com os valores das famílias e da comunidade.

O psicólogo pode ser um facilitador desse trabalho, pode trabalhar com a equipe, e não apenas atendendo os pacientes da Unidade de Saúde, como, na maioria das vezes, é solicitado. Pode oferecer um momento de reflexão com os profissionais, em especial com os Agentes Comunitários de Saúde, que, muitas vezes, ouvem coisas, e não sabem, ao certo, o que fazer com elas; às vezes, falam nos corredores ou perto dos usuários. Se tivessem esse momento garantido semanalmente, poderiam receber continência para suas angústias e, conseqüentemente, oferecer maior apoio à população. Pode, ademais, favorecer a abordagem grupal, trabalhando em grupo, com a equipe interdisciplinar, por meio da seguinte premissa: “aprender a trabalhar com grupos, em grupos”, ou seja, oportunizando aos atores envolvidos com o PSF que vivenciem a situação grupal de forma dialética, num construir e reconstruir, num escutar e falar, numa experiência diferente daquelas verificadas nas chamadas palestras, onde um fala e os outros passivamente escutam.

Discutir formas de intervenção em educação popular para a saúde é outra colaboração que um profissional da área de ciências humanas poderá realizar. Num mundo caracterizado pelo individualismo e a violência, a educação é a ferramenta que pode tornar mais humano o ser humano, despertando-lhe a possibilidade de ser. Ajuda-o a conviver, compartilhar, ser mais ético, perceber que só se é alguém em relação ao outro.

Um aspecto pouco citado pelos entrevistados, quando se abordou o tema das capacitações foi a formação sobre a abordagem integral da família, que vai

além de entrar nos domicílios, conhecer as pessoas pelo nome e saber como vivem. Espera-se que os profissionais da Equipe de Saúde da Família, e isso inclui o Agente Comunitário de Saúde, possam conceber o homem como sujeito social, entendendo a família em suas interações interpessoais e em seus conflitos, bem como sua relação com a comunidade, percebendo como a dinâmica familiar interfere na saúde de seus membros. O profissional da área das ciências humanas tem maior domínio sobre tal assunto. Pode abordar, entre outros temas: a transformação da sociedade contemporânea; as mudanças na configuração familiar, nos últimos anos; a função da família no desenvolvimento sadio da criança e do adolescente; os determinantes sociais, econômicos e culturais que estão presentes no adoecer humano; todos os tipos de violência doméstica e sua prevenção, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e seus artigos, que devem nortear as ações daqueles que se propõem a proteger as crianças brasileiras.

Espera-se que outros profissionais sejam chamados a prestar contribuições na formação do Agente Comunitário de Saúde, já que se espera que ele seja um profissional que transite entre as áreas da saúde, assistência social e educação.

Os aspectos aqui analisados não pretendem esgotar o tema, mas esperam suscitar outros questionamentos, que possibilitem brotar outras pesquisas. Sugerem-se novos estudos, que investiguem sobre o desempenho do Agente Comunitário de Saúde, morador e não morador da comunidade à qual presta serviços, já que o Ministério da Saúde preconiza que o ACS resida na comunidade, há, pelo menos, dois anos. Neste estudo, isso não apareceu como tão relevante, ficando demonstrado que, não raro, o Agente Comunitário pode ter seus momentos de descanso comprometido. Outra sugestão é investigar-se equipes que

contemplem profissionais da área das ciências humanas e seu desempenho. Esses estudos podem alicerçar a participação desses profissionais, tornando a abordagem mais humanizada.

Em uma época em que se conhece, cada vez melhor, o corpo biológico, onde a eficiência das ciências médicas é difundida cada vez mais, pode-se inferir que o entendimento do ser humano, em todas as suas possibilidades, escapa a essas teorias. O sofrimento do sujeito possui coordenadas diferentes das coordenadas das ciências biológicas, implica na sua história de vida, na sua inserção social, em seu lugar no mundo. Isso não é captado pelo progresso das ciências biológicas, posto que o sofrimento psíquico não é resolvido com uma pílula de última geração. Por isso, ampliar o olhar, para entender, melhor, o sujeito, é uma necessidade.

Diante de tudo o que foi exposto, pode-se recorrer à música de Arnaldo Antunes, Marcelo Fromer e Sérgio Britto, cantada pelo grupo Titãs, para ilustração, pois, afinal: " [...] A gente não quer só comida, a gente quer comida, diversão e arte. [...] A gente não quer só dinheiro, a gente quer dinheiro e felicidade. A gente não quer só dinheiro, a gente quer inteiro e não pela metade".

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu: Unesp, v.8, n.15, p.259-274, mar. 2004.

ANTUNES, A.; FROMER, M.; BRITO, S. Comida. In: Titãs. **Jesus não tem dentes no país dos banguelas**. LP. São Paulo, BMG Ariola, 670.4033.

ARROYO, M. G. A prática educativa como processo de construção dos sujeitos: os espaços, as tensões entre a população, a equipe profissional e os gestores. In: SEMINÁRIO SOBRE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE NO CONTEXTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: SEUS SUJEITOS, ESPAÇOS E ABORDAGENS, 2 e ENCONTRO NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE, 2. **Anais eletrônicos...** [S. l.], 2001. Disponível em : <<http://www.redepopsaude.com.br/Varal/ConcepcoesEPS/PraticaEducativaMiguelArroyo.PDF> >. Acesso em: 20 jun. 2005.

BARELLI, S. Associações e celebridade dividem mercado americano. **Folha de São Paulo**. São Paulo. 31 ago. 2004. Caderno Sinapse. Disponível em: <<http://www1folha.uol.com.br/folha/sinapse/ult1063u905.shtml>>. Acesso em: 31 ago. 2004.

\_\_\_\_\_. Quando a experiência vira profissão. **Folha de São Paulo**. São Paulo. 31 ago. 2004. Caderno Sinapse. Disponível em: <<http://www1folha.uol.com.br/folha/sinapse/ult1063u904.shtml> > Acesso: em 31 de ago 2004.

BETTIOL, L. M. **O programa saúde da família, a participação popular e atenção básica**: a experiência da estância turística de Santa Fé do Sul SP. 2003.185f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social, UNESP. Franca.

BOCK, A. M. B; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias** – Uma introdução ao estudo de psicologia. 13. ed. reform. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2003.

BONIN, L. F. R. Indivíduo, cultura e sociedade. In: JACQUES, M. G. C. et al. **Psicologia social contemporânea**: livro-texto. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2000, p.58-72.

BRASIL. **Auditoria encontra falhas no programa saúde da família**. Disponível em: <<http://www.tcu.br/imprensa/Notas/2002/12%20dezembro/0512%20-%20voz4.html>>. Acesso em: 30 set. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Qualificação de agentes comunitários**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar\\_textocfm?idtxt=18404](http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_textocfm?idtxt=18404)>. Acesso em: 02 out. 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez anos de saúde da família no Brasil. **Informe de Atenção Básica**. Ano V, mar./abr. 2004. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id\\_area=149](http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=149)>. Acesso em: 29 de mar. 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O que é o PSF**. Como funciona. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=15894](http://portal.saude.gov.br/visualizar_texto.cfm?idtxt=15894)>. Acesso em: 16 set. 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Educação popular em saúde**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=1852](http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=1852)> Acesso em: 02 out. 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Regulamentação do vínculo de Agente Comunitário de Saúde. **Informe da atenção básica**. v. 3, fev. 2002. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id\\_area=149](http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=149)>. Acesso em: 29 mar. 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde A implantação da unidade de saúde da família. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, v. 1. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde**. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/portaria/download/lei10507.zip>>. Acesso em: 27 set. 2005.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Ata 21/2002**. Auditoria de natureza operacional. Disponível em: <<http://www.grupogices.hpg.ig.com.br/AuditoriaPSF.doc>>. Acesso em: 30 set. 2004.

BRICEÑO-LEON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 12, n. 1, p. 7-30, jan./mar. 1996.

BUSS, P. M. Promoção da saúde da família. **Revista de saúde da Família**. Brasília. v. 2, n. 6, p. 50-63, dez. 2002.



CAVALCANTI, A. H. Desenvolvimento de proposta de trabalho para a inserção da abordagem familiar no projeto saúde da família. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA - ABRASCO, 7, 2003. Brasília. **Anais eletrônicos...** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 40. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/pub\\_assunto/atencao\\_bas.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/pub_assunto/atencao_bas.htm)>. Acesso em 29 mar. 2004.

CONSTANTINO, E. P; CARUSO, I. A. (Org). **Educação e saúde: realidade e utopias.** São Paulo: Arte e Ciência, 2003.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

DENARI, C. G. (Coord). **Normas e padrões para apresentação de trabalhos acadêmicos e científicos da Unoeste.** 2. ed. Presidente Prudente: Unoeste, 2003.

DIMENSTEIN, G. Seleção brasileira de ignorantes. **Folha de São Paulo.** São Paulo. 12. dez. 2004. Caderno Cotidiano. p. 7.

FANTIN, M. Educação popular e saúde: conquistas e desafios no contexto brasileiro. In: GRUPO INTERINSTITUCIONAL DE COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE SANTA CATARINA – GICES/SC. **Caderno de debate - Educação popular e saúde: diálogos com a vida.** GICES/UFSC: Florianópolis, 2000, p. 7-16.

GARCIA, A. V. O caráter educativo das ações em saúde e a luta pela transformação social. In: GRUPO INTERINSTITUCIONAL DE COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE SANTA CATARINA – GICES/SC. **Caderno de debate - Educação popular e saúde: diálogos com a vida.** GICES/UFSC: Florianópolis, 2000, p. 17-23.

GICES. **TCU encontra falhas no programa saúde da família.** Disponível em: <<http://www.grupogices.hpg.ig.com.br/TCUnoPSF.html>>. Acesso em: 30 set. 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1996.

GOMES, M. T. S. A falta de emprego em Presidente Prudente – SP e o perfil dos cadastrados à procura de emprego na secretaria do emprego e relação de trabalho . **Revista GeoNotas**, Maringá, v. 7, n. 3, jul./ago./set. 2003. Disponível em: <<http://www.geonotas.uem.br/vol7-3/terezinha.shtm>>. Acesso em: 02 nov. 2004.

IINSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Acesso e utilização de serviços de saúde – 2003.** Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=370&id...](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticia_visualiza.php?id_noticia=370&id...)>. Acesso em: 28 maio 2005.

LUZIO, C. A. **Contemporaneidade, subjetividade e cuidado na saúde e saúde mental.** Campinas: UNICAMP, 1999 (apostila).

MELO, J. A. C. Epígrafe. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 15, Supl 2. 1999, páginas preliminares.

MORAIS, R. **O que é ensinar**. São Paulo: EPU, 1986.

NIGRE, L. Fim de contrato demite 88 funcionários do PSF – Prefeitura de Presidente Prudente não renova com o Hospital Psiquiátrico e Espírita Bezerra de Menezes, empregador. **O Imparcial**, Presidente Prudente, 9 nov. 2004. Caderno B, p.1.

NOGUEIRA, R. P. Higiomania a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: VASCONCELOS, E. M. (Org). **A saúde nas palavras e nos gestos** – reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 63-72.

NOVASKI, A. J. C. Sala de aula: uma aprendizagem do humano. In: MORAIS, R. (Org). **Sala de aula: que espaço é esse?** 4. ed. Campinas: Papyrus, 1989. p. 11-15.

ORLANDINI, T. Burocracia, tributação e falta de indústrias são entraves. **O Imparcial**, Presidente Prudente. 25 fev. 2005. Caderno Cidades, p. 7.

\_\_\_\_\_. Falta de regularização de terras impede efetivo desenvolvimento. **O Imparcial**, Presidente Prudente, 25 fev. 2005. Caderno Cidades, p. 7.

\_\_\_\_\_. Índices colocam região entre as piores de SP. Assembléia Legislativa discute proposta de redistribuição do ICMS para impulsionar desenvolvimento de municípios pobres. **O Imparcial**, Presidente Prudente, 25 fev. 2005. Caderno Cidades, p. 7.

\_\_\_\_\_. Questão fundiária e carência de transporte não atraem indústrias. **O Imparcial**, Presidente Prudente, 25 fev. 2005. Caderno Cidades, p. 7.

\_\_\_\_\_. Representação pequena complica. **O Imparcial**, Presidente Prudente, 25 fev. 2005. Caderno Cidades, p. 7.

PEDROSA, J. I. S. ; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do programa saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35. n. 3, jun. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102001000300014&ln](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000300014&ln)>. Acesso em: 26 mar. 2004.

\_\_\_\_\_. É preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social. **Radis**. p. 24-25. Set. 2003. Disponível em: <<http://www.grupogices.hpg.ig.com.br/ZelvoEduSaudeRadis.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2004.

PEREIRA, L. P. L. S. **O programa de saúde da família: práticas educativas transformadoras, uma estratégia para o século XXI**. 2002. 187f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Filosofia e Ciências, UNESP. Marília.

PRESIDENTE PRUDENTE. **Ata da assembléia extraordinária do conselho municipal de saúde de Presidente Prudente**. 17 mar. 1998.

\_\_\_\_\_. **Dados do município.** Disponível em:  
<<http://www.presidenteprudente.sp.gov.br>>. Acesso em: 02 nov. 2004.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Administração. Lei nº 5.087/98, de 01 de junho de 1998. Dispõe sobre a implantação do programa de saúde da família de Presidente Prudente – PSFPP e dá outras providências. **O Imparcial**, Presidente Prudente, 29 mar. 2000. Disponível em:  
<<http://www.presidenteprudente.sp.gov.br/leisdecretos/1998/5087lo.pdf>> . Acesso em: 01 ago. 2004.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Administração. Lei nº 5.413/2000, de 23 de março de 2000. Dispõe sobre a criação para o programa de saúde da família de Presidente Prudente, instituído pela Lei nº 5.087/98. **O Imparcial**, Presidente Prudente, 29 mar. 2000. Disponível em:  
<<http://www.presidenteprudente.sp.gov.br/leisdecretos/2000/Leis/5413lo.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2004.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria Administrativa. Lei nº 5.785/2002, de 25 de junho de 2002. Autoriza o Poder Executivo a celebrar convênio com entidades filantrópicas objetivando implantação do Programa de Saúde da Família – PSF e/ou do Programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS. **Oeste Notícias**, Presidente Prudente, 26 jun. 2002. Disponível em:  
<<http://presidenteprudente.sp.gov.br/leisdecretos/2002/Leis/5785lo.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2004.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Administração. Lei nº 5.852/2002, de 24 de outubro de 2002. Dispõe sobre: acrescenta um profissional fisioterapeuta na equipe do PSFPP (Programa de Saúde da Família de Presidente Prudente). Autor: Vereador Ed Thomas. Disponível em:  
<<http://www.presidenteprudente.sp.gov.br/leisdecretos/2002/Leis/5852lo.pdf>>. Acesso em 01 ago. 2004.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Administração. Lei nº 5.825/2002, de 09 de setembro de 2002. Autoriza a celebração de convênio com a Casa da Sopa Francisco de Assis – Associação Assistencial e Educacional Espírita – CASOFA para o fim que especifica. **Oeste Notícias**, Presidente Prudente, 10 set. 2002. Disponível em:  
<http://www.presidenteprudente.sp.gov.br/leisdecretos/2001/Leis/5573lo.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2004.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Administração. Lei nº 5.573/2001, de 06 de abril de 2001. Cria gratificação denominada “Complementação Qualis” e dá outras providências. **Oeste Notícias**, Presidente Prudente, 10 abr 2001. Disponível em: <http://www.presidenteprudente.sp.gov.br/leisdecretos/2001/Leis/5573lo.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2004.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Plano municipal de saúde 2002-2005.** Presidente Prudente: Secretaria Municipal de Saúde, 2001.

ROHDEN, H. **Novos rumos para a educação**. 4. ed. São Paulo: Martin Claret, 1997.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado do Governo e Gestão Estratégica. Decreto Nº 44.544, de 16 de dezembro de 1999. Institui o programa de saúde da família – QUALIS/PSF – no Estado de São Paulo e dá outras providências. In: **Diário Oficial do Estado**. São Paulo, Supl I, n. 109 (238), fl 01, p. 2, 17 dez. 1999.

SENNA, M. C. M. Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o programa saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18. supl. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000700020&l](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700020&l)>. Acesso em: 25 de mar. 2004.

SHCHALL, V. T.; STRUCHINER. M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.15, editorial,1999. Supl. 2.

SLUZKI. C. E. **A rede social na prática sistêmica** – Alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org) **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p 115-135.

STOTZ, E. N. Enfoques sobre a educação e saúde. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. **Participação popular, educação e saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p.11-22.

TEIXEIRA, M. J. O. O programa saúde da família, o serviço social e o canto do rouxinol. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2002.

TOSELLO, D. J. T. et al. **Saúde mental pública no município de Presidente Prudente – São Paulo**. 2002. 75f. Monografia (Especialização em Psicologia, Saúde Mental e Saúde Pública). Faculdade de Psicologia. Unoeste. Presidente Prudente.

TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do programa de saúde da família (PSF) na Bahia. **Cad. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232002000300015&n](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232002000300015&n)>. Acesso em 26 de mar. 2004.

\_\_\_\_\_. O impacto sócio-cultural do programa de saúde da família (PSF): uma proposta de avaliação. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14. n. 2. abr./jun. 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X1998000200028&l](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1998000200028&l)>. Acesso em: 25 de mar. 2004.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 15, p. 7-14. 1999. Supl.2.

\_\_\_\_\_. Globalização e saúde no Brasil – a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 39-62.

VASCONCELOS, E. M. **Constituição, crise e redefinição da educação popular em saúde**. 1997. Disponível em:  
<<http://www.redepopsaude.com.br/Varal/ConcepcoesEPS/ConsituicaocriseEPS.PDF>>. Acesso em: 20 jun 2005.

\_\_\_\_\_. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

\_\_\_\_\_. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1989.

\_\_\_\_\_. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (Org) **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001, p.11-19.

**ANEXOS**