

**ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL  
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL**

**Vagner Caminhas Santana**

**A CASA COMO ESPAÇO DO CUIDADO - UM ESTUDO DAS PRÁTICAS EM  
SAÚDE DE AGENTES COMUNITÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
EM MONTES CLAROS**

**UNIVERSIDADE  
FEDERAL  
FLUMINENSE**

**NITERÓI, RJ  
2013**

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**  
**ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**  
**PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL**

**VAGNER CAMINHAS SANTANA**

**A CASA COMO ESPAÇO DO CUIDADO - UM ESTUDO DAS PRÁTICAS EM  
SAÚDE DE AGENTES COMUNITÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA EM MONTES CLAROS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Estudos Pós Graduated em Política Social, área de concentração “Avaliação de programas e projetos governamentais e não governamentais”, da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Professora Dr<sup>a</sup> Luciene Burlandy

NITERÓI / RJ

2013

**S232 Santana, Vagner Caminhas.**

A casa como espaço do cuidado – um estudo das práticas em saúde de agentes comunitários da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros (MG) / Vagner Caminhas Santana. – 2013.

131 f. ; il.

Orientador: Luciene Burlandy.

Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2013.

Bibliografia: f. 115-125.

1. Agentes comunitários de saúde; prática. 2. Família; condições sociais. I. Burlandy, Luciene. II. Universidade Federal Fluminense. Escola de Serviço Social. III. Título.

CDD 362.10425

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**  
**ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**  
**PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL**

**A DISSERTAÇÃO “A CASA COMO ESPAÇO DO CUIDADO - UM ESTUDO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE DE AGENTES COMUNITÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MONTES CLAROS”, ELABORADO POR VAGNER CAMINHAS SANTANA E APROVADO POR TODOS OS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA, FOI ACEITA PELO PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE COMO REQUISITO PARCIAL À OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM POLÍTICA SOCIAL.**

Niterói, ..... de ..... de 2013.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Luciene Burlandy – Orientadora  
UFF – Universidade Federal Fluminense

---

Prof. Dr. Ruben Mattos  
UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

---

Prof. Dr<sup>ª</sup>. Mônica Senna  
UFF – Universidade Federal Fluminense

*Dedico este estudo a minha família: a meu pai a, minha irmã e, sobretudo a minha mãe pelo carinho, amor e dedicação.*

## **AGRADECIMENTOS**

A construção deste trabalho contou com a contribuição de diversas pessoas a quem agradeço imensamente. Foram várias as mentes e corações que participaram da concepção deste trabalho. Desde já, peço desculpas àqueles não mencionados aqui. A ausência do nome não significa a ausência do sentimento de gratidão por todos aqueles que, de alguma forma, fizeram parte deste trabalho.

Agradeço a Deus por toda força e proteção. Obrigada por sua imensa misericórdia sobre minha vida.

Aos meus familiares agradeço o apoio constante e o carinho dedicados neste período de ausência, sobretudo aos meus pais.

Á minha mãe Maria do Carmo pela pessoa que sou hoje.

Minha irmã Viviane pelo carinho, compreensão e apoio em todos os momentos da minha vida e principalmente na construção deste trabalho.

Agradeço especialmente à Cláudia Toffano, a quem dedico boa parte deste trabalho, o carinho, apoio e paciência.

Ao grande amigo Daniel Coelho por todo incentivo e apoio nestes últimos anos.

À minha querida amiga irmã Sheila Borges por todo amor e consideração.

As amigas que tive o prazer de construir em Montes Claros, em especial Izac Rodrigues, Franco Coelho, Reginaldo Ribeiro, Luana Souza, Dária Maria, Maria Tereza, Maria Alice, Laís Teixeira, Fredy Viana, Maria Flavia e Fabiano Souto.

A todos os amigos de Araçuaí.

Ao amigo Thiago Meira pelo incentivo em ingressar neste programa de pós-graduação.

Ao amigo Marco Antônio Canela pela acolhida em Niterói.

As amigas que construí em Niterói, em especial Adriana Medalha, John Lennon, Clean Orben, Leandro Sanches e Veronica.

Aos professorar do curso de Ciências Socais da UNIMONTES pela minha formação, em especial, Carlos Caixeta, Romulo Barbosa, Maria Da Luz e Clovis Zimmermann.

A todos os professores do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social/UFF pela dedicação e competência com que apresentaram os conteúdos.

A minha orientadora Professora Luciene Burlandy pela dedicação, reflexão colocada neste processo. Obrigada pelos dois anos de convivência. Foi um prazer conhecê-la.

À professora e coordenadora do curso Dra. Monica Casto Senna por todo conhecimento e estímulo.

Ao professor Ruben Mattos, pela contribuição na construção deste trabalho.

Aos colegas e amigos que fiz no Programa de Estudos Pós-graduação em Política: Social, Valentina, Gonzalo e Hugo Parra.

Agradeço também pela prontidão da Secretaria do Programa, nas pessoas de Luzia, Raquel e Letícia.

A todos aqueles que participaram e colaboraram com essa pesquisa, aos ACS do bairro Morrinhos e a Secretária de Saúde de Montes Claros.

Aos meus amigos, de perto e de longe que torcem por mim.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por ter apoiado meus estudos durante o mestrado.

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar as práticas de atenção à saúde que vem sendo desenvolvidas por agentes comunitários de saúde (ACS) no âmbito da Visita Domiciliar (VD) com famílias atendidas pela Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros. Estudos no campo da promoção da saúde vem indicando que as práticas de atenção podem assumir por vezes posturas mais prescritivas, disciplinares, culpabilizantes, normativas, voltadas mais diretamente para a mudança comportamental do indivíduo ou de forma distinta podem ser mais dialógicas e interativas na relação com as famílias atendidas, pautadas numa concepção de atenção integral em saúde. Desta forma, o estudo analisou as práticas de ACS com o objetivo de compreender como estes agentes vêm abordando aspectos da vida privada e da dimensão pública do processo em saúde e quais as distintas posturas de práticas em saúde que podem ser identificadas a partir das interações dos ACS com as famílias no espaço da VD. Para tal foram analisadas as concepções dos profissionais de saúde, dos ACS e das famílias sobre as práticas de atenção à saúde desenvolvidas no âmbito da visita domiciliar a partir de observações da VD e de entrevistas com usuários e ACS. Concluiu-se que tais práticas assumem por vezes características que apontam para a imposição de um saber-poder biomédico, e por outras consideram aspectos da subjetividade do indivíduo/comunidade.

**Palavras-Chave:** Agente Comunitário de Saúde; Atenção Primária à Saúde ESF; Promoção à Saúde, Visita Domiciliar.



## **ABSTRACT**

The present study aimed to examine the practices of health care that have been developed by community health agents (CHA) under the Home Visit (VD) with families served by the Family Health Program in the municipality of Montes Claros. Studies in the field of health promotion has indicated that the care practices can sometimes take positions more prescriptive, disciplinary, place blame, normative, geared more directly to behavioral change of the individual or separately may be more dialogical and interactive relationship with the families assisted, guided design of a comprehensive health care. Thus, the study examined the practices of ACS in order to understand how these agents have approached aspects of privacy and the public dimension of the process in which health and the different attitudes of health practices that can be identified from the interactions of ACS with families within the RV. For this we analyzed the conceptions of health professionals, the ACS and families about the practices of health care developed within the home visit from observations of the RV and interviews with users and ACS. It was concluded that such practices sometimes take on characteristics that point to the imposition of a knowledge-power biomedical, and consider other aspects of the subjectivity of the individual / community.

**Keywords:** Community Health Agent; FHS; Primary Health Care, Health Promotion, Home Visit.

## **LISTA DE GRAFICOS E FIGURAS**

**Gráfico 1** Evolução anual no número de equipes de Programa Saúde da Família, p.85

**Gráfico 2** Evolução no número de equipes de Programa Saúde da Família em 2013, p.86

**Gráfico 3** Cobertura populacional do Programa Saúde da família por ano (%), p.886

**Gráfico 4:** Cobertura populacional Programa Saúde da família por Mês no ano 2013 (%), p.85

**Gráfico 5:** Estabelecimentos de Saúde em Montes Claros, p.130

**Figura 1:** Localização do bairro Morrinhos na cidade de Montes Claros/MG, p.87

**Figura 2:** Localização do bairro Morrinhos na cidade de Montes Claros/MG foto satélite, p.87

**Figura 3:** Localização do município da cidade de Montes Claros no estado de Minas Gerais, p.130

**Figura 4:** Área de atuação da ESF Morrinhos divididas na Micro-Área, p.131

**Figura 5:** Foto da faixa da UBS Morrinhos, p.131

## LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Atenção Primária
APC	Assessoria de Planejamento e Coordenação
APS	Atenção Primária em Saúde
CE	Conhecimento-Emancipação
CEP/HUAP	Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Cns	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONACS	Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CR	Conhecimento-regulação
CRS	Centro Regional de Montes Claros
DAB/MS	Departamento de Atenção Básica/ Ministério da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DMP	Departamentos de Medicina Preventiva
ESF	Estratégia Saúde de Família
EUA	Estados Unidos da América
FMI	Fundo Monetário Internacional
FSESP	Fundação Serviço Especiais de Saúde Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano do Município
INANPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPPEDASSAR	Instituto de Preparo e Pesquisa para Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural

MG	Minas Gerais
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organizações das Nações Unidas
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica em Saúde
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PMC	Projeto Montes Claros
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SUDENE	Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VD	Visita Domiciliar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USAID	Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>I – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>II - CAPÍTULO I: DIFERENTES PERSPECTIVAS CONCEITUAIS NA ANÁLISE DE ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....</b>	<b>19</b>
1.1. Promoção da saúde: um conceito em disputa.....	19
1.2. Biopolítica, Biopoder, governamentalidade e suas relações com a promoção à saúde .....	26
1.3. O empoderamento no campo da promoção à saúde .....	30
1.4. Colonialismo e emancipação .....	32
1.5. Integralidade em saúde .....	35
1.6 A atenção primária em saúde.....	40
<b>III - CAPÍTULO II: A CONSTRUÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL .....</b>	<b>46</b>
2.1. O contexto histórico que antecede a construção da Estratégia Saúde da Família .....	46
2.2. Os anos 1990: a reconfiguração do Estado e as repercussões na saúde .....	50
2.3. Criação do SUS, descentralização da saúde e Estratégia Saúde da Familiar .....	52
2.4. Agente Comunitário de Saúde .....	67
<b>IV – CAPÍTULO III: ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MONTES CLAROS- AS PRÁTICAS DE SAÚDE DOS ACSS NO BAIRRO MORRINHOS.....</b>	<b>76</b>
3.1. O Projeto Montes Claros: da utopia à prática.....	76
3.2. As práticas dos agentes comunitários de saúde em Morrinhos – Montes Claros – no contexto atual.....	83
<b>3.2.1. O papel dos ACS participantes do estudo.....</b>	<b>83</b>
3.3. Caracterização do Campo do Estudo.....	85
3.4. As práticas dos Agentes Comunitários de Saúde na Visita Domiciliar.....	90
<b>3.4.1. Entendimento dos ACSs sobre a ESF e suas práticas .....</b>	<b>90</b>

3.4.2. Vista Domiciliar no campo das práticas em saúde .....	97
<b>V – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	110
<b>VI – REFERÊNCIAS</b> .....	115
<b>VII – ANEXOS</b> .....	126
APÊNDICE I: Autorização da Entrevista .....	126
APÊNDICE II: Roteiro de Entrevista.....	127
APÊNDICE III: Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros.....	129
APÊNDICE IV: Gráficos e Figuras.....	130

## INTRODUÇÃO

O presente estudo teve como tema central as práticas de atenção à saúde que vêm sendo desenvolvidas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no âmbito da Visita Domiciliar (VD), com famílias atendidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Montes Claros - MG.

Estudos no campo da promoção da saúde indicam que as práticas de atenção em saúde podem assumir, por vezes, posturas mais prescritivas, disciplinares, culpabilizantes, normativas e serem voltadas mais diretamente para a mudança comportamental do indivíduo. Por outro lado, de forma distinta, podem ser mais dialógicas e interativas na relação com as famílias atendidas e pautadas numa concepção mais integral da saúde (LUPTON, 1995; CASTIEL & ALVAREZ-DARDET, 2007). Neste sentido, coube compreender como estes agentes vêm abordando aspectos da vida privada e da dimensão pública do processo em saúde e quais as distintas posturas de práticas em saúde que podem ser identificadas a partir das interações dos ACS com as famílias no espaço da VD em Montes Claros.

As inquietações que levaram ao tema desta reflexão devem-se ao fato de que, embora crescentes, são ainda escassos os estudos realizados no Brasil que problematizam a Visita Domiciliar como um espaço potencial para o exercício do Biopoder (ou Biopolítica). Verifica-se que a maior parte dos estudos sobre a ESF prioriza a dimensão da gestão e a avaliação de princípios específicos como a integralidade. São estudos que focam suas análises na dimensão das políticas municipais de saúde e dos serviços de saúde com pouca ênfase nas práticas dos ACS.

A VD, considerada por alguns autores como um instrumento de trabalho (KEBIAN *et al*, 2012; COHN, NAKAMURA & CONH, 2005; SANTOS & KIRSCHBAUM, 2008), mobiliza questões que envolvem diversos aspectos referentes ao processo saúde-doença dos usuários/famílias. A formação de profissionais e seu preparo para adentrar no domicílio vêm se destacando como questões desafiadoras neste processo. A intimidade familiar e a assistência em saúde prestada dentro do domicílio remetem, ao mesmo tempo, a aspectos referentes ao espaço público e ao privado. As práticas assistenciais no âmbito da VD podem borrar com esta tradicional distinção entre esfera pública e privada uma vez que são exercidas por agentes públicos dentro de um ambiente privado. Por outro lado, é também neste espaço de cuidado e de escuta que manifestações plurais dos indivíduos podem ser incorporadas às

práticas dos profissionais de saúde.

Um estudo que pretende compreender a Visita Domiciliar como espaço que pode contribuir para autonomia no cuidado, mas também pode constituir-se como instrumento normalizador, requer distintas abordagens nas quais a incorporação das ciências sociais, como recurso teórico-metodológico, tem sido de extrema importância para problematizar os campos temáticos e enriquecer suas discussões.

A Estratégia Saúde da Família se constrói a partir de experiências históricas de elaboração de novas propostas de “modelos” de assistência em saúde cujos pilares podem ser identificados em processos já em curso desde a década de 1970. Essas “novas” óticas progressivamente ganham lugar nas iniciativas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (MS), assumindo inclusive o caráter de políticas, como a Política Nacional de Promoção da Saúde. Sua lógica diferenciada refere-se, em grande medida, a perspectiva de relacionar as dimensões biopsicossociais do processo saúde-doença nas práticas de atenção em saúde, ao menos em tese, ou como pautadas nos documentos oficiais do MS. (BRASIL, 2006).

O conceito de promoção da saúde pode ser problematizado a partir de distintas abordagens e relacionado com distintas concepções e práticas de atenção à saúde que foram historicamente marcantes no curso da política de saúde no Brasil. Dentre elas destacam-se as concepções de Atenção Primária (AP) e de Atenção Básica em Saúde (ABS), que serão aprofundadas posteriormente ao longo do estudo. Cabe apenas ressaltar que tratam-se de abordagens distintas que deram origem a propostas de atenção à saúde igualmente distintas.

Para além das distintas concepções que se colocam neste processo, desde a década de 1970, crescem, tanto no plano nacional quanto internacional, as críticas em torno do modelo de ação médica hegemônico, baseado na doença e na cura. Na década de 1990, no Brasil, há um fortalecimento de um amplo debate sobre a implementação de um modelo de atenção integral à saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que se contrapõe à medicina curativa e centrada no ato médico e de supervalorização da ciência e do cientificismo.

Em 1991 o Ministério da Saúde criou o Programa de Agente Comunitário de Saúde (ACS) como passo transitório para o Programa Saúde da Família (PSF), implementado em 1994 com o propósito de reorientar o modelo de assistencial em saúde. No Brasil, essa estratégia deveria atender às necessidades de resposta à escassez e a exclusão de boa parte da população brasileira do acesso à assistência em saúde, principalmente através da expansão da rede de saúde.

Num primeiro momento, o Programa Saúde da Família é concebido como um “programa” e, posteriormente, passa a ser considerado uma “estratégia”; fato esse que leva a



algumas controvérsias. Na ocasião do seu lançamento, em 1994, foi tido como “programa”, porém foi catalogado como “estratégia”, buscando diferenciar-se dos programas tradicionais já produzidos pelo Ministério da Saúde. A segunda versão oficial do PSF – publicada em 1997 – define-o efetivamente como “estratégia de reorientação do modelo assistencial”. Sua implantação segue abrigando tal dicotomia: de um lado, ratifica sua condição de programa que se apresenta com objetivos, metas e passos definidos, ou seja, com uma formulação e com *modus operandi* estabelecido e normalizado. De outro lado, reivindica a posição de estratégia por sinalizar um caminho possível para se atingir os objetivos do SUS, especialmente a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica. Desta forma, pressupõe-se que seria capaz de influenciar e produzir impactos no sistema de saúde como um todo (RIBEIRO, PIRES & BLANK, 2004).

O Programa Saúde da Família (PSF) vem se consolidando nos últimos anos como a principal estratégia estruturante da inversão das práticas sanitárias no SUS, com a adesão cada vez maior dos municípios (BRASIL, 2001). A saúde da Família, enquanto estratégia de orientação da atenção básica, segundo a proposta do Ministério da Saúde, objetiva criar no primeiro nível do sistema, verdadeiros centros de saúde, em que uma equipe de Saúde da Família, em território de abrangência definido, desenvolve ações de saúde dirigidas às famílias e ao seu hábitat, de forma contínua, personalizada e ativa (BRASIL, 2001).

A ênfase maior é dada ao promocional e ao preventivo, mas sem descuidar do curativo-reabilitador, com alta resolubilidade, com baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos ou sociais. O princípio da intersetorialidade também pauta a proposta, diante da importância de articulação de ações desenvolvidas por setores e instituições governamentais e não governamentais, que abarcam diversos fatores e processos que afetam a saúde (MENDES, 1996).

Um conjunto de estudos no campo da promoção da saúde e sobre o Programa e a Estratégia Saúde da Família discutem a maneira como as políticas, os programas e as ações vêm sendo implementados. Por um lado, alguns autores destacam o potencial destas ações na mudança e na reorientação dos princípios que pautam práticas de saúde centradas no corpo biológico e na doença. Isso se deve em parte, ao fato de que a ótica de promoção da saúde, em tese, abarca objetivos de transformação dos espaços públicos, especialmente dos fatores econômicos, políticos, sociais que afetam o processo saúde-doença. Por outro lado, algumas críticas vêm sendo construídas especialmente no sentido de identificar que, paradoxalmente, o discurso e as práticas de promoção da saúde implementadas, em alguns contextos pautam-se por vezes em perspectivas individualistas de mudança de comportamento e de estilos de vida.

Desta forma, colocam no indivíduo a força propulsora das mudanças (CASTIEL & ALVAREZ-DARDET, 2007; BUSS 2000; TEIXEIRA, 2006a, 2006b).

Para este estudo, importou analisar as práticas em saúde construídas pelos ACS, especialmente no âmbito da VD. A reflexão sobre este espaço específico e seu potencial na construção do atendimento integral foi pautada nos seguintes questionamentos: como as práticas de saúde desenvolvidas pelos ACS consideram ou não aspectos do contexto sociopolítico que afetam o processo saúde-doença? De que modo consideram a perspectiva de mudanças em saúde? São pautadas em posturas mais centradas nas mudanças de comportamentos individuais e nos estilos de vida; numa perspectiva integral de atenção à saúde, ou em ambas? De que forma abarcam aspectos da dimensão pública e privada do processo saúde-doença? De que modo abarcam perspectivas mais prescritivas, normativas ou dialógicas de interação com os indivíduos e famílias?

A pesquisa buscou ultrapassar a investigação da intenção dos ACS na execução de suas tarefas e não teve como intuito analisar se estes agentes cumprem ou não as tarefas traçadas pelos gestores dos programas ou se implementam ou não as ações previstas nos documentos normativos da ESF. Numa perspectiva distinta, visou compreender a forma de agir do ACS no curso das suas práticas de atenção em saúde.

A partir do objetivo geral de analisar as práticas de atenção à saúde desenvolvida pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no âmbito da Visita Domiciliar (VD) com famílias atendidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Montes Claros, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Analisar o modo de abordagem das condições sociais e de vida das famílias, do contexto do território-moradia que delimita a atuação das equipes de Saúde da Família, bem como dos fatores referentes ao contexto da vida privada das famílias nas práticas de atenção à saúde desenvolvidas pelos ACS no âmbito da VD.
- Analisar o modo como os ACS interagem com as famílias no âmbito da VD.
- Analisar as concepções dos agentes comunitários de saúde e das famílias sobre as práticas de atenção à saúde desenvolvidas no âmbito da visita domiciliar.

O lócus da pesquisa foi um bairro do município de Montes Claros – MG, denominado de Morrinhos. Destaca-se o fato deste município ter sido um laboratório do “movimento sanitário” brasileiro na década de 1970 com a implantação do Projeto Montes Claros (PMC). Este projeto colocou em prática algumas das ideias que vinham sendo gestadas pelo movimento sanitário, como a tentativa de reorientação dos sistemas locais de saúde.

O Município de Montes Claros, com área aproximada de 3.568,941 km<sup>2</sup> (IBGE, 2010),

localiza-se na parte Norte do Estado de Minas Gerais, estando situado na Bacia do Alto Médio São Francisco, nos vales do Rio Verde Grande, Pacuí e São Lambert. É o quinto maior município do Estado e possui o segundo maior entroncamento rodoviário do país, ligando o Centro-Oeste ao Nordeste do Brasil. É o principal centro Urbano do Norte de Minas, e por este motivo apresenta características de capital regional. Seu raio de influência abrange todo o norte de Minas Gerais e parte do Sul da Bahia. A população estimada é 361.915 (IBGE, 2010). A cidade de Montes Claros destaca-se no contexto norte-mineiro por apresentar índices de desenvolvimento superiores à média das cidades ao seu redor, que estão mais próximas da realidade da região Nordeste do Brasil. O Índice de Desenvolvimento Humano do município é de 0,770 (IDH-M/PUND, 2010). O município conta com 224 estabelecimentos de saúde, sendo 141 privados e 83 públicos divididos em 75 municipais, 7 estaduais e 1 federal (IBGE/2009)

No sentido de compreender as práticas dos ACS neste contexto local específico, a metodologia geral do estudo abarcou a problematização de conceitos-chave para o tema tratado, especialmente os conceitos de promoção da saúde, atenção básica em saúde, atenção primária em saúde, emancipação, biopoder e integralidade. Além disto, a análise histórica da construção dos princípios da ESF no Brasil foi fundamental para indicar elementos da conjuntura nacional e internacional que condicionaram a construção da proposta da ESF bem como a dinâmica deste processo no município estudado.

A construção dos dados analisados pautou-se, para além da pesquisa bibliográfica sobre os temas e conceitos referidos, na realização de entrevistas semiestruturadas com usuários da ESF e Agentes Comunitários de Saúde das três equipes das Unidades Básicas de Saúde do bairro Morrinhos, em Montes Claros-MG. Além disso, foram feitas observações diretas de vinte Visitas Domiciliares (VD) realizadas pelos ACS durante duas semanas, no período 17 de abril a 27 de abril de 2013.

O estudo seguiu as regulamentações descritas na Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde, que regula, no Brasil, as pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro (CEP/HUAP), da Universidade Federal Fluminense, mediante o parecer Nº 335.685.

As entrevistas foram livremente concedidas pelos participantes que, cientes dos objetivos e métodos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação no estudo. Foram entrevistados: 9 ACS sendo 3 de cada equipe; 10 usuários da ESF sendo 2 da equipe Morrinhos I, 4 da equipe Morrinhos II e 4 da equipe Morrinhos III. A

pesquisa contou também com observações de 20 Visitas Domiciliares, realizadas por ACS, dentre elas 5 contaram com o acompanhamento da técnica de enfermagem.

Foi aproveitada a numeração utilizada na transcrição das gravações e no caderno de campo no intuito de garantir o anonimato dos sujeitos da pesquisa. Adotou-se então, a seguinte codificação: ACS1, ACS2... até ACS 9; Usuário1, Usuário2...até Usuário10 ; VD1, VD2 ... até VD20.

Para desenvolver o tema, a dissertação foi estruturada da seguinte forma:

O primeiro capítulo, intitulado “Diferentes perspectivas conceituais na análise de estratégias de promoção da Saúde”, apresenta os principais conceitos norteadores do estudo, como o conceito de Promoção à Saúde, Biopoder, Emancipação, integralidade e Atenção Primária em saúde.

O segundo capítulo, intitulado “A construção da Estratégia Saúde da Família no Brasil”, buscou verificar os arranjos histórico-políticos que balizam os princípios da Atenção Primária à Saúde e da Promoção da Saúde no contexto nacional. A ESF foi destacada como modelo adotado pelo Ministério da Saúde para reorientação do sistema de saúde. Uma sessão a parte foi dedicada a análise do perfil do ACS. O Projeto Montes Claros foi resgatado como forma de tipificar a utilização de “pessoas auxiliares” em programas que visam o cuidado em saúde.

O terceiro capítulo apresenta a análise da ESF em Montes Claros, especialmente o contexto das VDS no bairro de Morrinhos. O capítulo se inicia com o resgate histórico da experiência do Projeto Montes Claros”, em seguida apresenta a caracterização do campo de estudo. Na terceira parte são apresentadas as análises mais específicas das práticas dos ACS no âmbito do domicílio a partir das questões norteadoras dos estudos indicadas anteriormente.

Por fim, são apresentadas as considerações finais.

# CAPÍTULO I

## DIFERENTES PERSPECTIVAS CONCEITUAIS NA ANÁLISE DE ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Este capítulo apresenta um resgate histórico e conceitual sobre algumas questões em disputa no campo da saúde, que guardam íntima relação com a temática estudada. Dentre eles, destacam-se: o embate teórico-político em torno da concepção de Atenção Primária à saúde e de Atenção Básica em Saúde; as discussões em torno das distintas concepções de promoção da saúde, seus desdobramentos potenciais em propostas concretas de ação; a concepção foucaultiana de biopoder e os conceitos de colonização e emancipação como formas de exercício de poder segundo Boaventura Souza Santos. O objetivo de trajar essa discussão deve-se ao fato de mapear estes conceitos que se aproximam do objeto de estudo.

### 1.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE: UM CONCEITO EM DISPUTA

Um primeiro conceito a ser problematizado no âmbito deste estudo é o de promoção da saúde, considerando sua íntima relação com as propostas que historicamente deram origem a um determinado desenho programático expresso na Estratégia Saúde da Família.

A discussão da promoção da saúde surge em um contexto político-econômico onde o ideário neoliberal começa a ganhar força com a instabilidade financeira oriunda da década de 1970, principalmente nos países de centro-capitalistas. As propostas neoliberais passam a criticar a capacidade de financiamento do Estado de Bem-Estar Social adotado pelos países capitalistas após a Segunda Guerra Mundial. Nesse movimento advogam a redução dos custos na área social, especialmente nos campos da saúde e da educação. Os indivíduos/comunidades são convocados a tomar conta de si próprios. Destaca-se que o surgimento do discurso promocionista deu-se em países desenvolvidos que construíram sistemas de proteção social de razoável qualidade para os seus cidadãos. Nestes contextos, buscou-se implementar

alternativas para além das estruturas formais da rede de serviços, porém, o mesmo “não vale (ainda hoje) para a maioria dos países periféricos, marcados pela desigualdade social, onde as demandas são outras e bem diferentes”. (CASTIEL et.al, 2010, p. 36)

Buss (2000) divide as diversas conceituações da promoção da saúde em dois grandes grupos distintos. No primeiro grupo a promoção da saúde estaria vinculada a ações dirigidas para transformar comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no máximo na comunidade onde se encontram. Nesse sentido, as ações e programas de promoção seriam direcionados para práticas educativas, “primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos” (p. 166). Na perspectiva dessa abordagem conceitual, escapa do âmbito da promoção tudo o que estiver fora do controle do indivíduo. O segundo grupo tem constatado o papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde. As atividades estariam voltadas para o coletivo de indivíduos e para o ambiente compreendido nas dimensões física, social, política, cultural e econômica. Neste sentido, há um entendimento de que:

a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; 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, 2000, p. 167)

O debate travado nas últimas décadas em torno da promoção da saúde evidencia o esforço na incorporação de propostas que objetivam mudar o conteúdo das práticas de saúde, contribuindo com a redefinição dos objetivos, das práticas e dos meios de trabalho empregados no desenvolvimento de ações em todas as esferas de governo. Refere-se a um conjunto de ações que devem ser realizadas pelo sistema de saúde, ações de educação, comunicação e mobilização social, voltadas para o “empoderamento” dos indivíduos e dos grupos de tal maneira que possa desenvolver práticas que resultem na promoção, proteção e defesa das condições de vida e saúde (TEIXEIRA, 2006a).

Paulo Buss ao fazer uma análise do discurso vigente no campo da promoção da saúde, verifica-se que:

a promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20-25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000, p. 165).

Para Buss, (2000) essa nova concepção pressupõe um conjunto de valores que perpassa o âmbito do processo saúde-doença. Esses valores referem-se tanto à reorientação do sistema de saúde como um todo, quando à adoção de estilos de vida saudáveis. Tal concepção, na visão do autor, apresenta uma compressão ampliada que, pelo menos no seu ideário, visa superar o entendimento dos alcances da promoção da saúde anteriormente descrita, marcada pela compreensão da mudança dos comportamentos individuais e da mudança dos estilos de vida “nocivos” à saúde. À luz do pensamento de Buss (2003), Teixeira (2006a) explicita que:

A conceituação atual de Promoção da Saúde está associada a um conjunto de valores (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, desenvolvimento sustentável, participação e parceria), referindo-se a uma “combinação de estratégias que envolvem a ação do Estado (políticas públicas Saudáveis), da comunidade (reforço de ações comunitárias), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais) do sistema de saúde (reorganização do sistema de saúde) e de parceiras interinstitucionais, trabalhando com a noção de “responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos”. (p.114).

A Promoção da Saúde, tal como idealizada acima, busca, portanto, uma perspectiva abrangente do processo saúde-adoecimento, ao considerar os aspectos psicossociais. Considera também uma concepção de saúde como responsabilidades múltiplas, e incorpora o saber da comunidade junto ao saber técnico dos profissionais (LASMAR & RONZANI, 2009).

No caso do Brasil, a difusão do ideário da Promoção da Saúde vem ocorrendo em consonância com as propostas oriundas do movimento da Reforma Sanitária. As noções em torno da criação de ambientes e estilos de vida saudáveis passam a incorporar conceitos provenientes desse movimento. Observa-se também, a incorporação da noção de Promoção da Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família (TEIXEIRA, 2006a).

Teixeira (2006a) ressalta que a perspectiva da promoção da saúde pode estar também

vinculada com outras práticas, como as práticas dirigidas ao indivíduo, seja no ambulatório, no hospital ou na farmácia. Não se caracteriza somente na Atenção Básica, mas em toda a rede de saúde, e enfatiza que:

Mais do que um “momento” de um processo de construção da integralidade do cuidado, como sugerido, por exemplo, no diagrama da Vigilância da Saúde (PAIM, 1994) adotado como um dos referências no debate atual sobre a mudança do modelo de atenção à saúde no SUS (...), as ações de Promoção da Saúde podem ser entendidas como “transversais” ao modelo de atenção, podendo (e devendo) ser desenvolvidas em qualquer “momento” e em qualquer nível organizacional do sistema. (p. 101).

A autora sustenta que, para que haja uma reorientação das relações entre as unidades de saúde, tem se pontuado a importância da adoção de uma base territorial, do desenvolvimento planejado, da programação local e da gestão participativa. No entanto, do ponto de vista da organização das práticas de saúde, a incorporação das propostas da promoção da saúde pode contribuir para redefinir as características atuais da oferta de serviços na Atenção Básica. Ressalta ainda a necessidade de se incorporar o debate da promoção da saúde com a elaboração de propostas para melhoria da Estratégia da Saúde da Família.

Teixeira (2006a) reitera que, para a elaboração conceitual da promoção da saúde, devem-se resgatar os princípios essenciais que deram origem ao Movimento da Reforma Sanitária, quais sejam:

a) a proposta de superação do processo de “medicalização da sociedade”, que orientava a busca de alternativas, em termos de práticas de saúde, que privilegiassem a proteção, a preservação e a defesa das condições sociais compatíveis com a qualidade de vida e saúde dos indivíduos e grupos; b) o interesse em envolver a própria população como participante ativo no processo de reforma, quer através dos representantes de suas organizações as instâncias decisórias do sistema de saúde quer através da construção de uma “cultura sanitária” que estimule a autonomia e a capacidade de pensar e agir coerentemente com a defesa da saúde diante das situações que a vida impõe a cada momento. (p. 104)

A vertente crítica ao movimento de Promoção da Saúde aponta, por outro lado, o caráter normativo de suas propostas e a incapacidade de se delimitar de forma clara seus conceitos no esforço de superar esses limites (TEIXEIRA, 2006b). Castiel *et. al.* (2010) adverte que o discurso da promoção da saúde oriundo de países desenvolvidos não pode ser



transposto para países em desenvolvimento, e questiona:

Em que bases, então, a promoção da saúde se edifica nos países periféricos, em especial no Brasil? Como produto de países ocidentais desenvolvidos, a promoção da saúde carrega valores forjados em um dado contexto histórico, cultural, político, econômico e social e, sendo assim, não pode ser vista como produto neutro do pensamento científico a ser aplicado alhures. Há que se considerar, portanto, a possibilidade de a transferência acrítica de ideias e valores ‘impostos’ levar a promoção da saúde a difundir a culpabilização da vítima e a experimentar a inocuidade de suas ações e estratégias, caracterizando-se como uma forma sutil de controle social. A implementação de ações e políticas de saúde fundadas exclusivamente na noção de risco epidemiológico, é um dos caminhos mais rápidos para que a promoção da saúde assuma esse indesejado papel (p.36).

Castiel e Alvarez-Dardet (2007) colocam em jogo um conjunto de problemas referidos a promoção da saúde: a relação entre destino e livre arbítrio; a ideia recorrente da determinação biológica de condutas; o fortalecimento da noção de responsabilidade individual/coletiva, e discutem o poder que a sociedade concede ou delega àqueles que se afirmam como detentores da capacidade de prever o futuro.

Na mesma direção, Mattos (2001) alerta para a necessidade de prudência quanto ao exercício do diagnóstico precoce, uma vez que este tipifica a medicalização ao considerar que o profissional tem sempre razão para intervir sobre os indivíduos/coletivos. Esse autor utiliza o termo *Medicalização* “para definir um processo social através do qual a medicina toma para si a responsabilidade sobre um crescente número de aspectos social”. (p.49). Não só se trata o doente, recomenda-se hábitos, comportamento e sugere-se “modos de vida saudáveis”. A medicina preventiva invade a vida privada para dizer como o indivíduo/família deve se comportar, sugerindo “bons comportamentos”.

Mattos (2001) alerta para o fato de que as práticas de diagnóstico precoce e demais práticas preventivistas podem estar carregadas de conteúdo altamente medicalizante, pois:

estende as possibilidades de aplicar com certa eficácia técnica os conhecimentos sobre a doença, para regular aspectos da vida social. Através dela, a medicina não só trata doentes; ela recomenda hábitos e comportamentos. Ela invade a vida privada para sugerir modos de vida mais saudáveis, ou seja, supostamente mais capazes de impedir o adoecimento. (MATTOS, 2001, p.)

Castiel e Alvarez (2007) analisam o papel assumido pela saúde pública, quando esta se transforma em um espaço persecutório, culpabilizador e moralizador. Suas análises baseiam-se no fato de que a saúde pública “hegemônica”, ao confiar nas evidências científicas, ganha legitimidade para determinar os estilos de vida e o comportamento que o conjunto de indivíduos, sem distinções, deve seguir. Chamam atenção para os conflitos da excessiva individualização da responsabilidade com os corpos e com a saúde, e para o um excesso de cuidado individual que é maquiado pelo discurso solidário de bem coletivo. O discurso em prol de uma “boa saúde” nunca é circunscrito apenas ao campo da saúde, como apontam os autores:

Os discursos sobre a saúde nunca se referem tão-somente a dimensão da saúde. Se tais discursos significam modos de pensar, escrever, falar sobre a saúde e suas práticas, é preciso situá-los em determinados momentos históricos e saber a razão por que se legitimam ao acompanharem a ordem, econômica, política e social onde são gerados, sustentados e replicados e se ajustam a ela. Discursos sobre a saúde (e, mais especificamente, sobre o risco, à saúde) consistem em construções contingentes, de caráter normativo, inapelavelmente vinculado a outros interesses. Dependem, explicitamente ou não, de definições sobre o que é ser humano, o tipo de sociedade que se almeja e os modos de atingi-la. (CASTIEL & ALVAREZ- DARDET, 2007, p.25).

O “novo” discurso promocionista que surge com a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986, utiliza conceitos e estratégias como a de promoção e educação em saúde, participação comunitária e intersetorialidade, mas deixa de aprofundar o debate sobre as relações de poder e mantém sua fundamentação na noção de risco epidemiológico. Da mesma forma, seus conceitos como o “*empowerment*”, quando transpostos da forma individualista para dimensões coletivas, teriam a potencialidade de atuar em propostas de mudança social. A promoção da saúde, na sua forma hegemônica, escapa do âmbito da medicina, da fisiologia e percorre discursos sobre a moral e os bons costumes, “é também portadora de concepções biopolíticas da subjetividade somática que erige o corpo em sua maleabilidade automanipulável como a matriz de identidade” (ORTEGA *apud* CASTIEL & ALVAREZ- DARDET, 2007, p.26).

Para Castiel e Alvarez-Dardet (2007), embora a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998) tenha atualizado sua definição de estilo de vida considerando as características particulares das pessoas e suas condições socioeconômicas e ambientais, esta concepção não avança para além do carácter genérico e, por outra vertente, enfatiza a dimensão individual

das aptidões que devem ser “ensinadas durante a fase escolar com vistas a proporcionarem comportamentos adaptativos e positivos que permitam aos indivíduos lidarem efetivamente com as demandas e desafios da vida cotidiana” (p. 27).

Para os autores, essa visão reforça a ideia de responsabilidade pessoal, envolvendo primordialmente a noção de dever ou obrigação. Caberia ao indivíduo o poder de agência, sendo ele responsável por sua situação de saúde-doença. A responsabilização individual se relaciona com a culpabilização pelo adoecimento sem, contudo, considerar o contexto e as relações em que estão inseridos. O autocuidado, neste sentido, nada mais é do que uma estratégia de tornar os indivíduos responsáveis pelos riscos socialmente gerados. Os autores apontam que:

Responsabilização consiste em uma ideia normativa que enseja e sustenta ordenações essenciais à organização dos coletivos humanos. É conhecida e inevitável a associação de ‘risco’, ‘responsabilidade’ e ‘culpa’ (DOUGLAS, 1992), especialmente no que se refere ao descumprimento das obrigações. (CASTIEL & ALVAREZ- DARDET, 2007, p.29).

Nesse ponto, a culpabilização constitui-se em um poderoso instrumento de normatização que procura organizar os convívios humanos onde “a atribuição de culpa geralmente estigmatiza os indivíduos e embute um juízo social depreciativo ao culpado”

(CASTIEL & ALVAEZ-DARDET, 2007, p.31). A ideia de obrigação/dever é carregada de atributos morais, muitas vezes justificados pelo discurso de agir para “bem comum”. A noção de capacidade-agência pressupõe a “capacidade”, o “poder” de o indivíduo gerir sua própria vida. No campo da saúde significa que é o indivíduo o responsável por sua saúde, fato esse questionado pelos autores citados, principalmente quando se refere a populações que vivem em condições de pobreza.

A iatrogenia virtual causada pelo processo crescente de medicalização - onde não só se diagnostica e são tratadas as doenças, mas também o risco, sob a bandeira da promoção à saúde – pode acarretar numa excessiva normatização dos hábitos e nos modos de vida (CASTIEL & ALVAREZ- DARDET, 2007).

No caso da saúde pública brasileira, esses autores argumentam que:

A saúde pública se caracterizou, por muito tempo, como um terreno onde se devia privilegiar a abordagem populacional ou pública dos problemas de saúde. Mas, desde o surgimento da ‘promoção da saúde’ nos anos de 1980, a ênfase coletiva se dirigiu progressivamente para o âmbito individualista do comportamento ou do ‘estilo de vida’. (p. 50).

Consideram também que:

Infelizmente, a saúde promocional, em suas formulações científicas hegemônicas, não costuma dedicar a necessária atenção em relação a dimensões socioculturais cruciais e a questões relativas que as fragilizam grandemente. Seus conteúdos acabam afetados por afirmações cujo significado ou é ilimitado, ou é destituído de sentido, ou, quando há algum sentido, esses é bastante restrito (p.53).

## **1.2 BIOPOLITICA, BIOPODER, GOVERNAMENTABILIDADE E SUAS RELAÇÕES COM A PROMOÇÃO À SAÚDE**

Foucault, ao diagnosticar os mecanismos de poder na sociedade moderna, classifica o poder disciplinar como agente dos acontecimentos decorrentes de atitudes padronizadas dos indivíduos.

Foi principalmente a partir do século XVIII que surgiu o que pode ser designado como uma medicina coletiva, social, com propósitos educativos. O objetivo é a disciplinarização, o controle dos corpos dos indivíduos e da coletividade que proporcionaria o fortalecimento do Estado nacional em disputa, política e economicamente, com demais Estados (FOUCAULT, 1979).

Num primeiro momento a disciplina não se volta originalmente para o trabalhador. Sua intenção primeira não era produzir uma classe trabalhadora dócil, submissa ao sistema de produção capitalista que começava a se aparelhar; o objetivo era disciplinar o corpo social e com isto fortalecer a nação, o Estado nacional. Para isso, assentava-se a necessidade de uma população disciplinada na constituição de um Estado soberano. (FOUCAULT, 1979)

Nessa direção, o controle da sociedade sobre os indivíduos começa pelo corpo e não simplesmente por mecanismo ideológico. Foi no corpo biológico, no somático, que a sociedade capitalista empreendeu seus esforços. “O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica”. (FOUCAULT, 1979 p.80). O indivíduo como alvo e objeto do poder tem como características acionar nos corpos atributos da docilidade. Um corpo é dócil quando “pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (FOUCAULT, 2004 p. 126).

Para Foucault (2004) a disciplina utiliza ferramentas que vão orientar o processo de

construção do poder e normalização da conduta dos indivíduos/sociedade. Segundo a genealogia foucaultiana, a disciplina “diz respeito tanto a uma modalidade de poder que se caracteriza por medir, corrigir, hierarquizar, quanto torna possível um saber sobre o indivíduo” (PINHO, 1998, p. 189).

Desta forma:

O procedimento específico do poder na sociedade disciplinar é o exame. Este parte do princípio de que um indivíduo pode ser normalizado por meio da visibilidade a que seu corpo é submetido nos espaços disciplinares. Deste modo, a tecnologia disciplinar parte da ideia de que os indivíduos têm entre si uma igualdade formal e o exame, atuando dentro desta tecnologia, transforma o indivíduo em objeto de conhecimento. Como exame revela-se de modo claro o elo entre poder e saber, pois a visibilidade a que são submetidos os corpos visando sua modelagem disciplinar é também a base para a coleta de dados a partir dos quais os regimes discursivos dos saberes são produzidos, uma vez que os detalhes da vida cotidiana tornam-se temas de pesquisa, através de documentação e arquivos minuciosos. (CARDOSO Jr, 2011, p.167)

O poder torna-se automático, ninguém precisa exercê-lo, torna-se invisível, transforma os indivíduos em fiscais permanentes de suas condutas. A disciplina, porém, não é a única forma de controlar os corpos. Na contemporaneidade surge outro diagrama de exercício de poder que se caracteriza por gerir uma multiplicidade numerosa: a população. Nesse novo diagrama, a biopolítica se articula com a disciplina constituindo o biopoder. (CARDOSO Jr., 2011). A biopolítica busca estimativas estatísticas da população para obter o controle:

Depois de anátomo - política do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que já não é uma anátomo-política do corpo humano, mas que eu chamaria de uma ‘biopolítica’ da espécie humana. (FOUCAULT, 1999, p. 289).

A constituição do biopoder implica numa:

(...) mudança de racionalidade política. Foucault descreve três etapas da racionalidade política, até chegar ao biopoder. No pensamento tradicional, a política era uma arte que se preocupava com o bem-estar dos cidadãos e com a justiça. A razão prática procurava organizar a vida política de acordo com a ordem do cosmo (...). No Renascimento, surge um novo tipo de racionalidade política. A relação entre o poder, o governante e o Estado por ele governado passa a ser objeto de reflexão. O saber prático não está mais centrado no bem-estar do cidadão (...) o objetivo político era o de aumentar o poder do governante (...) o terceiro tipo de racionalidade política, que corresponde à emergência do biopoder, sacrifica a política em favor de

programas voltados para a ordenação e disciplinarização de indivíduos. O Estado tem uma razão e um fim em si mesmo que não estão atreladas as vontades individuais do governante. (CARDOSO Jr, 2011, p.172-173).

Essa nova racionalidade exige o conhecimento concreto de todos os dados que possam ser mensurados sobre a população e organizados pelos Estados como: história, geografia, clima e demografia.

As vidas, as mortes, as atividades, o trabalho, as misérias e as alegrias dos indivíduos eram importantes por constituírem preocupações cotidianas que se tornavam politicamente úteis (...) os administradores do Estado expressaram seus conceitos de bem-estar humano e de intervenção do Estado em termos de questões biológicas, tais como reprodução, doença, trabalho ou dor.(DREYFUS &RABINOW, 1995 *apud* CARDOSO Jr, 2011, p. 173).

Essa nova tecnologia de controle das populações foi possível pela supremacia do poder científico. O Estado, apropriando-se da ciência com técnicas de governamentabilidade, passa a administrar a espécie humana, onde os indivíduos eram organizados em populações sobre as quais se exercia um gerenciamento sobre a vida, a morte e a saúde. A governamentabilidade como uma tecnologia de poder, inserida no âmbito maior do biopoder, visa o controle da população em um dado território. Segundo Foucault:

Vemos que a palavra “governar”, antes de adquirir seu significado propriamente político a partir do século XVI, abrange um vastíssimo domínio semântico que se refere ao deslocamento no espaço, ao movimento, que se refere à subsistência material, à alimentação, que se refere aos cuidados que se podem dispensar a um indivíduo e à cura que se pode lhe dar, que se refere também ao exercício de um mando, de uma atividade prescritiva, ao mesmo tempo incessante, zelosa, ativa, e sempre benévola. Refere-se ao controle que se pode exercer sobre si mesmo e sobre os outros, sobre seu corpo, mas também sobre sua alma e sua maneira de agir. E, enfim, refere-se a um comércio, a um processo circular ou a um processo de troca que passa de um indivíduo a outro. Como quer que seja, através de todos esses sentidos, há algo que aparece claramente: nunca se governa um Estado, nunca se governa um território, nunca se governa uma estrutura política. Quem é governado são sempre pessoas, são homens, são indivíduos ou coletividades (FOUCAULT 2008, p. 243).

O biopoder é, neste sentido, uma modalidade de poder sobre os corpos vivos da população que agrega a disciplina. É uma forma de exercício do poder que conjuga várias técnicas em uma única tecnologia. A biopolítica se aplica a população como forma de controlar a vida, não mais pela ameaça, mas sim pela transferência de responsabilidade para o

indivíduo. O controle passa a ser exercido através de subjetivação e autocuidado.

A governabilidade refere-se aos contornos do poder que ultrapassam ao exercício direto de dominação, mediante a produção de subjetividades, seguindo uma racionalidade que expressa finalidades de ações e as formas de alcançá-las. Os mecanismos de controle via autogoverno são denominados “tecnologias de si mesmo”, onde o autocuidado opera como estratégia de responsabilização dos indivíduos por sua vida (CASTIEL & ALVAREZ-DARDET, 2007).

As práticas biopolíticas de ascese corporal para Ortega (2004 *apud* CASTIEL & ALVAREZ-DARDET, 2007, p. 63) operam através de controles disciplinares e “instituem biossubjetividades que conduzem ao submetimento dos indivíduos”. O controle das experiências passa a operar por injunções biopolíticas fundamentadas em forte conteúdo moral, onde “práticas sanitárias ocupam lugar de destaque, para além dos mecanismos tradicionais de vigilância e regulação, por mecanismos jurídicos e policiais”.

Utilizando o referencial de Lupton (1995), Castiel & Alvarez-Dardet (2007), problematizam o termo “promoção da saúde”, inserindo-o em um ideário que busca incessantemente interferir nos comportamentos:

Promoção da saúde é geralmente usado para descrever atividades específicas dirigidas a metas particulares, com uma forte ênfase na gestão racional da saúde das populações. A maior ênfase da retórica promocional da saúde esta em estimular a ‘saúde positiva’, em prevenir doenças, mas do que tratá-las, desenvolver indicadores de desempenho com base em objetivos específicos, o uso da mídia para colocar no mercado comportamentos e atitudes (estilos de vida) saudáveis, o foco no trabalho com comunidades para estimular a respectiva participação nas proposições com vistas a desenvolver ambientes saudáveis e também diminuir os crescentes gastos na assistência à saúde (p. 73).

Os autores acrescentam que hoje a “promoção da saúde hegemônica” adota estratégias políticas que vão desde posturas mais conservadoras até perspectivas críticas, ditas libertárias. Sob a primeira vertente, a promoção da saúde funcionaria como meio para direcionar os comportamentos individuais, levando estes a assumirem a responsabilidade por sua saúde, e, com isso, diminuir os custos com o financiamento da assistência à saúde. Já a via “reformista” considera que a promoção à saúde tem potencialidade para mudar a relação entre cidadão e Estado através da ênfase em políticas públicas e na ação intersetorial. Porém, para Castiel & Alvarez-Dardet (2007), este novo discurso não apresenta uma compreensão satisfatória frente à complexa dinâmica entre a situação de saúde individual/coletiva e as constantes mudanças

socioculturais e subjetivas.

Assim, na visão hegemônica, a promoção da saúde estaria orientada pelo campo da epidemiologia e da fisiologia, que tem por hábito reduzir a realidade da saúde ao individual e a uma visão ontológica da doença com fenômeno que pode ser empiricamente observado (CASTIEL & ALVAREZ- DARDET, 2007).

A assimetria nas relações entre profissionais e usuários pode facilitar a apropriação de questões/informações da vida privada do indivíduo e contribuir para uma normatização, que se expressa nas tentativas de mudanças de hábitos e comportamentos, prescrevendo “estilos de vida”.

Neste cenário destaca-se a imposição de saber-poder. O imaginário que a população tem do profissional de saúde faz com que o indivíduo fique em uma condição de receptor passivo de orientação, normas e regras. O perfil comunitário do ACS o coloca numa relação de saber-poder singular dentro da ESF, pois este, por residir na mesma comunidade que as famílias atendidas, compartilharia os mesmos saberes com a população, mas, por outro lado, é evocado seu perfil de “ser da saúde”. Nesse encontro de saberes parece que o que prevalece é o segundo entendimento, ou seja, a ele é outorgado o potencial de ser portador de um saber mais técnico, e, nesse sentido, “mais correto” na sua percepção.

### **1.3. O EMPODERAMENTO NO CAMPO DA PROMOÇÃO À SAÚDE**

O discurso promocionista propõe a noção de “empoderamento” do indivíduo e da comunidade. No entanto, não deixa claro o que é ser um indivíduo/grupo “empoderado”. No esforço de esclarecer este termo, Carvalho (2004) afirma que muitos dos problemas referentes à sua apreensão derivam da tentativa de traduzir o *empowerment* para a língua portuguesa e espanhola.

No campo conceitual da promoção à saúde o *empowerment* apresenta duas concepções: o “*empowerment* psicológico” e o “*empowerment* comunitário”. Carvalho (2004) considera que a concepção do *empowerment* psicológico pode criar a ilusão de poder por parte dos indivíduos que acreditam serem capazes de controlar suas vidas, quando, muitas vezes, estas são controladas por políticas e práticas macrossociais. O que fica em voga não é o *empowerment* real, mas sim um sentimento de *empowerment*. Nessa direção a autora afirma que esta perspectiva não reflete sobre as relações de poder e nem de distribuição de recursos;



ela pode funcionar como instrumento de regulação social. Essa concepção vem de encontro com a ideologia política de responsabilidade pessoal para influenciar as pessoas que gastem/utilizem seus próprios recursos no alcance da saúde. O autor acrescenta que:

Isso vem permitindo que, embora expresso na linguagem que afirma importância da autonomia das pessoas e da diminuição da dependência de instituições macrosociais, o empowerment psicológico venha sendo usado para justificar a diminuição e o retrocesso na prestação de serviços sociais e de saúde em tempos de conservadorismo fiscal (CARVALHO, 2004, p. 1091).

O “*empowerment* comunitário” tem sido proposto como uma forma de superar a visão individualista embutida no “*empowerment* Psicológico” e como um artifício de politização das estratégias da nova Promoção da Saúde. Procura situar aspectos de distintas esferas da vida social. Essa “nova” abordagem considera que a comunidade possui diferentes grupos de poder e de posse dos recursos, e esse poder está distribuído de forma desigual dentro da sociedade. Os teóricos do “*empowerment* comunitário” advogam seu potencial para a redistribuição do poder e a resistência para os que o perdem. Consistiu, nesse sentido, como define Carvalho (2004), num “processo, e resultado, de ações que afetam a distribuição do poder levando a um acúmulo, ou desacumulo de poder (“desempowerment”) no âmbito das esferas pessoais, intersubjetivas e políticas”. (p.1092).

No entanto, o autor faz um alerta para que, em nome da luta contra a tirania do indivíduo, presente no modelo biomédico hegemônico, e da “Promoção à Saúde behaviorista”, não se corra o risco de cunharmos formulações que induzam a tirania do coletivo. Explica que esse alerta deve-se ao fato de que “muitas leituras da Promoção da Saúde tendem a moldar uma noção de ‘*empowerment*’ que reduz unicamente ações políticas coletivas negando, portanto, o caráter multidimensional do poder”.

Carvalho (2004) julga duas interfaces relevantes do “*empowerment* comunitário” na consolidação do SUS no Brasil: sua contribuição para a educação à saúde e na reorientação dos serviços de saúde. O “*empowerment* comunitário” demandaria, nessa perspectiva, a criação de espaços públicos com objetivo de promover a participação dos indivíduos e do coletivo “na análise crítica de seus problemas visando a elaboração de estratégias de ação que busquem a transformação do *status quo*”. O “*empowerment education*” visa, portanto, contribuir para a construção de pensamentos críticos e estimular ações voltadas à superação das estruturas institucionais e ideológicas de opressão.

Esta perspectiva pedagógica, derivada do empowerment comunitário, toma os indivíduos e grupos socialmente excluídos como cidadãos portadores de direitos e do direito de ter direito, distanciando-se do projeto behaviorista que tende a apresentar os marginalizados como pessoas dependentes que devem ser ajudados, socializadas e treinadas. O empowerment transforma-se, neste contexto, em um ato político libertador que se contrapõe à concepção bancária de educação (CARVALHO, 2004 p. 1092).

No que se refere à reorientação dos serviços de saúde, a categoria “*empowerment* comunitário” apresenta para o autor, grande potencial na superação das deficiências do movimento de Promoção à Saúde como a ausência de propostas consistentes de reorganização das práticas assistenciais. Um exemplo apresentado é a capacidade de instrumentalizar no delineamento de ações menos hierarquizadas, seja na relação entre profissionais, seja na relação entre profissional-usuário e orientar para práticas voltadas para parcerias entre profissionais, usuários e comunidades.

Em síntese, cabe destacar que a perspectiva medicalizante marca, em distintas abordagens, o conceito de promoção da saúde. Cabe ainda perceber que, por vezes, as práticas em saúde são desenvolvidas de modo a reforçar mudanças individuais no “estilo de vida” das pessoas com base em argumentos construídos a partir da noção de risco, por exemplo. Essas práticas podem também ser pautadas em relações de subordinação do outro, quando visam pressionar o indivíduo e sua família na direção de mudanças comportamentais particulares. Vale então compreender como isso ocorre no âmbito da Visita Domiciliar e na prática de agentes comunitários de saúde em Montes Claros.

#### **1.4 COLONIALISMO E EMANCIPAÇÃO**

O sociólogo Boaventura Souza Santos (2007 p. 53) faz um alerta para a necessidade de se recriar o conhecimento emancipador, que valorize os diversos tipos de saber. Nesse ponto classifica dois modelos de saber: o conhecimento-regulação (CR) e o conhecimento-emancipação (CE), que estão presentes na matriz ocidental. Tanto o conhecimento-regulação quanto o conhecimento-emancipação possuem um ponto A, que é o de ignorância, e um ponto B, que é de saber. A diferença está no fato de que, no caso do conhecimento-regulação, a ignorância é o *caos*, pois “ser ignorante é viver em caos da realidade incontrolada, seja na natureza ou na sociedade”, possuir conhecimento é saber, é a *ordem*. A trajetória do conhecimento-regulação parte do *caos* à ordem, onde saber é colocar ordem nas coisas, na

realidade e na sociedade.

O conhecimento-emancipação parte do ponto A, chamado colonialismo, “a incapacidade de conhecer o outro como igual, a objetivação do outro – transformar o outro em objeto” (idem). O ponto B seria a autonomia solidária. O conhecimento então partiria do colonialismo à autonomia solidária. Santos (2007) destaca que, embora as duas formas de modelos estejam inscritos na matriz da sociedade ocidental, o CR passou a dominar o pensamento quando coincidiu na modernidade com o capitalismo. Quando o fez, o CR passou a dominar a matriz do CE fazendo com que este fosse reconfigurado. O que se configurava como “conhecimento-saber (autonomia solidária) passou a ser no CE, uma forma de caos (a solidariedade entre as classes é perigosa, a solidariedade no povo é uma forma de caos que precisa ser controlada)” (idem). Neste sentido, o que era conhecimento passa a ser no CR, “ignorância”. E, em sentido inverso, o que era ignorância no conhecimento-emancipador (ou seja, o colonialismo) passa a ser uma forma de ordem. Ao propor a reinvenção do conhecimento-emancipação o autor esclarece:

(...) a ciência moderna se desenvolveu totalmente no quadro do conhecimento-regulação que recodificou, canibalizou, perverteu as possibilidades do CE. E é por isso que o CE tem de ser uma ecologia de saberes, não pode ser simplesmente o saber científico moderno que temos: este é importante, necessário, mas tem de estar incluído em uma ecologia de saberes mais ampla. É muito importante fazer essa mudança, de uma epistemologia baseada somente em uma forma de conhecimento para outra de ecologia. Quando há uma ecologia de saberes, a ignorância não é necessariamente um ponto de partida, pode ser um ponto de chegada. (SANTOS, 2007, p. 53-54).

O autor alerta para o perigo de a colonização produzir nos indivíduos/sociedade colonizados, silenciamentos e diferenças. O colonialismo, ao colocar-se como único saber crível, desconsiderando outros saberes, se impõe de forma a produzir o silêncio, “o diálogo não é possível simplesmente porque as pessoas não sabem dizer, não porque não tenham o que dizer, mas porque suas aspirações são improferíveis”. (p.55). O dilema, então, estaria em como fazer com que o silêncio fale por meio da linguagem, como fazer com que as vozes silenciadas produzam, nesta lógica racionalizante, autonomia e não a reprodução do silenciamento. O autor aponta a necessidade do diálogo entre as diferentes filosofias, onde “(...) é preciso conversar muito mais, dialogar muito mais, buscar outra metodologia de saber, ensinar e aprender”. (p.57).

No campo da saúde o diálogo não é fácil. O profissional tem autorização para

conduzir a conversa produzida pela “capa dos valores universais autorizados pela razão” que atribuiu “a razão de uma ‘raça’ de um sexo e de uma classe social”. Esses valores universais no campo da saúde podem produzir o silenciamento dos usuários. (SANTOS, 2009, p. 30).

Outro desafio colocado por Santos (2007) é a distinção entre objetividade e neutralidade. É postulado aos “cientistas” que tenham uma distância crítica em relação à realidade, mas, ao mesmo tempo, não há como isolar-se do contexto local. O próprio saber está contextualizado: “todo saber é local, todos os sistemas de saber são locais, inclusive as ciências” (p.57). Nesse ponto o autor faz uma crítica à racionalidade moderna ocidental, aos tipos de saber que pretendem ser universais, leis gerais que não consideram o contexto, as vivências e a especificidades de cada cultura. O desafio estaria em desenvolver subjetividades rebeldes e não apenas subjetividades conformizadas. O conhecimento é carregado de argumentos racionais, mas também:

(...) há uma dimensão mítica em todos os saberes, que é a crença, a fé na validade em nossos conhecimentos. Todos nossos conhecimentos têm um elemento de *logos* e um elemento de *mythos*, que é a emoção, a fé, o sentimento que certo conhecimento nos proporciona pelo fato de o termos, a repugnância ou amor que nos provoca. (SANTOS, 2007, p. 58).

Na modernidade, o colonialismo político abre espaço para o colonialismo social e cultural. Não se pode entender as relações de desigualdades e exclusão sem entender que o colonialismo social existe nas práticas diárias através do exercício de poder. Santos (2007) propõe que, para entender as estruturas de poder da sociedade, é necessário que se faça uma análise “pelas margens”. O colonialismo, nesta concepção, “são todas as trocas, todos os intercâmbios, as relações, em que uma parte mais fraca é expropriada de sua humanidade” (p.59).

O autor alerta para a necessidade de se criar um novo paradigma que não tenha por base um conhecimento único e válido. Um paradigma que considere a multiplicidade das práticas sociais e saberes nelas intrínseco, uma vez que:

A ciência moderna é sustentada por uma prática de divisão técnica profissional e social do trabalho e pelo desenvolvimento tecnológico infinito das forças produtivas de que o capitalismo é hoje seu único exemplar. Práticas sociais alternativas gerarão formas de conhecimento alternativos. Não conhecer estas formas de conhecimento implica deslegitimar as práticas sociais que as sustentam e, neste sentido, promover a exclusão social dos que a promovem (SANTOS, 2010, p.328).

No âmbito da saúde, uma prática de (des)colonização talvez deva considerar o usuário como sujeito portador de saber, não somente um corpo a ser tratado. Questões que ficam no ar são: Há hierarquia no conhecimento dos profissionais e usuários? Se existe, como está posta? Qual o caminho para amortizá-la? Para se construir a emancipação é necessário "uma nova relação entre o respeito à igualdade e o princípio do reconhecimento da diferença" (SANTOS, 2007, p. 62).

Neste contexto, cabe um processo de negociação dos conhecimentos e identificação compartilhada do tipo de conhecimento mais adequado para enfrentar os problemas em pauta. Ou seja, não há uma definição a priori sobre qual o tipo de conhecimento mais adequado.

## 1.5 INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Outro conceito que deve ser problematizado no curso deste debate sobre as diferentes perspectivas de promoção da saúde que vêm sendo construídas no Brasil é o conceito de integralidade. A revisão da literatura sobre “integralidade” aponta para os seus múltiplos significados e formas de operacionalização. Esse termo tem sido empregado para marcar uma bandeira de luta do movimento sanitário brasileiro, uma “imagem-objeto” (uma maneira de apontar características desejáveis do sistema e das práticas de saúde), um princípio constitucional e diretriz do SUS, um valor a ser sustentado e defendido no âmbito das práticas dos profissionais de saúde (MATTOS, 2001).

A integridade como um conceito em construção, tem assumido diferentes significados ao longo do tempo e em contextos distintos como sugere Mattos (2001). No contexto do Movimento Sanitário Brasileiro a integralidade destacou-se pelas discussões em torno da atenção, com crítica às práticas reducionistas e fragmentadas, e também a forma da organização dos serviços de saúde tradicionalmente separados entre ações de saúde pública e assistência médica individual. Progressivamente, a integralidade passa de um princípio pautado num discurso ideológico a uma diretriz organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS).

O texto constitucional de 1988 apresenta o “*atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*” como uma das diretrizes para a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, concretizada posteriormente com a criação do Sistema Único de Saúde

(SUS), em 1990.

Hoje se verifica um conjunto de leituras sobre a integralidade; algumas se referem à rede de serviços e a uma determinada dinâmica política e institucional e a forma como se organizam para prestar ações de promoção, prevenção e recuperação de modo integrado e coordenado. Outras leituras dão ênfase à integralidade no ato do atendimento individualizado-familiar, considerando as dimensões biopsicossociais do processo saúde-doença, numa perspectiva ampliada da saúde.

Nos últimos anos, alguns estudos no campo da saúde vêm procurando aprofundar a reflexão sobre a integralidade no SUS. Pinheiro (2001, p. 65) analisa o caráter polissêmico do termo e destaca alguns elementos desse debate:

(...) uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos objetivos e subjetivos sejam considerados. (p. 65).

A integralidade da assistência, conforme disposto na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) – conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema – aparece como um dos componentes norteadores para a transformação do modelo de atenção vigente, tendo na Estratégia de Saúde da Família uma possibilidade de expressão.

Mattos (2001) observa três grandes conjuntos de sentidos atribuídos à integralidade: a integralidade como princípio orientador das práticas; a integralidade como princípio orientador da organização do trabalho; e a integralidade como princípio orientador da organização das políticas. Destaca-se aqui, os sentidos da integralidade no âmbito das práticas dos profissionais de saúde:

(..) cabe defender a integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram. (MATTOS 2001, p.49).

A integralidade como princípio orientador das práticas refere-se ao encontro entre profissionais de saúde e os usuários dos serviços, orientado por uma abordagem integral que busque apreender as necessidades dos indivíduos observando as inter-relações entre o

contexto familiar e o contexto da comunidade, do território geopolítico e social em que vivem. É nesse sentido que este estudo procura focar suas análises, considerando a possibilidade de que o espaço da Visita Domiciliar venha a constituir-se num cenário propício à integralidade e a promoção da saúde, onde os profissionais de saúde, em especial o Agente Comunitário de Saúde, desenvolvam práticas que valorizem as relações interpessoais considerando aspectos como o diálogo, o vínculo, a escuta e o acolhimento. Por outro lado, deve também considerar que esse espaço pode constituir-se (não de forma dual ou excludente, mas por vezes concomitante) num cenário de intervenção prescritiva, normativa, por parte desses profissionais, na vida privada dos indivíduos e famílias atendidos.

A ideia de um atendimento integral pode favorecer uma perspectiva mais abrangente de atenção em saúde, que, por sua vez, também pode estimular o profissional de saúde a compreender de forma mais ampla os espaços sociais onde potencialmente ele atua. Nesse processo os profissionais podem, por um lado, buscar informações do cotidiano das famílias – que inclusive podem ser muito particulares (relativas ao âmbito “privado”) – e, por outro lado, levá-los a atuar em diversos âmbitos para além dos aspectos biológicos do processo saúde-doença numa perspectiva mais sociopolítica.

O conceito mais abrangente de integralidade envolve múltiplas dimensões dos serviços e das práticas de saúde. Diversas delas requerem ações governamentais nos seus múltiplos níveis: da Unidade Básica ao Ministério da Saúde. Alguns estudos têm mostrado a possibilidade de melhoria da acessibilidade e a humanização do acolhimento por meio de estratégias voltadas para a implementação e o acompanhamento de programas de saúde (PAIM; VIEIRA-DA-SILVA, 2010). No entanto, considerando que, tradicionalmente, as práticas médicas se baseiam em técnicas prescritivas, a justificativa do atendimento integral pode concorrer para uma excessiva prescrição dos modos de vida quando não considera o indivíduos/coletividade, inseridos em contextos específicos. O profissional passa a dizer como o indivíduo deve agir, não somente em relação ao corpo, mas em relação a vários outros aspectos de sua vida cotidiana como um todo.

Segundo Hannah Arendt (1987), com a ascensão da sociedade, isto é, a elevação do lar doméstico ou das atividades econômicas ao nível público, a administração doméstica e todas as questões antes pertencentes à esfera privada da família, transformaram-se em interesse coletivo. “No mundo moderno, as duas esferas constantemente recaem uma sobre a outra, com ondas no perene fluir do processo da vida.”. (p. 42-43). A passagem da sociedade do interior do lar para a luz da esfera pública, não apenas diluiu a antiga divisão entre privado e o político, mas também alterou o significado dos dois termos e sua importância para a vida

do indivíduo e do cidadão, ao ponto de torná-la quase irreconhecíveis:

Desde o advento da sociedade, desde a admissão das atividades caseiras e da econômica doméstica à esfera pública, a nova esfera tem-se caracterizado principalmente por uma irresistível tendência de crescer, de devorar as esferas mais antigas do político e do privado, bem como a esfera mais recente da intimidade (...) através da sociedade, o próprio processo da vida foi, de uma forma ou de outra, canalizado para a esfera pública. (ARENDDT, 1987, p.48)

Diz a autora que a distinção entre a esfera pública e privada passa a ser encarada do ponto de vista da privacidade e não do corpo político, equivalente à diferença entre o que deve ser exibido e o que deve ser ocultado. O fato histórico decisivo que marca a privacidade moderna em sua função mais relevante (...) “foi a descoberta não como o oposto da esfera política, mas da esfera social, com a qual, portanto, tem laços ainda mais estreitos e mais autênticos”. (p.48). A esfera privada dá lugar à esfera da intimidade, do que deve ser ocultado.

O espaço público, na perspectiva Arendt, é o espaço da palavra e da ação, do ponto de vista da sociabilidade e da comunicabilidade; um mundo onde é possível ser ouvido e visto. É nesse espaço público que se institui uma forma específica de sociabilidade regida pela pluralidade humana, expressa no diálogo e na possibilidade de manifestação da diferença para alcançar o senso comum.

Bernades e Pelliciole (2008, p.129), utilizando-se do conceito de ascensão do social em Arendt (1989), apontam que o desenvolvimento de centros urbanos alavanca a produção, ocorrendo assim, uma transformação do público, antes tido como lugar de trocas e mercado, e agora como espaço de produção: industrial, populacional, epidemiológica, urbanizacional. Assim, a industrialização engendra sobreposição de uma política disciplinar e de uma política sobre a vida. Quando a medicina social passa a regular o espaço urbano e os modos de viver da população pobre, o controle sobre as epidemias torna-se possível. Para esses autores:

Essa experiência de público, constituída na racionalidade moderna, tem suas condições de possibilidades na periculosidade que a pauperização apresenta para o progresso e o desenvolvimento social. Torna-se uma questão que deve ser capturada pelo Estado e investida. A política que aparece como estratégia é o controle das populações por meio da saúde, da salubridade e insalubridade de corpo social – uma política médico/policial. Desse modo, a emergência do público é possível justamente pela emergência da vida e da saúde como objetos de saber e intervenção. (Ibidem, p.130)



A saúde, neste sentido, torna-se uma urgência a ser respondida, e a resposta a essa urgência atualiza-se na figura do Estado. A saúde torna-se um caso, torna-se uma problemática. Nesta análise, o trabalho é reconhecido como um foco do dispositivo de publicização. “É preciso torná-lo um domínio, é preciso regulamentá-lo”. Isso porque o trabalho é a via pela qual se institui a regulamentação, bem como a via por onde se escapa a regulamentação (Ibidem, p.131). O investimento nessa figura emergente do operário trabalhador é uma questão de seguridade para o Estado, tanto em relação às reservas e acumulação, quanto à possibilidade de governabilidade. “Ter acesso à seguridade cola a família ao trabalho, na medida em que a família se torna segurada pelo trabalhador, a assistência e a previdência são para os trabalhadores seus familiares” (Ibidem, p.131).

O sujeito público é o indivíduo e não o cidadão. Assim, torna-se necessário amarrar o sujeito público a um espaço privado, a uma propriedade, qual seja a família e o corpo. Há, nesse ponto, um sentido inverso onde o dispositivo de publicização provoca a privatização; por um lado, pela industrialização e abertura ao capital estrangeiro/privado, por outro lado, pela localização das afecções morais e físicas da região de interioridade do corpo/organismo.

A racionalidade, seja do Estado ou da trabalhador/família, engendra-se na objetivação do dever como tarefa, não como direito. Essa racionalidade opera com a individualização da população, individualização que tem como tecnologia a autonomia: “a ênfase é dada à atenção individual, assistencialista e especializada, em detrimento das medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo”. (BERNADES & PELLICIOLE, 2008, p.127).

O território deixa de ser uma expressão geográfica e passa a ser uma manifestação sociológica. Assim, “a população passa a ser um componente da Nação, um componente que deve ser regulamentado, controlado, pois é justamente a população que escapa a determinadas formas de dominação”. (Ibidem, p.131). Esse acoplamento do Estado às formas de viver conforma um conjunto com regras próprias de funcionamento, engendra uma biorregulamentação.

É no microcosmo do espaço social que se inscrevem os profissionais das equipes de saúde da família, cujas práticas podem tanto abarcar perspectivas normativas, prescritivas, quanto considerarem a família em seu contexto de forma mais dialógica, interativa, bem como abarcarem questões referentes à esfera privada, particular, da intimidade de vida, quanto ao território, aos valores e princípios que pautam as relações sociais num dado contexto sociopolítico, cultural e econômico. Cabe analisar como se constroem essas múltiplas

possibilidades em práticas de saúde desenvolvidas em territórios específicos, qual seja daqueles adscritos à ESF no município de Montes Claros.

## **1.6 A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

A Atenção Primária em Saúde (APS) é apresentada internacionalmente como uma estratégia de organização da atenção à saúde. Mesmo existindo relativo consenso na utilização do termo "Atenção Primária em Saúde (APS)", existem distintas concepções a respeito de seu efetivo significado. A concepção e as práticas de saúde referentes à APS se diferenciam quanto a sua finalidade para os diferentes atores envolvidos no campo da saúde. Contudo, as várias formas de compreensão da APS nem sempre são excludentes, podendo coexistir num mesmo sistema de saúde, não sendo desta forma, possível identificar uma única definição para APS. Sua importância pode ser verificada na organização das ações dos sistemas de saúde de inúmeros países desde o século XX. (BAPTISTA, FAUSTO & CUNHA, 2009)

A trajetória de organização dos serviços norteados pela atenção primária é marcada por sucessivas reconstruções até se consolidar de fato como uma política de reforma, uma alternativa diante de permanente crise dos sistemas de saúde na contemporaneidade. Os discursos associados aos princípios participativos e de democratização, largamente difundidos na década de 1960 e principalmente na década de 1970, retrocedem na fase de reformas neoliberais dos anos 1980 para ressurgirem a partir da segunda metade da década de 1990, “com uma roupagem mais nacionalizadora e instrumental” (CONILL, 2008, p.13).

Paim (2012) destaca que a matriz político-ideológica da APS contemporânea foi construída nos anos 1960 e associara-se a “guerra contra a pobreza” nos governos de Kennedy e Johnson nos Estados Unidos (EUA), quando floresceram os programas de medicina comunitária na tentativa de aliviar “tensões sociais acumuladas pelas lutas dos negros americanos contra o racismo e pelos direitos civis” (p.343). As iniciativas baseadas na medicina comunitária foram difundidas posteriormente através de fundações americanas como a Kellogg e Rockefeller, além de organismos internacionais e da igreja (ou igrejas), para inúmeros países.

Na década de 1970 o Brasil vivenciou algumas experiências de centros de saúde ligados a programas experimentais de saúde comunitária de universidades em articulação com os serviços de saúde, como foi a experiência de Montes Claros (Formato focal). Em seguida

essas experiências desdobram-se nos Programas de Extensão de Cobertura (formato ampliado), a exemplo do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), implementado a partir de 1976, e do Programa Nacional de Serviços de Saúde (PREV-SAÚDE), formulado em 1980, “mas não implantado de fato em decorrência da oposição dos empresários, bem como de dirigentes e burocratas do então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)” (PAIM, 2012, p. 344).

Em muitos países a atenção primária é compreendida como programa focalizado e seletivo que visa ofertar um pacote reduzido de serviços e ações às populações de baixa renda, sem que haja a garantia de acesso a outros recursos do sistema. Em outros países, como é o caso de vários países europeus e do Canadá, a atenção primária é concebida como primeiro nível do sistema, com oferta de serviços de qualidade, responsável pela coordenação do cuidado e organização do sistema de saúde. (LAVRAS, 2011).

Em 1978 foi realizada a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Gazaquistão, por duas organizações das Nações Unidas (ONU): Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), onde foi recomendada aos países membros a meta de atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000 através da Atenção Primária à Saúde (APS). O pacto foi assinado por 134 países. Assim, a OMS passou a compreender e a divulgar os cuidados primários em saúde como:

cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Opas/OMS, 1978).

Constituindo-se como marco no debate sobre as modalidades de cuidado de saúde e sobre as maneiras de garantir o direito à saúde, a Conferência de Alma-Ata reconheceu e destacou a necessidade de cuidados primários de saúde, “práticas relativamente simples, e baixo custo e grande eficácia, em termos de melhoria de alguns indicadores de condições de

saúde e de vida de uma população” (MATTOS, 2002 p.79).

Segundo Mattos (2001, p.383), esta é a última grande reunião dos povos das Nações Unidas em que eles falaram e decidiram algo que não era imposto pelos países centrais "(...) talvez tenha sido a última vez que a voz dos países em desenvolvimento foi levada a sério num fórum internacional". O "último suspiro" de um modelo na dinâmica de negociação e acordos internacionais. As propostas geradas e emanadas dos países "não desenvolvidos", como eram chamados, foram vitoriosas e foram reproduzidas na declaração de Alma-Ata. O conceito apresentado em Alma-Ata foi amplamente difundido e influenciou as propostas de organização da atenção em diferentes sistemas.

Um das questões centrais levantadas nessa conferência era a de que a expansão dos cuidados primários de saúde constituía-se numa estratégia mais eficiente do que a mera expansão dos serviços tradicionais de assistência. Tais razões se justificavam pelo fato de apresentarem menor custo e grande eficácia.

No entanto, a leitura das proposições colocadas em Alma-Ata não foi feita de maneira unívoca. Segundo Mattos (2002), ao destacar a modalidade de cuidado, alguns associaram a atenção primária a um pacote limitado de práticas de baixo custo e alto impacto que seriam direcionados a grupos que viviam em condições de miséria, executada por profissionais sem nível superior: "(os agentes comunitários de saúde tinham participação decisiva nessas práticas) ou sem concurso de tecnologia sofisticada". (p.79). Outras leituras enfatizam o potencial da atenção primária, vendo-a na expansão dos cuidados primários em induzir a transformação do sistema de saúde.

Para esta segunda perspectiva (em consonância com Alma-Ata), a ampliação dos cuidados primários contribuiria no redimensionamento das demandas para os níveis mais complexos e onerosos e também garantiria o acesso aos cuidados de saúde mais frequentemente necessário, não podendo desta forma, ser dissociado da ampliação dos sistemas de saúde como um todo. Os cuidados primários, neste sentido, comporiam a rede hierarquizada do sistema de saúde, seguindo todas as diretrizes e princípios do sistema, e não a uma estratégia paralela.

Nessa acepção transformada de atenção primária, como estratégia de mudança do sistema de saúde, aceita-se a tese de que a expansão da cobertura aos grupos excluídos possa se fazer, primeiramente, através de cuidados mais simples e de custo mais baixo, mas apenas como etapa provisória de expansão, que permite maximizar impactos epidemiológicos na acentuada escassez de recursos. Por sua vez, a segunda perspectiva

preserva a ênfase na expansão da cobertura do sistema de saúde como um todo, ou seja, a perspectiva de inclusão gradual dos grupos socialmente mais frágeis" (MATTOS, p. 81 2002).

Um ano após a Conferência de Alma-Ata ocorreu uma reunião que apontou para o que parece ter sido a virada nos pressupostos de atenção primária tal como postulado nessa conferência. Tratou-se da conferência "Saúde da população e desenvolvimento", realizada no Palácio da Fundação Rockefeller em Bellagio na Itália em 1979, promovida por doadores internacionais que contou com a participação do presidente do Banco Mundial, do vice-presidente da Fundação Ford e de representantes do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Internacional do Canadá e da Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID), entre outras organizações internacionais, na qual definiram que as propostas de Alma-Ata eram muito universais. Advogou-se então, a necessidade de ações mais focalizadas baseadas no custo-benefício, ou efetivas em termos de custo, como mais tarde passaram a ser chamadas pelo Banco Mundial. A partir da Conferência de Bellagio foi disseminada internacionalmente uma noção seletiva de APS, baseada na formulação de programas com objetivos focados em problemas específicos de saúde e direcionados a grupos populacionais em situação de pobreza (MATTOS, 2002).

Há, neste sentido, uma divisão no entendimento sobre Atenção Primária em Saúde (APS). A carta de Atenção Primária de Alma-Ata coloca a atenção primária como estratégia de transformação do sistema de saúde, como um processo de transformação mais amplo que deve ser almejado.

Verifica-se no início dos anos 1980, uma mudança de posicionamento da UNICEF que "separa-se" da OMS e dá surgimento a uma atenção primária focalizada, centrada em agentes comunitários (no sentido de pessoas moradoras voluntárias) e num conjunto hiperseletivo de ações. Baseando-se na tese de que os países em desenvolvimento não teriam recursos suficientes para arcar com sistemas de saúde universais, a UNICEF propôs "a revolução da mortalidade infantil". Também contribuiu para esta leitura da APS a noção de "grupo materno-infantil" (MATTOS, 2002).

O embate discursivo entre essas duas vertentes perpassou toda a década de 1980, com ressonância nos debates sobre a organização dos serviços de saúde na década de 1990. A divulgação e financiamento dos programas seletivos de APS nos países em desenvolvimento deram-se através de agências e fundações internacionais. Seu principal objetivo era expandir a

cobertura através do ofertório de ações simples e com baixo custo, principalmente em áreas rurais onde a população não tinha fácil acesso ao sistema de saúde (BAPTISTA, FAUSTO & CUNHA, 2009).

A ideia de ser de baixo custo era exatamente por não precisar de profissionais como médicos e enfermeiros, que tinham a eficácia de produzir mudanças na saúde, na morte, sobretudo na mortalidade infantil, mas sem mudanças nos determinantes sociais da doença, sendo assim, uma via rápida. No Brasil a Pastoral da Criança foi a grande difusora das ações seletivas no combate à desnutrição infantil, como a farinha enriquecida e a multimistura. Partindo de uma leitura crítica sobre as ações seletivas, há o entendimento por parte da UNICEF de que “pobre é diferente e merece ser tratado como tal” (MATTOS, 2013).

Vale ressaltar, no entanto, que, ao se observar o atual desenvolvimento de sistemas nacionais de saúde em vários países do mundo, detecta-se um conjunto diversificado de iniciativas assentadas ora em uma concepção seletiva, ora em uma concepção mais abrangente (LAVRAS, 2011).

A figura do agente comunitário de saúde esteve presente em quase todas as propostas de cuidados primários. Eram pessoas voluntárias, da comunidade, treinadas para exercer atividades simples, mas que traziam grande resolubilidade.

São frequentes as discussões sobre a terminologia adequada para nomear o primeiro nível de atenção à saúde. No Brasil o termo/conceito de Atenção Primária some dos documentos oficiais do Ministério da Saúde de 1994 até os anos 2000. Em contraste com a tendência internacional do uso de “Atenção Primária”, o termo encontrado nos documentos oficiais é o de Atenção Básica, que busca enfatizar a reorientação do modelo assistencial com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Essa proscrição do termo está associada à rejeição da Atenção Primária na versão da UNICEF. Mesmo nos documentos oficiais do Ministério da Saúde há duas concepções de Atenção Básica que são distintas, embora muito parecidas. A concepção que aparece no Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde de 1998 coloca a Atenção Básica como trabalho de baixa complexidade (MATTOS, 2013). Já na Política Nacional de Atenção Básica de 2006, a Atenção Básica aparece como “tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade” (BRASIL, 2006, p.10).

Na tentativa de sintetizar as duas principais acepções concorrentes de Atenção Primária, Mattos (2002) esclarece:

Grosso modo, a segunda acepção de atenção primária como estratégia de transformação do sistema de saúde escapa das críticas desferidas contra a atenção primária na primeira acepção. Ao enfatizar a importância do primeiro nível de atenção e sua capacidade de dar respostas aos problemas de saúde mais frequentes, abre-se a possibilidade de recompor continuamente os recursos tecnológicos do primeiro nível de atenção, ampliando sua definição e campo de atuação para além de um pacote limitado de ações. (p. 80-81)

Integrando ao sistema de saúde, a atenção primária (Básica no Brasil) segue os mesmos princípios e diretrizes do sistema como um todo. No Brasil, ela deve assegurar o acesso universal e igualitário a todos os serviços de saúde “necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde” (MATTOS 2002, p. 81).

Mais de três décadas passadas da realização da conferência de Alma-Ata o tema da Atenção Primária continua em voga no cenário mundial, como apresenta Paim:

As tentativas de revitalização ou relançamento da APS (Renovação da Estratégia Saúde para Todos – RSPT, em 1998, 25 Anos de Alma Ata, em 2003, e a atual Saúde Para Todos Mais do que Nunca) estão postas pelos centros hegemônicos e não há como ignorá-las. As iniciativas recentes em torno do controle das doenças crônicas envolvendo a Organização das Nações Unidas (ONU), OMS/Organização Panamericana de Saúde (OPS), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Banco Mundial, Chefes de Estado e Ministros da Saúde, entre outros, insistem na APS e na construção de redes de atenção sob a sua coordenação (2012, p.345).

Mattos (2002) destaca que, no Brasil, foram adotados enfoques diferentes de cuidados primários em saúde entre atenção seletiva, voltada principalmente para regiões de seca e atuação de agentes comunitários de saúde onde o PSF ainda não fora implantado.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (PNAB) formulada em 2006, foi revista e flexibilizada em 2011 com o lançamento do Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). (BRASIL, 2011) (PAIM, 2012).

A partir destes principais conceitos norteadores (promoção da saúde, integralidade, atenção básica e atenção primária em saúde), o capítulo seguinte apresenta um relato da trajetória histórica de estratégias e programas do governo federal brasileiro que se pautaram, de alguma forma, nestas perspectivas de reorientação das práticas de atenção em saúde.

## CAPÍTULO II

### A CONSTRUÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

#### 2.1 O CONTEXTO HISTÓRICO QUE ANTECEDE A CONSTRUÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A década de 1970 no Brasil foi marcada pelo discurso do movimento sanitário em torno do combate a privatização da saúde – intensificado no governo militar – e pela busca da construção de um sistema público de saúde e da saúde comunitária. A década seguinte foi marcada pela crise externa, mas também por importantes conquistas políticas da sociedade brasileira em sua luta pela redemocratização e pela formulação de propostas de organização institucional do setor, consolidada na Constituição de 1988, cujo texto expressa a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse cenário, técnicos e militantes vinculados ao movimento sanitário passaram a ocupar cargos no Ministério da Saúde (MS) e na Previdência Social (CHINELLI, LACERDA & VIEIRA, 2011).

Cabe destacar que a década de 1980, mesmo num contexto de abertura política e ideológica influenciado pelas ideias progressista sobre a questão social e, em particular, pelo movimento sanitário que tinha como bandeira “a saúde como direito de todos e dever do estado”, verifica-se a presença de forças conservadoras dentro das conferências no tocante a qualificação dos trabalhadores da saúde. Como relata Chinelli, Lacerda e Vieira (2011) na VII Conferencia Nacional de Saúde (1980) um representante do Ministério da Saúde defendia um “grau de inserção dos trabalhadores na comunidade”, sendo esta mais importante do que a qualificação profissional. Segundo esse representante:

Não é o nível de capacitação técnica [do trabalhador] que garantirá maior êxito para os serviços, mas, sim, o grau de inserção desse no contexto social da comunidade. Trata-se antes de preparar recursos humanos aptos a participarem do processo como agentes articuladores entre os serviços e a comunidade, pois que não se mostram tão incontornáveis as dificuldades



técnicas identificadas para a prestação destas ações fundamentais que compõem o essencial deste programa. Cabe ressaltar, no entanto, que grande parte das atividades de saúde tem sido marcada pelo fracasso, até o presente, pela falta de interação com as populações-alvo das soluções e metas propostas (BRASIL, 1980, p. 124).

Observa-se através da fala do representante do Ministério da Saúde, a tentativa de responsabilizar o trabalhador de saúde e as populações atendidas pela promoção individual da saúde. Fica evidente também, a concepção de que para as populações mais pobres eram suficientes ações de cuidados básicos prestadas por pessoas auxiliares com pouca formação técnica.

A VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, que apresentou como tema central “Democracia e Saúde”, é considerada um dos marcos principais na construção do SUS. Nela foram definidas as estratégias apresentadas na Constituição de 1988 e consolidada a opção pela via institucional. Outro crédito conferido à VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) alude a influência na ampliação do conceito de saúde, que passa a ser compreendido como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”, sendo assim “resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (BRASIL, 1986, p. 4).

Nesse evento também foi sinalizada a construção dos princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como de seus pressupostos organizacionais: descentralização, municipalização, integralização das ações; regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; participação popular e controle social (ibid.), que mais tarde foram incorporados à Constituição de 1988 (CHINELLI, LACERDA & VIEIRA, 2011).

A VIII CNS contou com ampla participação dos agentes de saúde (alguns inclusive eram delegados dos seus estados) que lutavam por remuneração. A reivindicação pela responsabilização do Estado por sua remuneração, encaminhada pela Associação Nacional de Agentes de Saúde, foi incluída no relatório final do evento, que menciona a “incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986 *apud* CHINELLI, LACERDA & VIEIRA, 2011, p.70).

Com o movimento da Reforma Sanitária o conceito de saúde que emerge das críticas ao modelo médico-hegemônico é o que enfatiza o processo de determinação social da doença.

O entendimento de que a saúde e a doença na população são componentes dos processos de reprodução social determinados historicamente e socialmente e, portanto, não podem ser explicados exclusivamente nas dimensões biológica e ecológica, permite o alargamento dos horizontes de análise e intervenção sobre a realidade.

Teixeira (1995) sustenta que a reforma sanitária estava intimamente ligada à democracia na medida em que havia, em suas propostas de formulações doutrinárias para o encontro de ideários igualitários, a tentativa de transformação das políticas públicas através da regulamentação e responsabilização do Estado pela proteção à saúde dos cidadãos. Nasce uma gama de atores vinculados a projetos ideológicos e políticos, com o objetivo de implementar mudanças radicais na sociedade brasileira, tendo como carro-chefe a saúde.

Atrelado a esse novo conceito, a Constituição Brasileira de 1988 passa a reconhecer a saúde como direito de todos e como um dever do Estado. De acordo com o texto constitucional, o Estado tem o dever de garantir a saúde para todos através de políticas sociais e econômicas voltadas para a redução do risco de doença e outros agravos, quanto ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (MATTOS, 2001a, p.39).

Para Mattos (2001a) esse arcabouço constitucional não coincidia com as posições que ganhavam destaque no cenário internacional acerca da direção das políticas de saúde, sobretudo nos países em desenvolvimento. No âmbito internacional, havia recomendações na redução da presença governamental tanto na economia como em questões sociais, postura que desencadeou as propostas de redução da participação do Estado na saúde, revertendo às expectativas suscitadas pela conferência de Alma-Ata (1978), que preconizava “Saúde para todos no ano 2000”. Mattos considera que:

O texto constitucional não é senão um marco num processo mais amplo de lutas políticas travadas na arena nacional, pelo menos desde a década de setenta. A concepção de saúde como direito de todos no Brasil não é simplesmente uma abordagem tradicional, como parece insinuar aquele trecho do Banco Mundial. Ela, assim como o arcabouço institucional do SUS, deriva das reivindicações postas pelo movimento sanitário desde a década de setenta, quando, no contexto da luta pela redemocratização do país, e da construção de uma sociedade mais justa, um conjunto expressivo de intelectuais e militantes se engajou no esforço de construir uma crítica ao então sistema nacional de saúde, às instituições de saúde, e às práticas de saúde então hegemônicas. Crítica que alimenta o sonho de uma transformação radical da concepção de saúde predominante, do sistema de serviços e ações de saúde e de suas práticas. Foi na tentativa de realizar este sonho que foram forjados os princípios e diretrizes do (...) texto constitucional (MATTOS, 2001a, p.40-41).

Entretanto, os avanços sociais expressos na Carta Constitucional foram desmantelados na década seguinte, diante de medidas adotadas a gosto das agências internacionais de fomento. Não por acaso, essa trajetória coincide com a ampliação de acordos entre o Brasil, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, destacando aqueles acordos que objetivavam promover ajustes de caráter macroestrutural nas economias em desenvolvimento em acordo com o ideário neoliberal que advogava a autorregulação do mercado, nela incluídas as políticas sociais.

Mattos (2000) destaca que, embora o Banco Mundial já houvesse começado a financiar projetos na área da saúde desde a década de 1970, foi somente a partir de 1981 que iniciou empréstimos diretamente voltados para o setor da saúde, fato esse que o tornou um dos maiores doadores internacionais na área da saúde na década de 1980. O autor ressalta que a proeminência do Banco Mundial nos debates internacionais de saúde não resulta apenas do seu papel de financiador e sim da conjugação deste papel com a oferta de ideias acerca das políticas de saúde a serem adotadas nos países em desenvolvimento.

Na década de 1990, o Banco Mundial assume papel central no debate internacional com a publicação do relatório *Investindo em Saúde, ofertando ideias* (BANCO MUNDIAL, 1993). Nesse documento o Banco Mundial propunha a consolidação de sistemas de saúde capazes de responder a um conjunto mínimo de ações essenciais e fazia uma crítica clara à universalização do acesso à saúde. Mattos (2001) agrupa as lições ofertadas por esse relatório em três categorias: as sugestões que orientam a construção e manutenção de ambientes propícios para que as famílias melhorem suas condições de saúde; as que aludem a gastos públicos mais criteriosos em saúde; e as orientadas para incentivar a diversificação e a concorrência no setor. No entanto, não há como afirmar que o MS tenha assumido as propostas de focalização do Banco Mundial.

A sugestão de políticas por parte das agências internacionais e por fóruns não é algo que iniciou nesse período. Até a década de 1970 ocorriam em um ambiente de discussão entre representantes de diversos países. A adesão das ideias era resultante da cooperação técnica e do diálogo político. A partir dos anos 1980 outra maneira de difusão das sugestões foi posta em voga. A prioridade é conferida às políticas destinadas aos países em desenvolvimento.

Quanto à sua forma de atuação, a cooperação técnica dá espaço para “mecanismo de indução (como os empréstimos condicionados à adoção de certas políticas econômicas)”. (MATTOS, 2001b, p.378).

Esse novo padrão de atuação ocorreu no mesmo contexto à crescente proeminência do

Banco Mundial no que se refere ao debate sobre as políticas de saúde no cenário mundial. A OMS perde espaço para o Banco Mundial no ofertório de ideias aos países em desenvolvimento. Somente no final dos anos 1990 e início dos anos 2000 é que a OMS busca reposicionar-se como ator político de maior destaque na condução da sugestão de ideias.

## **2.2 OS ANOS 1990: A RECONFIGURAÇÃO DO ESTADO E AS REPERCUSSÕES NA SAÚDE**

A década de 1990 consagra a imposição, por parte dos organismos internacionais, de um novo modelo econômico no Brasil, cujo objetivo era forçar o país a honrar com a dívida externa. Esse movimento estrutural em escala global, que teve início na década de 1970, ganhou força no país nos anos de 1990 e buscou reorientar a produção com base no capital financeiro. Sua aplicação resultou em políticas sociais profundamente restritivas. O receituário neoliberal pode ser caracterizado pela abertura comercial, liberalização financeira, desregulamentação do mercado de trabalho, equilíbrio fiscal e estabilidade dos preços. No campo da saúde significou uma inflexão do debate antes localizado na episteme do sanitarismo, que passará a focar a economia da saúde “revelando as repercussões dos ajustes macroeconômicos cujo controle implicava a presença técnica e política das agências internacionais nos países devedores.” (PESSOTO, 2001 *apud* CHINELLI, LACERDA & VIEIRA, 2011, p.43).

Mattos (2000) destaca que, em meados nos anos de 1980, o Banco Mundial já havia iniciado pesquisas com o propósito de subsidiar propostas para políticas de financiamento do setor de saúde na América Latina. Em 1987 o banco publicou o documento *Financiando os serviços de saúde nos países em desenvolvimento: uma agenda para a reforma* (BANCO MUNDIAL, 1987) onde alvitava para os países a serem subsidiados, medidas como “o fortalecimento dos setores não governamentais ligados à prestação dos serviços e a descentralização dos sistemas públicos de saúde” (MATTOS, 2000, p. 9).

As proposições do Banco Mundial e demais agências de fomento, guiadas para a flexibilização dos avanços propostos pela Reforma Sanitária e contemplados na Constituição de 1988, foram justicadas pela realidade fiscal do país que não sustentaria a concretização dos princípios norteadores do SUS, principalmente no que se refere à universalização do acesso ao sistema de saúde (MATTOS, 2009). Na análise de Mattos, as críticas dos organismos

internacionais aos sistemas universais, residiam:

Em síntese, ela (a tese) afirma que os governos de devem abandonar pretensão de oferecer universalmente o acesso aos serviços de saúde a todos os seus cidadãos, pois seria postura antagônica à equidade. Dela resultaria a oferta de serviços que beneficiam tão-somente os mais ricos, residentes nas cidades e deixa desprotegidos os mais pobres residentes no campo. A demanda política dos segmentos mais ricos da população impediria que sobrassem recursos para as intervenções mais básicas, justamente aquelas que mais poderiam trazer benefícios aos pobres e à população em geral. Assim a tentativa de oferecer todos os serviços de saúde a todos produziria dois problemas: a insuficiência de recursos para as atividades mais eficazes em relação à obtenção de ganhos em saúde e o privilegiamento dos segmentos mais ricos da população (MATTOS, 2000, p. 265).

No relatório *Investindo em Saúde, ofertando ideias* de 1993, o Banco Mundial retoma de forma mais abrangente as teses propostas no documento de 1987, não se limitando a questões de financiamento da saúde, mas introduzindo novas ideias como medida de impacto das doenças e a adoção de pacotes mínimos de serviços de saúde. Mattos (2000) ressalta que esta proposta de gestão mínima de cuidados ofertada pelo Banco Mundial, representava um contraponto às propostas de cuidados primários abrangentes de Alma-Ata.

O discurso apresentado no relatório “*Investindo em Saúde*” de 1993 possui um tom mais moderado em relação àquele apresentado em 1987, que criticava duramente os países que a viam a saúde como direito e se propunham a garantir o acesso universal e gratuito. A crítica aos sistemas universais persistia, porém passou-se a admitir a oferta de serviços mais abrangente, não se restringindo somente àqueles baseados em custo-efetivas. A moderação no discurso pode ser comprovada neste trecho do texto:

Mas para se ter certeza de que os pobres tenham de fato acesso a serviço de saúde subsidiados, são talvez necessárias restrições, principalmente no tipo de atendimento que fica a cargo do setor público. Quando se oferece a todos, gratuitamente, todo tipo de atendimento, os serviços acabam sendo racionados por área geográfica ou segundo sua qualidade. Os programas universais talvez não cheguem até os pobres ou lhes melhorem a saúde. Mas podem granjear mais apoio político do que granjeariam programas restritos a determinadas clientela. [...] Para se determinar quem deve receber atendimento gratuito é preciso considerar a prevalência da pobreza e a capacidade do país para financiar o atendimento (BANCO MUNDIAL, 1993 *apud* MATTOS, 2001b, p.386-387).

É exatamente nesse cenário marcado pelo ofertório de ideias advindas do Banco

Mundial, que ocorre o processo de institucionalização dos agentes de saúde no Brasil com a criação, em 1991, do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), que, no ano seguinte, passou a se chamar Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

### **2.3 CRIAÇÃO DO SUS, DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

O Sistema Único de Saúde, criado com o texto constitucional de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080 e 8.142 de 1990, agrega os conceitos de descentralização, regionalização e hierarquização, ficando constituído, dessa forma, o arcabouço jurídico-legal do SUS. Ao longo da década de 1980 e 1990 o conceito ampliado de saúde ganha relevância na pauta política dos movimentos sociais no país. São incorporados ao SUS os seguintes condicionantes da saúde:

Meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação etc.); meio socioeconômico e cultural (emprego, renda, educação, hábitos) garantia de acesso aos serviços de saúde responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde. (CUNHA & CUNHA, 2001, p.299)

A saúde passa a ser entendida como resultado de um processo de produção social, que expressa a qualidade de vida de uma população e está em permanente transformação, passível de acumulação e desacumulação, sendo produto social de fatos econômicos, políticos, e ideológicos e cognitivos. No campo do conhecimento, requer a interdisciplinaridade, e no campo das práticas, a intersetorialidade. A saúde é percebida não mais como mera assistência médico-hospitalar curativa ou preventiva, mas como resultado de políticas públicas de governo (MENDES, 1996; VIANA, 2000). Desta forma, a saúde precisa incorporar novas dimensões e se tornar responsável por conquistas que, até então, se colocavam externas a ela. O sistema de saúde deve se relacionar com todas as forças políticas que caminhem na mesma direção, como a defesa do meio ambiente, o movimento contra a fome, as manifestações pela cidadania, contra a violência no trânsito, pela reforma agrária, etc.. O SUS, ao abraçar esse conceito, pressupõe ainda, a democratização interna da gestão dos serviços de saúde como um elemento a mais no movimento de construção da cidadania (CUNHA & CUNHA, 2001, p.299).

De acordo com seu arcabouço constitucional, o SUS teria como objetivo tornar-se um

importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde, ofertando serviços com qualidade e adequados às necessidades da população, independente do poder aquisitivo do cidadão. Seu financiamento dar-se-ia através da arrecadação de impostos e contribuições sociais pagos pela própria população e seria composto por recursos dos governos federal, estadual e municipal (BRASIL, 2006).

Com o SUS, o processo de descentralização avançou para a municipalização, e assim, mais uma vez alteram-se as funções, o papel e o peso das três esferas de governo na política de saúde. A descentralização, entendida como municipalização, implicou definir que os reais executores das ações seriam os municípios e que o comando único (no nível local) seria da instância municipal.

O processo de descentralização, segundo Elias (2001), deve ser percebido como uma questão política, que implica na redistribuição de poder decisório, prestando-se, na ação política, à apropriação de diferentes segmentos do espectro ideológico, associada a um projeto político mais amplo que vai depender as condições sociopolíticas para sua implementação. Segundo o autor:

É no tratamento das questões referentes ao Estado, sobretudo do papel deste frente à sociedade, que a questão da descentralização adquire sentido teórico e prático, configurando-se enquanto um tema de relevância social. Como nos ensina Bobbio (1993), ao se circunscrever á temática da organização do Estado, a descentralização apresenta, portanto, um caráter de complementaridade à centralização, visto ser esta um elemento indispensável na configuração do Estado moderno. Por conseguinte, este tipo de abordagem, além de questionar certas concepções segundo as quais centralização e descentralização assumem caráter de termos que mantêm uma relação de antinomia entre si, sublinha a qualificação da descentralização vinculada à concretude de sua realização. Neste sentido, tanto a descentralização como a centralização só ganham sustância analítica a partir das condições objetivas em que se implementam. Em consequência, os elementos mais relevantes para a análise deixam de ser os princípios e as diretrizes da descentralização, mas sim as condições sociopolíticas dadas para sua implementação (ELIAS, 2001, p.311).

A municipalização da saúde deve inscrever-se como microespaço social do exercício cotidiano da construção da democracia e, portanto, da criação da cidadania, devendo levar o processo decisório ao nível local, atendendo melhor as necessidades da população e prometendo uma colaboração intersetorial. Com esse processo, “o poder público municipal passa a ser o responsável imediato, porém não o único, pelas necessidades de saúde de seus municípios”. (BRASIL, 2006). A municipalização, no entanto, não exime os demais poderes públicos (União, Estados e Distrito Federal) e a sociedade, da corresponsabilidade pela Saúde.

A descentralização deve constituir-se em instrumento de participação social. A participação social significa, fundamentalmente, uma forma de redistribuição dos poderes técnico, administrativo e político, aproximando-os da periferia dos fatos e das pessoas que passam em consequência, de objetos a sujeitos desse processo (MENDES, 1993, p.113).

O movimento municipalista, que se concretizou na década de 1980, teve um progressivo crescimento e articulação, destacando-se os Encontros Nacionais de Secretários Municipais de Saúde, que aconteceram em São José dos Campos (1982), Montes Claros (1985) e Londrina (1987), culminando com a criação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, em 1987 (CONASEMS). Desse modo, passou a ter significativa participação no Movimento Sanitário e no processo de implantação do SUS, ao lado do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), e outros grupos institucionais e sociais (BRASIL, 2006).

O início da década de 1990, como já mencionado, foi marcado por uma crise financeira do Estado brasileiro, que teve uma enorme repercussão no campo da saúde. Essa crise é decorrente do déficit crescente desde a década anterior. Ocorre, nesse momento, o avanço das propostas neoliberais e a redução do papel redistributivo do Estado, influenciando de forma decisiva na implementação do SUS.

O avanço do neoliberalismo que começou na década de 1980, mas que teve seu ápice na década de 1990, se somou ao retrocesso político representado pelo governo Collor. Esse governo assumiu o poder no início de 1990 e adotou, seguindo o receituário neoliberal, políticas econômicas racionalizadoras que atingiam diretamente a viabilização e a expansão das políticas sociais. Além disso, por causa do seu caráter conservador, o governo Collor impôs dificuldades para a descentralização e democratização da saúde ao vetar pontos importantes da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que previa transferência direta e automática de recursos federais aos fundos estaduais e municipais de saúde e a participação deliberativa da população no SUS, através de Conferências e Conselhos de Saúde.

Silva (2001) argumenta que o contexto de crise econômica e de implementação de políticas neoliberais transformou a descentralização em estratégia, que passou a contribuir com o racionamento na oferta dos serviços sociais. Nessa dimensão, a descentralização favoreceria a manutenção dos mecanismos de exclusão social ao propiciar a pulverização das demandas sociais e “induzir à organização de um sistema assistencial de saúde com deficiências, voltado para pobres, e ao favorecer a expansão do mercado de planos e seguros de saúde”. (p. 71).

Para Tavares e Belluzo (2004) o ajuste fiscal com abertura financeira, proposto pela



cartilha neoliberal, tornou-se incompatível a universalização das políticas sociais. Foi necessário alocar recursos de arrecadação federal das contribuições sociais para produzir superávits fiscais exigidos pelo Fundo Monetário Internacional (FMI). O governo deu início a programas de reformas que desmantelaram a burocracia estatal e os direitos sociais consagrados pela Constituição de 1988. Houve um crescimento no endividamento público e privado com conseqüente enfraquecimento e fragilidade no financiamento do setor público nacional.

Em vista disso, Silva (2001) esclarece que a política descentralizadora contou, no Brasil, com uma forte indução estratégica de centro, realizada através de operacionalização das Normas Operacionais Básicas de Saúde - NOBs. As primeiras NOBs (1991 e 1992) assumem uma concepção de delegação de competências, expressa na própria escolha de transferência negociada como forma de relação entre as esferas governamentais, e do tratamento dado aos serviços de saúde públicos das instâncias subnacionais, conveniados em prestadores de serviço (BARROS, 2003, p. 308).

A Norma Operacional Básica/SUS N° 1 (NOB SUS 01/91) aprovada em junho de 1991, recebeu muitas críticas por estabelecer o convênio como mecanismo de articulação e repasse de recursos e também pelo seu poder centralizador. Em fevereiro de 1992 foi editada a NOB/SUS 01/92, com o objetivo de caminhar para o processo de descentralização, embora na prática não significasse muitas alterações; ela não transfere aos municípios poderes decisórios que viabilizam a condução da política municipal de saúde (BRASIL, 2006).

Esse período é considerado por Viana (2000) como um período de descentralização tutelada, uma vez que a NOB/SUS 91, ao alterar o curso da descentralização até então imprimido à política de saúde, provocou uma “recentralização” em alguns aspectos importantes da política de saúde. “O pagamento pela produtividade acabava por induzir desvios produtivistas e o afastamento das questões relativas à qualidade da assistência prestada”. (p.123)

As críticas ao encaminhamento da política de saúde esboçadas na IX Conferência Nacional de Saúde em 1992, e a atuação dos Conselhos Nacionais Estaduais de Secretários e Municipais de saúde com vistas a acelerar o processo de descentralização entendida como autonomia de gestão e gasto da esfera municipal, ocasionou um período de revisão na política, resultando na edição de uma nova Norma Operacional. Nesta conferência, que teve como tema “Saúde: municipalização é o caminho”, foram ratificadas as diretrizes emanadas da VIII Conferência Nacional de Saúde, exigindo-se o cumprimento das leis n° 8.080 e n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Em seu relatório final enfatizou-se aspectos referentes à

implantação do SUS: controle social, democratização do sistema, municipalização e ampliação das receitas.

No tocante aos trabalhadores, foi proposta no relatório a necessidade de políticas voltadas para a capacitação e a formação de recursos humano, e a necessidade de compatibilizar os tipos de vínculos contratuais, como condições indispensáveis para a efetivação do SUS. (FERREIRA & MOURA, 2006 *apud* CHINELLI, LACERDA & VIEIRA, p. 46, 2011).

A terceira Norma Operacional Básica de Saúde (NOB SUS 01/93), como estratégia, foi o referencial do processo de implantação do SUS. Em seu texto, o conceito de descentralização foi explicitado como processo de transformação que envolve redistribuição de recursos, redefinição de papéis nos três níveis de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas, estabelecimento de novas relações entre os três níveis de governo e controle social. O documento oficial que ensejou esse processo de revisão foi denominado “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde - A Ousadia de Cumprir a Lei” (BRASIL, 1993).

Essa nova NOB incentivou um processo gradual e flexível de descentralização, instituindo duas condições de gestão para os estados (parcial e semiplena) e três para os municípios (incipiente, parcial e semiplena). Contudo, a autonomia prevista pela NOB 93 não era completa: o gestor de um município, enquadrado em gestão semiplena, tinha autonomia para gastar os recursos de saúde; porém, seguindo as formas de remuneração dos serviços estabelecidos pela NOB 01/91. Neste contexto, a política de descentralização passou a ser regida por novos espaços institucionais de negociação (câmaras setoriais de negociação), as Comissões Intergestores.

Para Goulart (2001), dado o grau de embargos criados no campo das transferências e alocação de recursos, a contabilização de êxitos da NOB/93 nesse período, foi mínima. Na prática, os resultados positivos estavam ligados ao incentivo, ainda que de forma discreta, para criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF).

Houve, nesse momento, um embate interno em torno da criação do PSF e o papel do Agente Comunitário. Em 1994, no momento de criação do PSF, o que nasceu não foi a continuidade do Agente Comunitário de Saúde, mas a subordinação dele à lógica da Equipe de Saúde da Família. Estes aspectos serão tratados em um tópico a parte.

A preocupação do Governo Federal no momento de criação do PSF parecia ser a expansão da cobertura nas comunidades mais carentes. Este fato levou o PSF a ser criticado

por alguns que o classificaram como parte de políticas focalizadoras. Tais críticas fundam-se no fato do PACS e do PSF, naquele momento, estarem intimamente associados a programas federais como: Programa Comunidade Solidária, Amazônia Solidária e Programa de Redução da Mortalidade Infantil<sup>1</sup>.

Na mesma direção, Silva (2008) considera que é na perspectiva de ação edificante do princípio de universalização do acesso que o Programa/Estratégia Saúde da Família apresenta suas maiores contradições. O PSF surge no decorrer do processo de Reforma Administrativa do Estado Brasileiro, e este fato concorreu para que o programa apresentasse métodos e ferramentas de ações semelhantes às estratégias de intervenções propostas pelas agências de financiamento internacionais que não eram compromissadas com as conquistas sociais e histórias da sociedade brasileira.

A crítica maior desferida o PSF/ESF como modelo de atenção básica, residia na centralidade de execução de um modelo de atenção clínica individual, curativa, focalizada na doença, e de um modelo de atenção coletiva baseada em programas verticais de saúde pública, sem que houvesse articulação (SILVA, 2008).

Ao fazer um balanço dos anos iniciais da implementação do PSF, Silva (2008) ressalta que o programa estava estruturado com características de projeto de Atenção Primária Seletiva, fato este que representava um contrassenso no âmbito do projeto do sistema nacional de saúde. Tais contradições seriam reflexos da ausência de mecanismos institucionais na gestão do SUS. Destaca que:

Ainda que marcadores de uma posição alternativa da Estratégia PSF / PACS no início de sua operação no sistema de saúde, o aprimoramento dos mecanismos institucionais de gestão do sistema a partir de suas Normas Operacionais Básica nos anos subsequentes, não refletiu uma absoluta mudança de posição da estratégia no tocante a seletividade de suas ações assistenciais. (p.19)

O entendimento que entrou no Brasil para rejeitar a visão de seletividade da Atenção Primária tal como ela estava sendo executada na prática, foi o de que “Saúde é Direito”, e dentro desta ideia não havia espaço para aceitar a focalização. Havia o entendimento de que a transição demográfica trazia problemas mais crônicos, diferentes daqueles que só agudos, exigindo a presença de uma equipe composta por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. A configuração do PSF coloca o agente comunitário em um patamar diferente

---

<sup>1</sup> RUBEM MATTOS, Banca de qualificação de Mestrado em Política Social, Vagner Caminhas Santana, 2013.

daquele que possui em experiências bem sucedidas na redução da mortalidade infantil como o programa do Ceará. O predomínio da atenção primária seletiva e as críticas a ela desferidas fez com que no Brasil a expressão fosse abandonada e trocada por Atenção Básica.

O Manual da Atenção Básica, aprovado pela portaria GM /MS/ n° 3925/98, estabelece atenção básica como:

Um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 1998).

Seu exercício se dá por meio de:

Práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados com a utilização de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações (BRASIL, 1998).

Essa maneira de pensar a atenção primária difere-se da concepção de focalização e seletividade. Nela está a compreensão de que as práticas realizadas pela equipe de Saúde da Família são de alta complexidade. Antecipa uma virada no pensamento internacional. O relatório de 2000 da OMS, *Sistemas de Saúde: melhorando a performance*, defende as políticas de saúde compatíveis com a capacidade de sustentação de cada Estado, prezando-se pela qualidade da atenção à população. Em um novo documento apresentado em 2003 a OMS (OMS, 2003) retoma os princípios da APS que haviam sido formulados na Conferência de Alma-Ata e propõe o revigoramento da concepção de cuidado integrado. No balanço, a OMS esclarece que antes havia o entendimento de que a APS era simples e de baixo custo, mas hoje não se pode pensá-la desta forma, pois não é nem simples e nem de baixo custo.

Mattos (2002) salienta que a história do PSF no Brasil pode ser dividida em dois momentos: um primeiro momento, que vai de sua criação até 1996, onde era entendido como programa de expansão da cobertura do acesso aos serviços de saúde; e um segundo momento, a partir de 1996, com incentivo do governo federal através da NOB/SUS 1996, onde passa a ser compreendido como estratégia de transformação do modelo assistencial, com potencial de substituir as práticas tradicionais de atenção. Junta-se a isso a mudança da vinculação institucional do programa para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), onde o mesmo deixa de ser entendido pelo Governo Federal como proposta provisória de expansão da

cobertura para considerá-lo como melhor estratégia de atenção básica.

Nessa perspectiva, o PSF supera sua formulação, limitada ao âmbito da expansão da cobertura dos serviços, para ser pensado com um modo de organizar a rede básica. Mais do que a criação de um novo tipo de unidade, tratava-se de uma proposta de reorganização das unidades básicas (MATTOS, 2002, p.83).

Em novembro de 1996 institui-se a NOB/SUS/96 (Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96), por intermédio da Portaria nº 2.2003 (Brasil, 1996) que prevê duas formas de gestão municipal: plena da atenção básica e plena do sistema de saúde; as quais substituem as formas anteriores. Para a gestão estadual ficam estabelecidas: Avançada do Sistema Estadual e Plena do Sistema Estadual. (BRASIL, 2006)

A NOB SUS/96 amplia a municipalização da saúde. A norma estabelece como sua finalidade primordial, consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes. O poder público estadual passou a ter como uma de suas responsabilidades nucleares, a mediação da relação entre os sistemas municipais; e o federal, a mediação entre os sistemas estaduais. Porém, enquanto um Município não assumir a gestão do sistema municipal, é o Estado que responde, provisoriamente, pela gestão de um conjunto de serviços capaz de dar atenção integral àquela população. O município é considerado o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território. (SILVA, 2001)

No que tange ao financiamento, a NOB 96 estabelece também, um importante instrumento na operacionalização da descentralização do sistema ao incrementar as transferências regulares e automáticas, fundo a fundo, no campo da atenção básica. Outra medida preconizada pela NOB 96 refere-se à tendência de romper com o modelo assistencial médico/clínico/flexneriano vigente através do estabelecimento de incentivos à estruturação para a implementação acelerada da atenção básica pelo PSF. NOB-96 foi a grande mola impulsionadora da expansão do PSF, principalmente em municípios de pequeno porte.

O principal instrumento da NOB 96 foi a implantação, em 1998, do Piso de Atenção Básica (PAB) que introduziu modificações na forma de remuneração das ações de saúde (pagamento per capita e não mais por produção) e na forma de transferência de recursos (automática, fundo a fundo). Sublinha-se que o PAB remunera não somente ações básicas de saúde, mas também está acoplado a mecanismos diferenciados de remuneração, como

acontece no PACS e no PSF.

O PAB define-se como a quantia de recursos transferidos pelo governo federal para os municípios do país, de forma que fortalecem a atenção básica de saúde, sendo o mínimo de recurso que um município passa a receber do Ministério da Saúde. O PAB é pago, tendo como referência a população do município, dissociando, portanto, da produção (de serviços) do faturamento. O PAB é recebido diretamente pelo município, constituindo-se, então, em mecanismo automático de repasse de recursos, fundo (nacional) a fundo (municipal) (VIANA, 2000, p 136).

A partir da NOB/SUS-1996 foram criadas novas condições de gestão para estados e municípios: avançada e plena para o sistema estadual; plena da atenção básica e plena para o sistema municipal. A primeira previa que o enquadramento dos municípios implica na gestão de todos os mecanismos para assistência básica; a segunda, de todos os recursos para a assistência à saúde, envolvendo outras formas de gestão, a contratação, o controle, a auditoria e o pagamento dos serviços de saúde (BRASIL, 2006). Assim:

O incentivo do Governo federal ao PSF foi concebido como forma de promover a expansão do PSF não apenas aos grupos postergados, mas ao universo da população. Desde o primeiro momento, pensou-se em privilegiar os gestores que se esforçavam por ampliar a cobertura do PSF. Assim, a ideia era de um incentivo financeiro que variasse em função da cobertura do programa: quando maior a cobertura, maior o incentivo (MATTOS, 2002, p.87).

Neste momento o PSF é elevado à condição de estratégia basilar, à consolidação do SUS, “abandonando” a imagem de ação marginal ao sistema, passando a ganhar destaque progressivo entre as ações de atenção básica financiadas pelo PAB. A Atenção Básica, como já vinha sendo chamada, distinguindo-se ideologicamente da Atenção Primária em Saúde, assumiu o carro-chefe na reforma incrementada.

Para o MS, ações de Atenção Básica devem considerar o indivíduo na sua singularidade, integridade, complexidade e devem reconhecer o contexto sociocultural em que está inserido. O sujeito deve ser percebido como portador de saberes e valores que precisam ser respeitados no momento de encontro com o profissional de saúde. Mattos entende que:

A proposta do PSF, desde o seu início, foi pensada em torno do princípio da integralidade, ou seja, com o sentido de articular as ações de promoção, prevenção e assistenciais. A composição interdisciplinar da equipe, ao

contrário de algumas experiências similares centras no médico de família, também parecia ser, pelo menos no plano discursivo, uma proposta inovadora. No fundo, sugeriam-se novas práticas de saúde, com a incorporação do agente comunitário na equipe de saúde da família. (MATTOS, 2002, 82).

Em 26 de janeiro de 2001 foi publicada a NOAS SUS 01/2001 (Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001), tendo como objetivo ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica e definir o processo de regionalização da saúde. Essa norma amplia as responsabilidades das secretarias estaduais de saúde na gestão do SUS; propõe a organização de sistemas funcionais de saúde, compreendendo o município como base do processo de regionalização, e delega às Secretarias Estaduais de Saúde o papel de coordenadoras das mudanças. Marques e Mendes (2002) comentam que:

Essa norma busca avançar no processo de responsabilização dos gestores estaduais e municipais pela atenção integral aos seus cidadãos. Seu pressuposto é que a implementação do SUS depende da compatibilização de três princípios: a descentralização, com ampliação da responsabilidade dos municípios sob a gestão de seus sistemas de saúde; a regionalização, com ênfase no planejamento territorial a partir de uma abordagem supra municipal e a hierarquização, por meio da estruturação de redes assistenciais resolutivas (p.7).

Para os autores, a formulação das NOBs, e mais recentemente da NOAS, como instrumento complementar as Leis Orgânicas, pode contribuir para a incorporação de novas práticas no cenário da saúde. Não se constituem, meramente, em estratégias constrangedoras da descentralização como vêm sendo caracterizadas por muitos estudiosos da área. Ao contrário, teriam possibilitado a confirmação de outros espaços de negociação e pactuação, como os Conselhos de Saúde, e o fortalecimento de atores no processo de descentralização da saúde.

Porém, há de se destacar o caráter normatizador conferido ao processo descentralizatório da saúde na década de 1990. Bodstein (2001, p. 316), analisando o processo de descentralização através da NOBs, argumenta a necessidade de se passar do plano da norma para o plano concreto dos fatos sociais e das forças políticas em permanente conflito.

A Unidade de Saúde da Família (USF) é caracterizada como a porta de entrada do sistema local de saúde. Em cada USF podem atuar uma ou mais equipes multiprofissionais a partir da definição de um território de abrangência da equipe e do cadastramento de um determinado número de famílias. Nesse território-processo - conceito difundido pela

Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), que abrange território social, econômico, político e epidemiológico - as intervenções propostas têm como principais instrumentos a epidemiologia e a vigilância à saúde (SILVA, 2001).

A ESF incorpora os princípios do SUS e fundamenta-se em diretrizes como: o caráter substituto das práticas assistenciais tradicionalmente centradas nas doenças; a integralidade e a intersectorialidade; a responsabilização e o vínculo; a territorialização; o estímulo à participação da comunidade e o controle social, entre outros (BRASIL, 2006).

Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2006) deve, segundo os documentos normativos do Ministério da Saúde:

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

São características do processo de trabalho da Saúde da Família expressas na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006):

- manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;
- diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;
- prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que



influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

- trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnica e profissionais de diferentes formações;
- promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;
- valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;
- promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e
- acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

O trabalho em equipe como um dos fundamentos para alcançar os objetivos propostos pela estratégia torna-se pressuposto para a integralidade das ações de saúde. A construção de um “novo” projeto assistencial que busque atender com qualidade os usuários requer o entendimento de que os indivíduos em geral, não escolhem, arbitrariamente, viver ou trabalhar juntos. Suas experiências anteriores, os contextos social, cultural e econômico influenciam na formação de novos agrupamentos. (PEDROSA & TELES, 2001). A Política Nacional de Saúde (2006, p.12) reitera a que:

A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da Saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores –, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. O paradigma promocional vem colocar a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas no campo da Saúde e, mais ainda, no campo das políticas públicas faça-se por meio da construção e da gestão compartilhadas.

Segundo Santos Et. al. (2006), o território vem sendo abordado a partir de dois grandes referenciais teóricos: binômio materialismo e idealismo, englobando o vínculo sociedade-natureza e as dimensões sociais privilegiadas; e a historicidade do conceito. O autor salienta que vivenciamos um movimento de alargamentos das fronteiras teóricas, o que permite compreender o território a partir de diversos pontos de vista.

Ao propor a reorganização das práticas de saúde no nível local com vistas ao estabelecimento da integralidade, uma tarefa que se torna primordial aos profissionais é a identificação das necessidades de saúde da população e de seus problemas.

A territorialização como um dos pressupostos básicos do trabalho na ESF requer que se admitam pelos menos três dos seus sentidos: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência. (PEREIRA & BARCELLOS, 2006)

Identificam-se as seguintes formas de território no processo de delimitação das áreas (PEREIRA & BARCELLOS, 2006, p.213):

- Território-Distrito – delimitação político-administrativa usada para organização do sistema de atenção;
- Território-Área – delimitação da área de abrangência de uma unidade de saúde, a área de atuação de equipes de saúde;
- Território-Microárea – área de atuação do agente comunitário de saúde (ACS), delimitada com a lógica da homogeneidade socioeconômica-sanitária;
- Território Moradia – lugar de residência da família.

O Território-Moradia institui-se no espaço de vida de uma microunidade social (família nuclear ou extensiva), identificado na microárea, com lócus para o desencadeamento de ações de intervenção sobre algumas causas dos problemas e seus efeitos. Esse território tem grande valor operacional e a disciplina básica para sua construção é, novamente, epidemiologia. Deste modo,

O espaço local é o cenário estabelecido por atores sociais no desenvolver de um processo em problemas de saúde se confrontam com serviços prestados e onde necessidades cobram ações. Representa muito mais que uma superfície geográfica, tendo um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social, que o caracteriza e se expressa um território em pensamento construção (MENDES, 1993, p. 222).

A Visita Domiciliar (VD) é utilizada como instrumento para que as equipes de saúde possam inserir-se e conhecer o contexto de vida da população, assim como estabelecer vínculo entre o profissional/equipe/UBS e os usuários/família. O “cuidado” no espaço domiciliar abrange fortalecer “relações familiares, respeitar vínculos afetivos e redes de solidariedade social específicas de cada local” (KEBIAN *et al.*, 2012, p.93), reconhecendo

que as famílias estão situadas em contextos sociais permeados por conflitos e dinâmicas sociopolíticas e culturais distintas.

No contexto da Visita Domiciliar, cabe ao profissional de saúde otimizar as potencialidades das famílias para que estas se tornem atores ativos no processo de cuidar e promover saúde. O profissional, neste sentido, torna-se um mediador entre aqueles que necessitam do cuidado e aqueles que realizaram o cuidado (KEBIAN *et al.*, 2012, p.93).

A VD é também considerada uma forma de facilitar o acesso de algumas famílias ao cuidado em saúde, considerando dificuldades de diversas ordens que são por elas enfrentadas para acessarem a rede de saúde. Por outro lado, como já destacado, pode gerar uma excessiva invasão da privacidade e intimidade familiar, principalmente quando não há o estabelecimento de vínculo entre o profissional e a família, constituindo-se num espaço de imposição de saber do profissional sobre o/a indivíduo/família, muitas vezes não respeitando seus valores e crenças. Esse aspecto pode ser resgatado para compreensão acerca das relações entre o público e o privado que estão em jogo nesse processo (SANTOS & KIRSCHBAUM, 2008).

Para o Ministério da Saúde (2001), é a família, enquanto unidade de cuidado, que dá sentido ao processo de trabalho no PSF. A Saúde da Família tem sido descrita como um estado ou processo da pessoa como um todo, em interação com o ambiente, sendo que a família representa um fator significativo no ambiente. A definição deve compreender dois focos: relativo ao estado de saúde dos indivíduos que a compõe, e do funcionamento da família, como sendo uma descrição avaliativa das funções e de suas estruturas, permitindo avaliar a saúde individual das pessoas e da família como um todo.

Ao colocar o ESF como estratégia de consolidação dos princípios fundamentais do SUS, o Governo Federal deixa de fazer alusão à populações de risco como alvo prioritário nos documentos oficiais. No campo teórico, deixa de corroborar com a ideia de focalização como requisito (SILVA, 2008).

Para Franco e Merhy (s.d), são poucas as mudanças no processo de trabalho no PSF, prevalecendo na prática, a dicotomia entre epidemiologia e clínica. Conforme os autores, o Programa volta-se mais para ações higienistas do que sanitaristas, pouco considerando a rede de serviços de saúde já existente em todo o país. Argumentam ainda, que os processos de trabalho continuam centrados nos médicos, tanto em relação ao atendimento aos usuários, quanto aos processos de trabalho de outros profissionais, em que persistem ações estruturadas pelos atos e saberes médicos. Predominam também, as características de modelo tradicional com processo de trabalho parcelar e com pouca integração de ações dentro da equipe de

saúde.

As mudanças no modelo de atenção estão condicionadas, portanto, à organização do trabalho. Medina e Aquino (2002) afirmam que a possibilidade de introdução do novo modelo “está condicionada ao modo de operar o PSF”, sendo necessário compreender “como ele se insere na organização concreta dos sistemas locais de saúde” e “que efeitos podem ser observados a partir de sua instalação” (p.136-137). Neste caminho, surge a necessidade do estabelecimento de novas formas de relação entre os trabalhadores de saúde na equipe multiprofissional e desses com os usuários, tendo em vista a superação das dificuldades.

Outro ponto de fragilidade deste programa/estratégia está, segundo Silva e Rodrigues (2000), na falta de um sistema de referências que garanta o trânsito de usuários para os níveis mais complexos do sistema, isso porque, “na sua maioria, as prefeituras esgotam sua capacidade de gastos na contratação de pessoal para o PACS e o ESF, e ambos não são competentes para dar conta desta demanda” (p.4).

Sem desconsiderar as críticas à normatização da Estratégia Saúde da Família (ESF), a mesma tem sido concebida pelo Ministério da Saúde com o propósito de modificar o modelo de assistência, e vem se consolidando nos últimos anos como a principal estratégia estruturante da inversão das práticas sanitárias no SUS, com a adesão cada vez maior dos municípios.

Por outro lado, Mendes (1996) assinala aspectos positivos em experiências do PSF, tais como: aumento da resolubilidade, diminuição das internações hospitalares, mudança do perfil de morbidade hospitalar e maior satisfação da clientela. O autor ressalta que, como resultado da ampliação do PSF induzida pelo incentivo financeiro do Ministério, foram implementadas muitas experiências que, apesar do nome de Programa de Saúde da Família, nada têm de estratégia de reorientação das práticas sanitárias na área da atenção básica.

Silva avalia que, se o PSF for utilizado como estratégia de mudança do modelo assistencial como propõem diversos autores, e não como um programa vertical do Ministério, este não provocará, necessariamente, redução da autonomia local, “pois poderá ser adaptado a cada realidade municipal” (2001, p.83).

Outro aspecto relevante da ESF é o fato de ter como estratégia nuclear de prestação de serviços de atenção à saúde a entrada dos ACS na esfera privada (o domicílio) da população.

Na constituição dessas novas formas de sociabilidade é que se passa a considerar, de uma perspectiva sociocultural, um aspecto pouco conhecido do PSF com elemento que borra a fronteira entre as esferas público e estatal, e ao mesmo tempo, não estabelece de forma clara sua relação com a esfera

privada da vida social. Nesse contexto de fronteiras indefinidas, os ACS parecem desempenhar um papel fundamental pela maneira como transitam de uma esfera a outra (CONH, NAKAMURA & CONH, 2005, p.171).

Crevelin (2005) considera que características peculiares da Estratégia Saúde da Família parecem favorecer a integração entre comunidade e equipes de saúde da família, bem como a relação trabalhador-usuário.

Neste sentido, destacam-se a introdução dos agentes comunitários de saúde (ACS) nas equipes com a adscrição de clientela num território definido, atuação das equipes na ótica da vigilância em saúde e o trabalho em equipe. O papel do Agente Comunitário de saúde é recuperado para atender à necessidade de amenizar os efeitos deletérios à saúde, gerados pelo modelo hegemônico, centrado na figura do médico, “tendo como locus central o hospital de grande porte, com alto consumo de tecnologia e equipamentos médico-hospitalar e medicamentos e, conseqüentemente, altíssimo custo para sua manutenção” (SILVA & RODRIGUES, 2000, p.3).

## **2.4 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

Como já assinalado, na década de 1990 o Estado brasileiro adotou políticas advindas do receituário neoliberal. Segundo esse ideário, as origens da crise que o capitalismo vinha sofrendo eram resultantes dos excessos das intervenções do Estado na economia e do poder dos sindicatos. Nesse contexto, passou-se a receitar medidas que minassem as políticas do Estado de bem-estar europeu e o nacional-desenvolvimentismo que havia caracterizado o Brasil e outras nações latino-americanas (DURÃO, MOROSINI & CARVALHO, 2011)

O ajuste fiscal de caráter macroestrutural foi adotado como forma de redirecionar os gastos do Estado reduzindo os recursos para áreas sociais, e priorizando a expansão do capital financeiro e o pagamento de juros da dívida externa. Tais iniciativas foram acompanhadas da flexibilização das relações trabalhistas, fato este que “levou à intensificação da exploração da força de trabalho, e da redução de recursos para as políticas sociais, liberando-as para a investida maciça do setor privado” (DURÃO, MOROSINI & CARVALHO, p.141, 2011).

No Brasil, na década de 1970, ocorrem algumas experiências em várias regiões do país onde os agentes de saúde (trabalhadores voluntários) foram incorporados aos sistemas de saúde a fim de contribuir com ações sociais voltadas, principalmente, às populações mais pobres. O agente de saúde, portanto, não é um ator social recente nem tão pouco uma invasão

nacional. Sua figura esteve presente em grande parte das propostas voltadas para atenção primária de saúde, sendo pessoas da comunidade treinadas para executar intervenções simples, mas resolutivas. Dentre os projetos executados na década de 1970, a experiência do Projeto Montes Claros será destacada nesse estudo em um tópico a parte.

A incorporação da dimensão familiar nos programas de saúde pública no Brasil ocorreu na década de 1990 no momento de implantação do PSF pelo Ministério da Saúde sob responsabilidade dos municípios. Como já assinalado, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) teve início em 1991 e sua institucionalização vem do sucesso de experiências locais em vários estados. Merece destaque o estado do Ceará por ter sido implantado em 100% dos municípios, tendo impacto decisivo no delineamento do modelo para o país. Transformado em Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1992, o programa foi implantado em 13 Estados das regiões Norte e Nordeste. Posteriormente, foi estendido para as demais regiões do Brasil (CASTRO et al, 2004).

Chinelli, Lacerda &Vieira (2011) assinalam que, nesse contexto, as ações desenvolvidas pelos ACS eram orientadas pela atenção primárias seletiva, em contramão a concepção ampliada de saúde como direito de cidadania. Esse fato teria contribuído para o julgamento de que as ações executadas pelos ACS consistiam em “um trabalho simples, de baixa complexidade e que prescindiriam, portanto, de uma formação técnica qualificada”. (p.71)

Houve uma grande polêmica em torno da definição do perfil dos ACS. Para alguns o trabalho dos ACS deveria resolver problemas de nível básico de saúde, sendo que isso só seria possível após um treinamento. Para outros os ACS deveriam se tornar auxiliares de enfermagem, para então solucionar problemas mais complexos (CORREIA, 2008).

A incorporação do Agente Comunitário de saúde ao PACS colocou em cena o debate sobre a sua identidade profissional. As entidades dos trabalhadores da enfermagem – Associação Brasileira de Enfermagem, Federação Nacional dos Enfermeiros e União Nacional de Técnicos de Enfermagem – temiam que os ACS fossem relacionados aos profissionais de enfermagem. Avaliando que algumas práticas pudessem ser identificadas com as dos seus profissionais, os organismos de classe apontavam que a incorporação dos ACS pudesse significar um aumento de trabalhadores sem qualificação. No entanto, Durão, Morosine & Carvalho (2011) consideram que essa atitude nada mais era do que um movimento de características corporativas, cujo objetivo era a reserva de mercado, a “incorporação dos ACS poderia acarretar a desvalorização da qualificação dos enfermeiros, com a consequente repercussão salarial”. (p.140).

Após muitas discussões ficou estabelecido que, mesmo sendo atribuído aos ACS o papel de estimular a população para cuidar de sua própria saúde e fortalecer o vínculo entre os serviços de saúde e a comunidade, sua maior tarefa era a de escutar e traduzir as necessidades das famílias. Prevaleceu o entendimento de não os tornarem funcionários públicos estatais, uma vez que sua missão era a de interlocutores privilegiados e não de entes do Estado. Foi definido também que seu treinamento fosse realizado pelo profissional de enfermagem, sujeito que assumiria a função de instrutor e supervisor dos ACS nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (CORREIA, 2008).

Outro apontamento feito por Durão, Morosini & Carvalho (2001) que merece ser destacado, alude ao possível relevo conferido ao viés comunitário dos agentes a partir do PACS, a fim de se delimitar a especificidade de sua atuação. Desta forma, os agentes comunitários poderiam ser incorporados como trabalhadores de saúde sem, contudo, ocuparem espaços de outros grupos profissionais. Ao adicionar o adjetivo “comunitário” à denominação desse agente de saúde, fica ressaltada também, a diferença entre a atuação do ACS e do agente de endemias que integrava a Fundação Nacional de Saúde. Esse fato pode ser percebido na fala Tereza Ramos, presidente da Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) de 2004 a 2009:

Com o tempo, nós começamos a ver que agente de saúde se referia ao pessoal da Fundação Nacional de Saúde, e o nosso trabalho não era igual ao do pessoal da fundação. E nós colocamos, então, a palavra “comunitário”. A palavra “comunitário” vem de 1990 para cá, quando colocamos agente comunitário de saúde (TEREZA RAMOS s.d *apud* DURÃO, MOROSINI E CARVALHO, p.143 2011).

A evidência da identidade comunitária poderia evitar também, que os agentes estabelecessem vínculos contratuais diretos com o Estado sob a justificativa de que, como funcionários públicos, perderiam a singularidade do seu trabalho “comunitário”. Durão, Morosini & Carvalho (2011) são enfáticos ao afirmarem que a incorporação do adjetivo “comunitário” aos agentes de saúde serviu no contexto de políticas sócias focalizadas, para maquiar as restrições nos gastos ao se apoiarem no trabalho baseado em “habilidades socialmente construídas no âmbito doméstico, realizadas por mulheres mediante baixa remuneração” (p.143).

Com a criação do PACS amplia-se o espaço de atuação do agente de saúde. Seu trabalho, que antes era essencialmente voluntário, começa a apresentar especificidades e uma

maior estruturação. Aos poucos amplia-se o vínculo dos ACS com as famílias atendidas. Com a ampliação da cobertura somam-se novas demandas que complexificaram a atuação dos ACS, como ressalta Afra Suassuna:

O agente comunitário de saúde surge de uma série de fatores que confluem para identificar esse trabalhador e o que ele pode fazer. Ele trabalhou prioritariamente com esses dois grupos [refere-se ao atendimento materno-infantil]. Hoje, tem-se um trabalhador que, além desses grupos, trabalha com as prioridades da atenção básica como um todo. Ele deixou de ser aquele que faz a vigilância e, portanto, a promoção da saúde do grupo materno-infantil, para fazer uma intervenção na família. E mais do que isso: uma intervenção na comunidade. Ele participa da atividade coletiva de promoção da saúde, fazendo caminhadas com as famílias da sua área de abrangência. Trabalha numa perspectiva da atenção à saúde do idoso. Ele já tem conhecimentos do risco que envolve o fato de ser hipertenso ou diabético (AFRA SUASSUNA, diretora do DAB/MS de 2003 a 2005 *apud* DURÃO, MOROSINI & CARVALHO, p.144 2011).

Em meio ao que se convencionou chamar de crise da saúde (ou do setor saúde) na década de 1990, a incorporação do ACS ao PACS, posteriormente ao Programa Saúde da Família (PSF), constituía-se numa possibilidade de responder ao aumento da demanda crescente por serviços de saúde. Merhy (2002) e Campos (2000) apontam a possibilidade do PSF ser um caminho na transição para a consolidação do SUS. A crença nessa possibilidade relaciona-se ao seu enfoque de que, pelo menos no plano normativo, procura-se romper com uma visão de saúde restrita, ampliando o centro de atenção do indivíduo para a família, com atuação preventiva na intervenção em saúde.

Durão, Morosini & Carvalho (2011) abalizam que, durante os dois governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002), houve uma radicalização da política de cortes nos gastos públicos sociais e a “desresponsabilização” do Estado, mediante propostas de descentralização de serviços diretos prestados e substituição da universalização dos gastos públicos nas populações de baixa renda. A empreitada neoliberal no Brasil norteou a reforma do aparelho do Estado, imprimindo novas relações com a sociedade e o mercado.

Nesse contexto de reforma do Estado o Programa Saúde da Família é alçado a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 1997, com objetivo de reconfigurar o sistema de atenção à saúde como um todo. Passa a advogar a atenção básica não apenas como porta de entrada do sistema, como também uma maneira de englobar (ou integrar?) as ações de caráter coletivo com as ações clínicas. Aos poucos o PACS foi sendo incorporado ao PSF.

Durão, Morosini & Carvalho (2011) destacam uma grande relação, nesse momento,



entre o PSF e o Programa Comunidade Solidária. O PSF, ao ser promovido a “estratégia”, passaria a orientar-se pelos princípios de solidariedade e parceria com base no formato de gerenciamento da saúde.

Nesse contexto discursivo que conclamava ao envolvimento de todos na promoção do bem-estar coletivo, o papel dos ACS passa a ser mais fortemente ressaltado, pois, (...) os agentes, seja pelo viés da militância seja pela ação da Igreja, sempre foram valorizados por seu perfil ligado à comunidade, com a qual, por sua vez, teriam capacidade de engendrar laços de solidariedade, transformando-se em atores-chave na consolidação de novas formas de organização do sistema de saúde. (DURÃO, MOROSINI & CARVALHO, 2011, p.149-150).

O sentido dado ao perfil dos ACS como elo que possibilita a aproximação do Estado com a sociedade, entendido como instância da sociedade civil, foi amplamente influenciado pelo trabalho intitulado *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis* (NOGUEIRA, SILVA E RAMOS, 2000). Morosini (2009) destaca que, por serem pesquisadores do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), esses autores influenciaram de forma decisiva, tanto na formação do PSF, quanto na proposta de qualificação dos ACS, disseminando o perfil social desses agentes, configurando-os como trabalhadores *sui generis*, e enfatizam uma versão solidarista do papel dos ACS. Para esses autores o ACS pode ser visto:

como um trabalhador genérico, de identidade comunitária, que realiza tarefas não restritas ao campo da saúde, ao contrário do que ocorre com outros trabalhadores do SUS. Tem um perfil social composto basicamente por sua capacidade de liderança e uma história de iniciativas na linha da ajuda solidária intracomunitária, exigência de seu processo de recrutamento, seleção e avaliação contínua. Portanto, como requisito da política que lhe deu origem, o conjunto das atividades típicas dos ACS tem de ser ancorado nesse perfil social. Devido a essas características, que valem para todos os contextos de desenvolvimento econômico-social dos municípios, o ACS constitui um trabalhador *sui generis*. (NOGUEIRA, SILVA & RAMOS, 2000, p. 26).

Entretanto, ao diferenciar o trabalho dos ACS do restante da equipe da ESF abre-se a possibilidade para justificar a naturalização da precarização das suas relações trabalhistas. A ênfase dada ao solidarismo pode transferir a responsabilidade do Estado para a sociedade civil, enfatizando as potencialidades desta.

Nessa mesma direção, Durão, Morosini & Carvalho (2011) enfatizam que:

(...) o discurso da solidariedade é acionado em relação aos ACS como uma via de mão única, isto é, no se refere à sua relação com o usuário, silenciando-se quando se trata da importância da criação de laços entre os próprios trabalhadores na luta pela consolidação da profissão e na melhoria das condições de trabalho em que se encontram inseridos (p.152).

Conforme documento legal do Ministério da Saúde, o ACS é um profissional que integra a equipe de saúde da família com exclusividade de exercício no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse profissional realiza atividades de prevenção e promoção da saúde através de ações nos domicílios e na comunidade, individuais ou coletivos, mediante as diretrizes incorporadas pelo SUS (BRASIL, 2002; SANTOS, PIERANTONI & MATSUMOTO, 2010).

O Ministério da saúde define o Agente Comunitário como:

(...) um elo cultural do SUS com a população, fortalecendo o trabalho educativo e seu contato permanente com as famílias, facilitando o trabalho de vigilância e promoção da saúde. Sua inserção na comunidade permite que traduza para as USF a dinâmica social da população assistida, suas necessidades, potencialidades e limites, bem como identifique parceiros e recursos existentes que possam ser potencializados pelas equipes (...) (BRASIL, 2003, p. 24).

Ao ACS é atribuída a capacidade de servir de elo entre a comunidade e os serviços de saúde, fato este que o coloca como ator fundamental na reorientação do modelo de atenção a saúde tal como proposto pelo SUS. Ainda que não seja o foco desse trabalho discutir o processo de capacitação do ACS, vale ressaltar que o debate em torno da sua formação e do vínculo de trabalho ainda não foi superado.

No plano normativo, a Lei nº 11.350, de outubro 2006, revoga a Lei 10.507, de 10 de julho de 2002, que reconhece a profissão do Agente Comunitário de Saúde, e estabelece suas atribuições. Segundo essa lei o ACS tem como atribuição:

o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal (BRASIL, 2006b).

Em seu parágrafo único do artigo 30, a referida lei considera como atividades do

Agente Comunitário de Saúde na sua área de atuação:

- I – a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;
- II – a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- III – o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- IV – o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- V – a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e
- VI – a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida. (BRASIL, 2006).

Em sua portaria nº 648, de 28 de março de 2006, sobre a política de atenção básica, o MS define as seguintes atribuições para os ACS:

- I – desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à UBS [unidade básica de saúde], considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- II – trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- III – estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- IV – cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- V – orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- VI – desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- VII – acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe;
- VIII – cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002. (BRASIL, 2006c)

Observa-se que, embora existam algumas especificidades, a demarcação das atividades dos ACS é muito semelhante ao prescrito na lei nº 11.350/2006. O inciso I torna mais evidente o papel desse profissional de buscar a integração entre a equipe de saúde e a população.

As atribuições dos ACS constituem-se com base na política pública de saúde, pela qual são definidas as necessidades de atenção, as situações de risco e as atividades educativas. Nesse sentido, não podem ser desvinculados das atividades políticas sociais do Estado. Os ACS não se colocam mais como um braço dos movimentos sociais pela busca do direito à saúde e:

(...) embora com atribuições semelhantes, ele passa a ter uma nova inserção no campo da saúde, com base na qual a sua atuação se desloca, com efeitos interessantes no que diz respeito à possibilidade de maior dedicação e envolvimento, mas que transforma seu vínculo com a população e, de certa maneira, redireciona a sua prática. O polo comunidade não é, de forma alguma, abandonado. Ele é continuamente requisitado como fundamental para a construção do SUS. Porém o olhar sobre ele ganha uma dimensão diferenciada, que precisa ser reconhecida e problematizada – ele se desenha referenciado pelas políticas sociais do Estado (LOPES, DURÃO & CARVALHO, p.177 2011).

No entanto, a sua regulamentação não encerra outros problemas, tanto relacionados à forma de inserção desse profissional no âmbito do sistema municipal de saúde, quanto na sua capacitação para realizar tarefas a ele atribuídas. A expansão da ESF/PACS no Brasil vem propiciando a incorporação de um grande contingente de trabalhadores, e verifica-se a ocorrência de distintas modalidades de contratação com vínculos que se distribuem desde os mais formais, até os chamados contratos informais (NASCIMENTO, 2005).

Para Correia (2008), a falta de qualificação profissional do ACS, de uma qualificação específica, demonstra que sua representação social como profissional de saúde fica comprometida, fato esse que pode abalar sua legitimidade junto à comunidade. Isso se dá em grande parte pela representação de poder das corporações e do saber de médicos e enfermeiros.

A formação ampliada dos agentes na perspectiva de Lopes, Durão & Carvalho (2011), deve possibilitar a potencialização do seu papel de mediador, na medida em que poderá propiciar o estabelecimento de relações menos verticalizadas entre este profissional e os demais componentes da equipe de Saúde da Família, e também construindo espaços intercessores com usuários.

O período que segue da sua institucionalização até os dias atuais tem sido marcado por lutas empreendidas pelo CNACS no tocante a formação e desprecarização dos vínculos trabalhistas deste profissional. Embora alguns avanços tenham ocorrido pelo menos no plano normativo, como a criação da profissão em 2002, a elaboração do “Referencial curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde” no ano de 2004 e a conquista da contratação formal e direta pelo Estado em 2006 mediante processo seletivo simplificado – uma alternativa ao concurso público –; pela emenda constitucional nº51 não se pode dizer que esses direitos tenham sido assegurados. Um exemplo disso é o “Referencial curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde” que prevê três etapas na formação dos ACS, porém somente a primeira etapa foi pactuada pelos gestores do SUS (CHINELLI, LACERDA & VIEIRA 2011).

A Saúde da Família é concebida com uma estratégia de reorientação dos serviços de saúde, e o papel dos Agentes Comunitários dentro desta estratégia é contribuir de forma efetiva na melhoria da qualidade de vida da população. Porém, é necessário conhecer mais de perto as práticas desses Agentes, uma vez que os mesmos, em prol da integralidade na atenção, podem desenvolvê-la a partir de forte conteúdo normatizador e disciplinar e de foco no comportamento individual e estilos de vida, como já destacado anteriormente. Podem também, por vezes, simultaneamente conjugar em suas práticas formas menos prescritivas, ou mais dialógicas, de interação com as famílias, bem como abordagens em saúde que integrem os diferentes aspectos que afetam o processo saúde-doença em cada contexto, sejam biológicos, sociais, familiares, comunitários, dentre outros. Cabe analisar como se constrói esta dinâmica na prática de agentes comunitários em Montes Claros.

## CAPÍTULO III

### **ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MONTES CLAROS – AS PRÁTICAS DE SAÚDE DOS ACS NO BAIRRO MORRINHOS**

O capítulo inicia-se com um resgate histórico de uma experiência inovadora na organização dos sistemas locais de saúde, que foi a experiência do Projeto Montes Claros (PMC). A importância deste resgate para este estudo deve-se principalmente ao fato de ter sido uma das primeiras experiências no Brasil em que foram utilizadas “pessoas auxiliares” na tentativa de aproximação dos usuários ao sistema de saúde e com um viés comunitário. Na segunda parte do capítulo serão apresentados os procedimentos metodológicos do estudo. Por fim, a terceira parte foi dedicada à análise das práticas do ACS no bairro Morrinhos, em Montes Claros.

#### **3.1 O PROJETO MONTES CLAROS: DA UTOPIA À PRÁTICA**

Algumas experiências de Atenção Primária à Saúde (APS) já tinham sido implantadas no Brasil antes da Conferência de Cuidados Primários em Saúde de Alma-Ata, realizada em 1978. Na década de 1960 e mais largamente meados dos anos 1970, as experiências ganham maior destaque e passaram a influenciar a formação de novas abordagens e formas de organizar a atenção à saúde no país (FAUSTO, 2005). Escorel e Bloch (2005) relaciona o início do desenvolvimento de projetos preventivistas no país aos movimentos pedagógicos das instituições de ensino superior na constituição de Departamentos de Medicina Preventiva (DMP).

Na visão da autora, os DMPs representaram um caminho na direção da institucionalização do movimento de reforma sanitária, ao passo que este buscava na conciliação entre disseminação de conhecimento e práticas políticas, expandir seu campo de ação e envolver-se com organizações da sociedade civil nas suas demandas pela democratização de saúde no país.

A prestação de serviços de saúde no Brasil, nesse momento histórico, estava marcada pela polarização entre a crescente prestação de assistência médica na visão premente da cidadania regulada, na esfera da Previdência Social e atenção médica marginal de baixa cobertura no âmbito da prestação direta por parte da União, Estados e Municípios, sem qualquer articulação (COHN, 2001).

Um dos pontos-chave desse período situa-se no fato de haver uma institucionalização da separação entre saúde pública, vinculada ao Ministério da Saúde e com ênfase em ações verticais e centralizadas voltadas para doenças específicas, “doenças de massa”; e a assistência médica vinculada ao sistema corporativo-previdenciário, orientada para o atendimento médico individual.

Acompanhando a tendência mundial, o insipiente Movimento Sanitário brasileiro passa a refletir sobre a integração entre prevenção e cura, universalização da atenção de saúde e a ênfase nos cuidados primários, a par do chamado desenvolvimentismo. Entretanto, Mendes (1999) aponta que esse movimento enfrentava dificuldades de viabilização dentro de uma estrutura político-administrativa centralizante e que privilegiava a aplicação de recursos nos setores econômicos.

Scorel e Bloch (2005) destacam que os DMPs capitanearam o surgimento de projetos alternativos às relações postas no âmbito da prestação de serviços cultivando os princípios da proposta de Medicina Integral e buscaram a organização local dos serviços de saúde. Os programas de Medicina Comunitária no Brasil teriam aplicado as teses da Medicina Comunitária americana (na perspectiva da desmedicalização, estímulo ao autocuidado em saúde, atenção primária realizada por profissionais não médicos).

A disseminação de programas de medicina comunitária deu-se principalmente pela participação de universidades, geralmente financiados por fundações americanas, que buscavam contemplar a integração docente-institucional, com ênfase em pessoal auxiliar. (CORREIA, 2008)

Em um momento onde ainda não estava claro o que seria a Atenção Primária à Saúde, havendo confusão entre uma visão universal e seletiva, surge, na década 1970, o Projeto Montes Claros (PMC), como modelo de reorganização do atendimento a saúde. Esse projeto destacou-se por ter sido operacionalizado e por ter permitido que experiências técnicas e políticas fossem concretizadas. Tornou-se uma das primeiras possibilidades de aplicação, em nível regional, de diretrizes de um modelo alternativo de organização dos serviços de saúde. O PMC permitiu:

experimentar a aplicação dos princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, **atendimento por auxiliares de saúde** [grifo meu] e participação popular. Para o movimento sanitário, porém, mais do que o modelo, o que marcou foram as experiências políticas inauguradas: a substituição da arrogância técnica pela primazia da ação política. O PMC demonstrou a exequibilidade das propostas do movimento sanitário e a capacidade deste em articular-se com outras forças para sustentar politicamente o projeto. (SCOREL, 1999, p.137)

Scorel (1999) esclarece que a articulação entre um projeto de governo que tinha como objetivo ampliar a cobertura através de ações simplificadas e as propostas progressistas que lutavam pela transformação da sociedade, foi fruto, em grande parte, da militância de lideranças que alçavam a transformação das instituições autoritárias. Representou uma tentativa de por em prática “(...) uma proposta que, ao mesmo tempo em que se utilizava da máquina estatal, propunha uma forma alternativa de organização do sistema de saúde”. (DURÃO, MOROSINI E CARVALHO, 2011).

O Projeto Montes Claros (PMC) apresentou três fases no seu desenvolvimento: o Instituto de Preparo e Pesquisa para Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural – IPPEDASSAR, entre 1971 a 1974; o Projeto Montes Claros – Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas (1975-1977) ou “PMC propriamente dito”; e a terceira pós-1978, ano que foi incorporado ao Programa de Integração das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS. (SCOREL, 1999)

Em 1971 foi criado o Instituto de Preparação de Pesquisas para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural (IPPEDASSAR), que tinha como objetivo implantar no Norte de Minas um programa piloto de planejamento familiar. Nesse mesmo ano foi assinado um convênio entre o Governo do Estado, o Instituto de Saúde da Universidade de Tulane (EUA) e a Fundação Norte Mineira, sendo executado pelo IPPEDASSAR, o Centro Regional de saúde e a Faculdade de Medicina do Norte de Minas (FUNM). (SCOREL, 1999)

Após um ano de atividade, IPPEDASSAR produziu seu principal documento, “*Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas*”, que foi rejeitado pela Secretária Estadual de Saúde (SES), principalmente por conta do seu carácter antinatalista. Entre 1973 a 1974 o IPPEDASSAR e a SES-MG travaram uma luta pelo gerenciamento dos recursos destinados ao programa, que se intensificou após a captação através do convênio assinado entre os governos brasileiro e americano, representado pela Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID). O projeto foi extinto em 1973 sob a acusação de desvio de recursos. Um terceiro motivo para o fim do projeto, apresentado por Silva (2010, p.



97) no seu trabalho dissertativo que resgata a dimensão social do PMC, estaria relacionado com “a preocupação com o trabalho desenvolvido pelos auxiliares de saúde, pois havia certo receio de que esses profissionais substituíssem os médicos”.

Depois de um período de intensas negociações entre Ministério da Saúde e USAID, foi assinado em 1975 o convênio que permitiu a implantação do Sistema Integrado de Prestação de Serviços do Norte de Minas. Para Escorel (1999) a saída da Universidade de Tulane/Family Health Foundation e a transferência de Francisco Assis Machado, que era coordenador do programa do Vale do Jequitinhonha, para a direção do Centro Regional de Montes Claros, constituiu-se numa conjuntura favorável à implementação do PMC.

O papel de Francisco de Assis Machado é apontado em vários estudos sobre o PMC, como essencial para o desenvolvimento do projeto. Em entrevista a Escorel (1999), Machado descreve ter encontrado uma organização bem tradicional. Ao assumir o Centro Regional, observou uma estreita ligação da população aos agentes políticos locais (executivo e legislativo) e percebeu que, para obter resultado, era necessário através de uma “coalizão”, considerar os canais políticos tradicionais. As forças políticas locais passaram a participar do projeto através das reuniões:

algo como um seminário mensal, em nível do município, reunindo trabalhadores de saúde, lideranças políticas locais, sindicatos, usuários etc, para se discutir problemas relacionados com o funcionamento dos serviços e para se combinar providencias (MACHADO, 1987 *apud* ESCOREL, 1999 p. 153)

Para Machado, a democratização das práticas cotidianas foi fundamental para que o PMC se constituísse em um palco de luta do movimento sanitário:

a arrogância técnica foi substituída pela primazia da ação política: democratização das relações internas da equipe regional, uma nova perspectiva de participação comunitária, uma percepção mais realista dos limites do conhecimento técnico e em contraposição – a importância do saber popular. Mas, o mais importante (...) foi a descoberta de que as normas podem ser questionadas e reformuladas, de que não são necessariamente corretas, de que quase sempre trazem em si a cristalização de interesses particulares. (MACHADO, 1987 *apud* ESCOREL, 1999 p. 153).

O PMC não se limitou a ser um projeto regional, foi local de práxis do que estava sendo gestado na academia. Estendeu-se posteriormente, através do PIASS, a diversas regiões do país, principalmente para o norte e o nordeste. A participação dos intelectuais não se

limitou a debates, mas foram a campo e envolveram-se em conflitos de interesses, estimulando uma discussão sobre a necessidade de reestruturação na prestação dos serviços de saúde. Significou uma política de governo que auferiu novos contornos com a participação de setores progressistas e com o engajamento das populações atendidas (SILVA, 2010).

A equipe era composta por vários profissionais, porém, o elemento nuclear deixa de ser o médico para ser o auxiliar de saúde. Utilizando da entrevista de Machado, Escorel (1999) destaca que a Secretária Regional optou em contratar pessoas novas, no sentido de ter pouca experiência “(...) havia a preocupação de se evitar que as pessoas se integrassem aos projetos portando preconceitos, normas e concepções prontas ou acabadas, que chegassem com a cabeça feita”. (MACHADO, 1987 *apud* Escorel, 1999, p. 152).

O PMC pode ser considerado uma das primeiras experiências, no Brasil, que contou com a participação dos auxiliares de saúde, papel muito próximo ao que hoje é desempenhado pelos Agentes Comunitários de Saúde. Eram pessoas que desenvolviam ações em vários âmbitos. Eram visitantes, auxiliares para atendimento domiciliar, auxiliares para cuidado materno-infantil de saneamento. Eram pessoas selecionadas entre moradores da comunidade, instigadas a participar como mobilizadores populares por meio das ações de educação para a saúde e também como agentes de conscientização (SILVA, 2010).

A equipe técnica do PMC era composta por profissionais que estudavam ou que tinha algum envolvimento com a saúde pública, geralmente atraíam-se pela ideia central do projeto de ser um possível exemplo de transformação social no campo da saúde. A seleção dos profissionais técnicos valorizava o sentido ideológico do projeto, havendo negação do cientificismo, conforme observa-se na fala anterior de Francisco de Assis Machado e também na fala de Sobrinho:

O critério de seleção utilizado por eles foi surpreendente, dado o caráter repressivo do regime militar que prevalecia no país. Bastava que eu me identificasse com o “povo”. Que fosse “de esquerda”. E, de preferência, que “não tivesse nenhuma experiência mesmo”, pois o trabalho que faríamos, no norte de Minas Gerais, exigiria criatividade, ruptura com preconceitos e abandono de procedimentos tradicionais. Se assim fosse, eu estaria apto, e poderia ser contratado pela Secretaria de Estado da Saúde (SOBRINHO, 1995, *apud* SILVA 2010, p.105).

Para Durão, Morosine e Carvalho (2011) o enfoque dado aos auxiliares de saúde pode ter sido uma maneira de racionalizar o atendimento com contratação de mão de obra barata. Por outro lado, constituía-se num espaço de interlocução entre o movimento da medicina

social e a participação popular, abrindo espaço para novas concepções de organização do sistema. O profissional leigo foi escolhido pelo potencial de servir de elo articulador entre as demandas e a organização popular tendo como referência o trabalho comunitário.

No tocante ao caráter revolucionário do PMC, Paim (1998) chama a atenção sobre o modo de formação de pessoal do Projeto Montes Claro:

(...) a experiência do Programa de Saúde Comunitária de Montes Claros, no Norte de Minas Gerais (...) possibilitou a formação de quadros técnicos e dirigentes para o modelo expansionista, além da constituição de um laboratório comunitário para a formação de pessoal auxiliar e de planificação e programação em saúde no nível municipal (PAIM, 1998, p. 6).

Outro aspecto importante do PMC, de acordo com Escorel (1999), foi a participação comunitária na descentralização, vista como forma de distribuição de poder para as periferias, dando voz aos usuários. No início a participação dos usuários foi intermediada pelos agentes de saúde. O treinamento do agente de saúde:

transformou-se numa espécie de curso para formação de agentes 'revolucionários', para mobilizar e conscientizar o povo. Esperava-se realizar, como esses agentes, verdadeiras transformações nas relações político-social levando o povo, através da discussão de temas ligados à saúde, a um grau de consciência e de organização suficiente para modificar suas condições de vida (MACHADO, 1987 *apud* ESCOREL, 1999, p.152).

Em sua formatação oficial, o PMC não previa a participação da comunidade à possibilidade de ampliação da cobertura. No entanto, seus executores orientaram-se nessa direção vislumbrando a formação de consciência crítica na comunidade, e tendo Paulo Freire como referencial teórico. Os treinamentos instrumentais relacionados aos cuidados específicos foram substituídos e deram lugar a uma forma de trabalhar o conceito de saúde de forma mais ampla, dando ênfase nas condições de vida da população, na estrutura de poder e nos monopólios do saber. (DURÃO, MOROSINI E CARVALHO, 2011).

No entendimento de Durão, Morosini e Carvalho (1999) o movimento de conscientização trouxe para dentro do projeto, incompatibilidades entre a visão de saúde vinculada ao projeto e a visão da população. De um lado, o projeto privilegiava uma medicina preventiva e curativa, com incorporação de trabalho comunitário, do outro, a população demandava o atendimento médico curativo.

Para Lobato (1995) o modelo adotado em Montes Claros extrapola a medicina

comunitária ao apresentar um momento histórico para o prestígio do Projeto frente à burocracia estatal em uma reunião com o Ministério da Saúde em 1976:

Começa aí o reconhecimento do projeto como contendo proposta altamente inovadora. Tendo como máxima a ampliação de cobertura, a proposta condensava as orientações, sendo que de forma renovada. Ultrapassa o modelo de medicina comunitária - de pobre para pobre - e propõe um outro de assistência integral, ampla de pessoal auxiliar; interação preventivo curativo com ênfase no preventivo, integração e inter-coordenação de ações e financiamento multilateral. Tudo isso baseado na participação comunitária. (LOBATO 1995, p.90).

Silva (2010) adverte para a necessidade de uma leitura crítica sobre o apoio internacional as políticas de saúde nos países em desenvolvimento, uma vez que a assistência financeira vinha de instituições como OMS, Fundação Rockefeller e USAID, que não estavam livres de interesses. Esta última agência foi a maior financiadora do Projeto Montes Claros. A postura americana após a Revolução Cubana era defensiva e marcada pelo imperialismo com posicionamento orientado para evitar a “ameaça” comunista. Para a autora, os empréstimos via USAID na América-Latina serviram a tal propósito. Através de empréstimos concedidos a Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), a USAID financiou a modernização da Secretária Estadual de Saúde e a criação do Centro Executivo Regional de saúde em Montes Claros, com estruturada descentralizada da Secretaria de Saúde do Estado.

Fleury (1995) considera a criação do Centro Executivo Regional de Saúde, quando ocorre a descentralização da SES, como fator que influenciou positivamente na execução do PMC, e pondera que a reforma administrativa levou a um processo de descentralização, que mesmo com conflitos devido à dicotomia de planejamento centralizado e de administração regionalizada, imprimiram singularidades ao projeto.

Scorel (1999, p.154) analisa que, durante todo desenvolvimento do PMC, ocorreram disputas que o tornaram “um palco de lutas” desde o seu início. Entre o nível central e regional ocorriam conflitos sobre a execução do projeto. De um lado, tinha-se uma visão racionalizadora da Assessoria de Planejamento e Coordenação SES/MG (APC) e do outro, a política estratégica do Centro Regional de Montes Claros. No entanto, os dois grupos procurava, por meio de estratégias diferentes, “a expansão da cobertura para a população mais carente através do fortalecimento do setor público”. (p.153). Eram duas visões de um mesmo movimento que buscava o mesmo projeto da Reforma Sanitária. As duas forças em disputa se uniram e constituíram uma tendência progressista que passou a enfrentar as forças

conservadoras da Fundação Serviço Especiais de Saúde Pública (FSESP) e privatizantes dentro do Instituto Nacional de Previdência Social (INAPS).

Os trabalhos desencadeados pelo PMC em Montes Claros e nas cidades da região, serviram de campo de estágio para acadêmicos de medicina da Faculdade de Medicina do Norte de Minas e da Universidade Federal de Minas Gerais. O Internato Rural foi utilizado como forma de propiciar aos acadêmicos de medicina uma maior aproximação com os problemas da população, permitindo também o aumento da assistência à saúde para população excluída. (SILVA, 2010).

A partir de março de 1977 inaugurou-se o que Escorel (1999) chamou de terceira fase do PMC com a saída do diretor do no Centro Regional de Montes Claros (CRS) de Montes Claros para a coordenação da Secretária Técnica do Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS). O PIASS adotou uma estratégia semelhante a que havia sido adotada no Centro Regional de Montes Claros. O PMC passa a integrar essa estratégia de âmbito nacional, que, na verdade, foi uma ampliação do que era operacionalizado em Montes Claros. O projeto passa a existir dentro da estratégia do PIASS e torna-se seu “polo avançado”. Em 1978 o PIASS substitui o USAID como maior financiador do programa, passando a integrar-se também financeiramente.

No que tange aos resultados quantitativos, o PMC não ficou conhecido por grandes impactos na mudança de indicadores de saúde. Mas, segundo Escorel (1999), o maior êxito do programa foi ter trazido novidades em termos de gestão e assistência (participação popular, a base no auxiliar de saúde, diagnóstico de saúde com base em um olhar integral que considerava os critérios socioeconômicos).

O PMC foi a experiência acentuada da gestão do movimento da reforma sanitária. Nesse projeto ousou-se na tentativa de mudança do modelo de assistência à saúde através de descentralização, regionalização, hierarquização, trabalho de auxiliares de saúde, participação popular, dimensão social dos determinantes no processo saúde-doença. Foram lançadas as bases que hoje são juridicamente reconhecidas no SUS. (SILVA, 2010).

## **3.2 AS PRÁTICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM MORRINHOS – MONTES CLAROS- NO CONTEXTO ATUAL**

### **3.2.1 O perfil dos ACS participantes do estudo**

Uma primeira questão a ser destacada em relação ao perfil dos ACS que participaram

do presente estudo é o fato de que todos da UBS/Morrinhos são mulheres. Dentre as entrevistadas com idade entre 27 e 42 anos; todas concluíram o Ensino Médio, 2 concluíram o curso técnico em enfermagem, 1 possui curso superior completo (pedagogia) e 4 possuem curso superior incompleto (nenhum na área da saúde). Todas as ACS são contratadas pela prefeitura local através de seleção pública simplificada, o que implica em certa estabilidade.

Nenhuma das ACS entrevistadas já havia trabalhado na área da saúde. Antes de se tornarem ACS trabalharam em: 5 no comércio; 2 eram babás; 1, era auxiliar administrativo e 1 afirmou nunca ter trabalhado antes.

A maior parte das ACS foi enfática ao afirmar que sua inserção como Agente de Saúde deu-se pela possibilidade de um contrato formal via seleção pública.

*“Quando eu vim não conhecia o PSF. Eu vim trabalhar porque nessa época estava sem trabalhar e teve o processo seletivo (...) vim mesmo na escura”. (ACS1)*

*“Eu tentei concurso, processo seletivo, aí passei (...) foi mesmo por esta questão e também para ter tempo para fazer a faculdade”. (ACS2)*

*“Através da seleção pública, achei interessante o que o programa pretendia, né?! (...) achei interessante a forma de trabalhar e resolvi fazer inscrição para a seleção”. (ACS3)*

*“Eu estava desempregada, na verdade nem sabia como funcionava o serviço, o que eu tinha que fazer descobri depois, foi mesmo a oportunidade de emprego”. (ACS4)*

*“Haahh, a gente fez um processo seletivo, né”. (ACS5)*

*“O que me motivou? O trabalho público, o concurso, questão de segurança”. (ACS6)*

*“Estava desempregada, oportunidade de emprego”. (ACS7)*

*“Eu sempre gostei desta área da saúde né, e também era coisa mais segura né, foi um concurso que agente fez. Mais estabilidade”. (ACS8)*

*“Eu trabalhava como babá, como doméstica (...) mesmo foi a possibilidade de emprego, né?! Sair de um emprego que eu considerava inferior para ir para um emprego melhor”. (ACS9).*

Somente uma das entrevistas afirmou ter participado de trabalhos comunitários antes de se tornar ACS. Todas afirmaram, no período das entrevistas, que só participavam de atividades vinculadas a UBS, ou participam de cultos religiosos/missas na comunidade. Essa questão fez emergir na fala das ACS suas trajetórias profissionais, suas escolhas, ou a falta

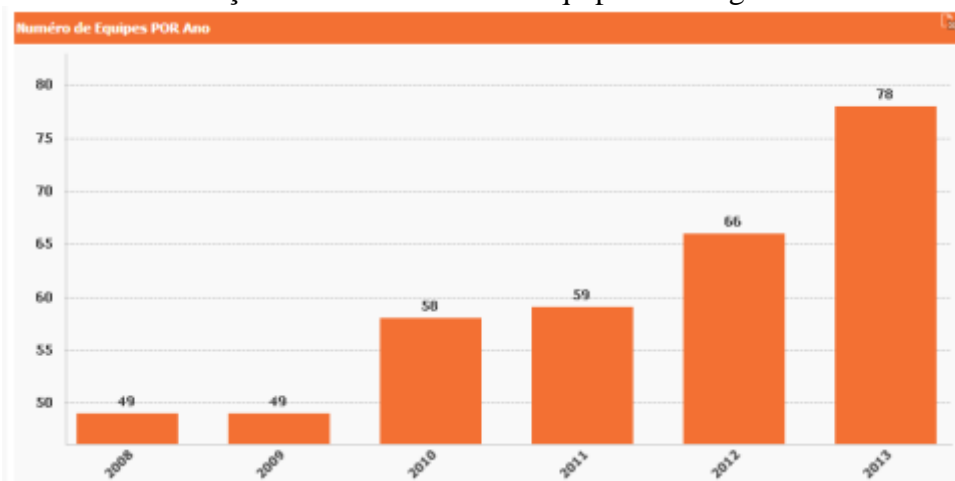
delas.

No que se refere a sua capacitação após inserção na ESF, as ACS afirmaram que a prefeitura municipal ofereceu apenas o primeiro módulo da capacitação.

### 3.3 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO

O processo de organização da Atenção Básica no Município de Montes Claros teve início em 1996 com a implantação de cinco equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e a partir de outubro de 1998 com a implantação de duas equipes da Estratégia de Saúde da Família nos bairros Village do Lago e Vila Sion. Desde então, a ampliação no número de equipes vem sendo construída de forma gradual (gráfico 1). Atualmente o município possui 78 equipes completas da Estratégia de Saúde da Família (gráfico 2). Esses números representam 74,4 % de cobertura da ESF no município de Montes Claros (SES/MG) (gráfico 3). Em fevereiro de 2006 foram implantadas três equipes multiprofissionais no bairro Morrinhos (NARCISO et. al., 2006). Este bairro foi escolhido como lócus principal da pesquisa em função a sua heterogeneidade. Historicamente, essa parte da cidade se compõe de uma população misturada entre camadas de famílias carentes e famílias de classe média.

**Gráfico 1:** Evolução anual no número de equipes de Programa Saúde da Família



Fonte: SES-MG e MS, 2013.

**Gráfico 2:** Evolução no número de equipes de Programa Saúde da Família em 2013

Fonte: SES-MG e MS, 2013.

**Gráfico 3:** Cobertura populacional do Programa Saúde da família por ano (%).

Fonte: SES-MG e MS, 2013.

**Gráfico 4:** Cobertura populacional Programa Saúde da família por Mês no ano 2013 (%).

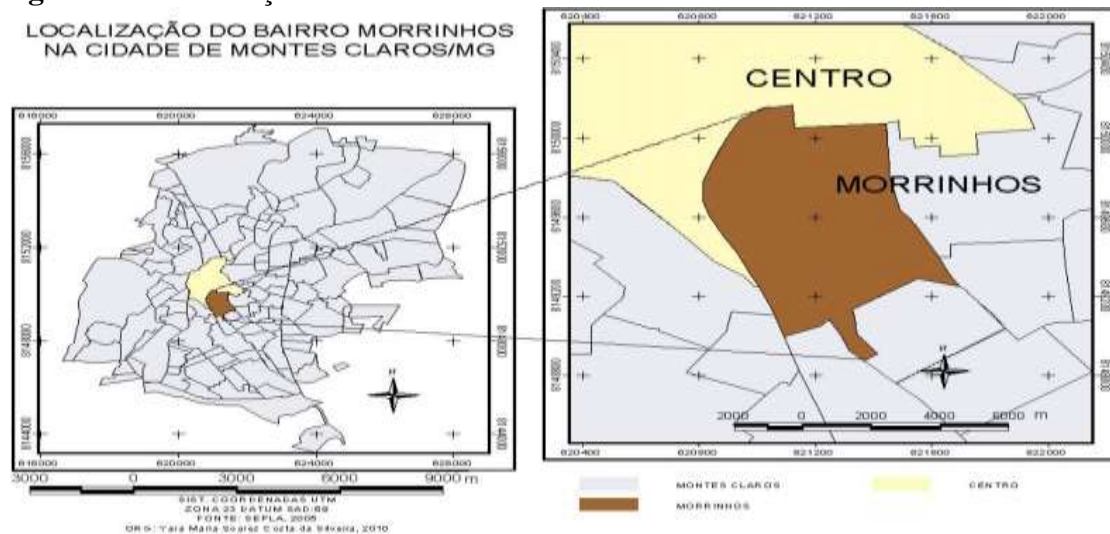
Fonte: SES-MG e MS, 2013.



No sentido de mapear o campo de estudo, será apresentada brevemente a localização do bairro de Morrinhos com a fala dos entrevistados sobre suas percepções do local.

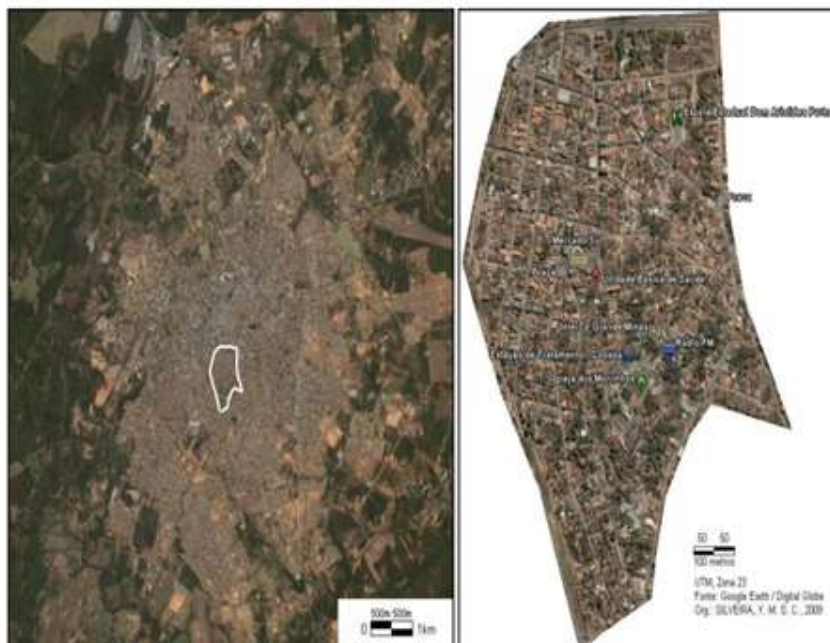
O bairro Morrinhos está localizado na área central da cidade (figuras 1 e 2). Possui topografia irregular, com áreas íngremes e planas. No centro do bairro está localizado o morro Dona Germana, denominado “Morrinhos”, que nomeou o bairro. A UBS do bairro está localizada da Rua Mello Viana, ao lado do Mercado Sul, na parte baixa do bairro próximo ao centro da cidade (figura 2).

**Figura 01:** Localização do bairro Morrinhos na cidade de Montes Claros/MG:



Fonte: SIST COORDENADAS URM; ZONA 23 DATUM SAD-69; SEPLA, 2005. Organização: Silveira, 2010.

**Figura 02:** Localização do bairro Morrinhos na cidade de Montes Claros/MG:



Fonte: O Bairro Morrinhos no sitio urbano de Montes Claros – MG e seu recorte, com alguns pontos de referencia – 2009. Fonte: Google Earth, Digital Globe e TerraMetrics. Org: SILVEIRA, Y.M.S.C.

Segundo os moradores, o bairro começou como uma fazenda de uma rica família da região. As terras foram doadas para Mitra Diocesana que posteriormente vendeu os terrenos para famílias. Alguns terrenos no alto do morro foram ocupados.

O bairro foi visto por muito tempo como local de fé, berço cultura da cidade e também uma proeminente região boêmia como conta a escritora Amelinha Chaves<sup>2</sup> (2013):

*“Morrinhos foi um centro de fé, o bairro inicio pela fé por causa da igreja que fica no alto do morro (Igreja do Senhor do Bomfim) (...) toda cultura popular vinha do bairro. Eram serestas lá no morro, eram os catopés, são todos de lá ainda (...) um dos cabarés mais famosos era aqui no bairro (Casa de José Coco), a vida noturna era intensa”.*

O bairro é separado do centro da cidade por uma ferrovia que ainda hoje está ativa para transporte de carga. No passado também era feito o transporte de pessoa Segundo Chaves (2013) a ferrovia impulsionou o crescimento do bairro.

*“A ferrovia Central do Brasil teve uma importância grande porque a maioria dos ferroviários ganhava uma fortuna para aquela época, então a maioria morava aqui no bairro. Movimentava a economia do bairro. A Central do Brasil tinha um grande Armazém, vendia de tudo de pano a vasilhas (...). Tinha muito engenheiro, gente que vinha de fora, gente de nível social bom”.*

A maior parte do bairro é pavimentada, possuindo apenas uma rua sem calçamento (Rua Príncipe da Paz). Apresenta vários pontos comerciais, possui saneamento básico, iluminação em todas as ruas, água tratada e coleta pública de lixo. Contudo, possui algumas residências com banheiros externos e sem ligação a rede de esgoto (SILVEIRA & RAMIRES, 2010).

Segundo algumas ACS entrevistadas, o bairro é dividido em duas áreas no que se refere à situação socioeconômica, sendo a parte que fica mais próxima ao centro, com melhores condições socioeconômicas e infraestrutura nas residências, e outra parte na região onde está localizado o “morrinhos” e a parte que o circunda, como área mais carente.

*“tem uma área mais carente que demanda mais atendimento, com pessoas com situação financeira um pouco mais baixa, demanda mais tempo, e tem outra área que temos dificuldades para fazer visitas. Quase não ficam em casa, normalmente é a comunidade mais ativa (...) são pessoas que tem qualidade de vida melhor, que tem melhor condição financeira, são pessoas que vivem aqui há mais tempo”.* (ACS1)

---

<sup>2</sup> Escritora e romancista moradora do bairro Morrinhos – entrevista concedida ao pesquisador. Maiores informações no livro *O Rancho da Lua – e Outras Memórias* (CHAVES, 2009)

O bairro é estigmatizado como local de venda de drogas. Segundo relatos dos moradores e de ACS, principalmente no alto do morro, estão localizados pontos de domínio pelo tráfico de drogas, fato que tem gerado desconforto e insegurança para os moradores e intimidação das ACS na realização do seu trabalho.

*“aqui no bairro nós vamos ter problemas com as drogas, sendo que um dos principais pontos de droga da cidade está localizado lá em cima (do morrinhos), tem algumas regiões na parte de daqui de baixo também” (ACS3)*

*“tem a questão do morro mesmo que têm os usuários de droga e as pessoas que vendem. Eu, particularmente, acho que no morro é na beira linha (Linha Férrea) que tem uma certa carência”. (ACS4).*

*“(...) uns meses atrás até toque de recolher tava tendo lá em cima. Eu tive notícias, não tô afirmando (...) eu tive notícias de que as agentes estavam com medo de subir lá, e que elas iam na parte da manhã que o pessoal tava dormindo, né?!” (ACS6)*

*“apareceu muita coisa que a gente estranha hoje, né?! A violência, por exemplo, esse negócio de droga (...) meus netos estudam à noite. A gente fica preocupada na hora que Chega. Isso (referindo se a violência) foi mais ou menos de cinco anos pra cá” (usuária “6)*

Apesar da desconfiança e do medo, observa-se que há o uso de estratégias para evitar as VDs em horários que os traficantes estão acordados nas áreas marcadas pelo domínio do tráfico, para que possam dar continuidade às suas atividades. Em geral, diante dessas situações, os ACS procuram estabelecer uma relação de confiança e de troca com a comunidade, partilhando a “lei do silêncio”.

*“igual na minha área tem (referindo-se ao tráfico), onde é que eu moro tem alguma coisa perto, tipo assim (...) geralmente quando a pessoa é do bairro eles não falam nada, aí a gente finge que não sabe de nada”. (ACS8).*

As áreas cobertas pelas equipes da ESF do Bairro Morrinhos são bem heterogêneas. Nelas convivem famílias que utilizam e necessitam de fato dos serviços ofertados pela ESF e outras que possuem planos de saúde privados ou que utilizam convênios médicos de empresas. Embora a ESF esteja consolidada no bairro com ampla adesão dos moradores, algumas famílias, por possuírem planos de saúde, não aceitam se cadastrar na ESF, como foi relatado pelos ACS. Utilizam a Estratégia apenas para aferir pressão.

A participação ou não dos usuários cadastrados na Estratégia se reflete no modo como os ACS são recebidos nos domicílios, como pode ser percebido na observação das Visitas

Domiciliares. Nas famílias que utilizam a Estratégia com maior frequência, os usuários convidam os ACS para conversar sobre a família, sobre seus problemas. No caso das famílias que pouco utilizam a Estratégia, os ACS, quando são recebidos para realização da VD, permanecem do lado de fora da casa.

### **3.4 AS PRÁTICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA VISITA DOMICILIAR**

Esta seção do estudo procura discutir as interfaces que resultam das relações entre Agentes Comunitários de Saúde e usuários da ESF no bairro Morrinhos, no Município de Montes Claros-MG. Para tal foram observadas às práticas dos ACS no encontro com os usuários no âmbito da Visita Domiciliar, bem como as percepções dos ACS e dos usuários sobre tais práticas a partir das entrevistas realizadas.

Como já apontado na introdução foram acompanhadas 20 Visitas Domiciliares realizadas pelas ACS das três equipes que compõe a UBS do bairro Morrinhos, sendo que 5 visitas contaram com a participação da técnica de enfermagem. A presença na VD trouxe algumas possibilidades e desafios para construção dos dados. As possibilidades referem-se ao que foi possível observar tanto em relação às condições de vida dos usuários e ao território, quanto à própria relação dos ACS com as famílias. Em determinadas situações foi possível identificar constrangimentos, tanto por parte das famílias, quanto por parte das ACS em relação à forma como são estabelecidos os encontros. A observação pode melhor sinalizar a interação e o jogo de poder que se estabelece nestes encontros, no entanto como se tratam de relações sociais (portanto complexas) carregadas de significados a tradução destes microprocessos constitui-se num desafio para o pesquisador.

#### **3.4.1 Entendimento dos ACS sobre a ESF e suas práticas**

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) possui uma situação privilegiada dentro da Estratégia de Saúde da Família, uma vez que deve, obrigatoriamente, residir na área em que atua, funcionando como elo entre a comunidade e a equipe da qual faz parte, fato este que propicia sua vivência com o cotidiano da comunidade com maior intensidade do que os outros membros da equipe da saúde. A matriz do agente assenta-se, conforme preconizado pelas instituições oficiais, em dois aspectos: identidade com a comunidade e pendor para a ajuda solidária.

Seu perfil de residência na comunidade, o que pressupõe compartilhamento de valores e interesses sedimentadores de uma identidade coletiva, possivelmente tem reflexo na representação de atribuições, já que o território é o ambiente de validade da profissão e de sua atuação. (SANTOS, PIERANTONI e MATSUMOTO, 2010, p.359).

Nesse ponto, Cohn, Nakamura e Conh (2005, p.172) ressaltam que os Agentes Comunitários estão inseridos em uma dinâmica singular, visto que constituem lócus de interseção entre o domínio público e privado da vida social, “atuando como uma ‘dobradiça’ entre o público, de onde atua, e o privado de onde se origina por princípio, já que deve ser membro da comunidade”.

O fato de estar em contato com o cotidiano das pessoas possibilita ao ACS, vivenciar os problemas específicos de saúde da sua área de atuação e perceber os hábitos e o modo de vida população, bem como os problemas sociais, como demonstram Silva e Rodrigues:

Aqui o agente comunitário tem um papel fundamental. É ele quem está no cotidiano dos lares, quem vivencia os problemas específicos de saúde e os sociais. É ele que presencia a miséria humana em sua face mais cruel: a do abandono na doença, da falta de acesso aos serviços, da fome que mata ou debilita. Mas também é ele quem tem o privilégio de chegar primeiro aos dados, de ver as mudanças que ocorrem pela intervenção das ações voltadas à obtenção da saúde, diretas ou não. (SILVA & RODRIGUES, 2000, p.5)

Segundo esses autores, o Agente de Saúde pode contribuir para o processo de descentralização das informações. Mesmo não tendo assento nos conselhos de saúde, ele “está cotidianamente com a população”, conhece os membros da comunidade e estabelece com eles, elos de amizade. São eles os responsáveis por atualizar a população sobre o que ocorre nas instâncias deliberativas de saúde municipal “e, assim formar uma massa crítica junto aos usuários do sistema” (Ibidem, p. 6).

Conforme propõe Crevelin (2005), o conceito de trabalho em equipe deve ser desenvolvido como uma modalidade de trabalho coletivo em que se configura a relação recíproca entre intervenções e os agentes. Com base na teoria do agir comunicativo de Jürgen Habermas, a autora destaca a dimensão da intersubjetividade do trabalho, quer entre os profissionais e usuários, quer entre os próprios profissionais. Por meio da mediação simbólica da linguagem, os trabalhadores que compõem a equipe podem efetivar sua interação, a articulação das ações e a integralidade dos saberes especializados e comuns no campo da saúde.

Foi possível perceber uma concepção amplamente compartilhada pelas ACS em

relação à ESF quase como sinônimo de promoção à saúde e de prevenção à saúde. Aspectos como qualidade de vida, atenção básica e educação em saúde, foram recorrentes nas falas.

*“bom, o que eu conheço da estratégia saúde da família é que é um programa de qualidade de vida, porque a gente trabalha não só com a doença, trabalha como forma de prevenção”(ACSI)*

*“o PSF é estruturado para poder tá atendendo a atenção primária do idoso, da gestante, da criança (...) a gente visa estimular o paciente na promoção da saúde evitando que este procure uma atenção secundária (ACS3)*

*“o PSF trabalha mais com a prevenção à saúde, né?! Igual hipertenso, diabético, saúde das crianças”. (ACS8)*

*“o objetivo é a prevenção de forma geral, física e mental” (ACS5)*

*“A saúde da família vem pra fazer um trabalho de prevenção e promoção, né?! Pra dar uma atenção básica para a população antes mesmo que, que venha ter algo mais grave, dá noções pra pessoas de como cuidar da saúde, do seu lar, do meio ambiente”. (ACS7).*

A identificação da ESF com a prevenção foi marcante nas entrevistas. Muitas vezes prevenção foi entendida como vigilância e fiscalização. As ações de vigilância em saúde foram identificadas na fala de algumas ACS ao atribuírem suas funções como:

*“No caso de crianças, tá olhando o cartão de vacina, orientando pra tá vacinando as crianças direitinho. Hipertenso e diabético, ver se tão tomando o medicamento, se tá aferindo a pressão, se tá controlando. Se não tiver, passa o caso pro médico, pro enfermeiro, pra poder tá orientando melhor. Mais a questão de informação à visita. De uma certa forma **fiscalização** também, que acaba que agente **fica no pé** da pessoa”.(ACS3)*

*“Eu vou nas casas, eu passo saber como a família tá, o que tá acontecendo no seu dia a dia mesmo. Se, por exemplo, eu vejo alguma criança mais magra eu reparo pra poder tá passando pra enfermeira para marcar um CD, alguma coisa assim. A gente olha o quintal, em questão da dengue”(ACS2)*

*“É mais voltado pra prevenção mesmo, dos cuidados mesmo. Na visita eu tento passar isso. Conferir medicações, cartões de vacina de crianças, chamar pras consultas, pras pesagens, pré-natal. **Fiscalizar** se tão tomando a medicação direito” (ACS7)*

Em algumas situações as ACS relataram desconforto em praticar a vigilância epidemiológica, principalmente quando são obrigados a vistoriar quintais das residências. Este fato gera uma situação constrangedora, tanto para ele (ACS) no exercício de sua função, quanto para a família que se sente invadida, como observado na fala:

*“fazer a gente ir na casa **de paciente** pra poder limpar quintal (...), eles (secretaria municipal de saúde) estavam colocando a gente pra poder ficar **vistoriando** quintal de paciente. Isso gerou um pouco de transtorno pra gente. Porque, igual eu ouvi da moradora , já não basta os amarelinhos (agente de endemias) agora vocês também? Fica parecendo assim que tão chamando as pessoas de **porquinhos**, que tá vivendo no chiqueiro, que não tá cuidando da casa direito” (ACS7)*

A expressão “paciente” foi destacada na fala acima tendo em vista a recorrência que apareceu na fala das ACS em detrimento do termo “usuário”. A palavra “paciente” por si só, já qualifica o indivíduo como passivo, neste caso, que merece cuidado. Nesse entendimento, considera-se uma sociedade patologizada, que precisa ser vigiada e passível de intervenção.

Parece haver uma sinonimização entre promoção à saúde e prevenção à doença na concepção de algumas ACS entrevistadas. Outro fato que merece ser destacado é um possível entendimento de focalização da estratégia, uma vez que entendem que a estratégia deve ser direcionada a determinados seguimentos, como pode ser visto nas falas acima (ACS8). Contudo, existe por parte de algumas ACS o entendimento da ESF como forma de atender integralmente o usuário.

*“promover a saúde é promover como um todo, né?! Não só o lado biológico, no quesito da doença, mas também a coisa social, o lado financeiro mesmo, olhar como um todo àquela comunidade pra tá lá dando resolubilidade tanto na questão socioeconômica, como na questão biológica (...) tem que ter um olhar amplo, para enxergar o que numa consulta médica não se vê (ACS9)*

A relação de vínculo criado com a comunidade foi citada em todas as entrevistas como forma de facilitar o trabalho das ACS.

*“A visita, acho que é pra gente criar um elo entre o PSF em si com a comunidade. Porque acaba que nós, ACS, que criamos um vínculo com a família através das visitas, e talvez as pessoas se abram mais com agente do que se viesse aqui conversar com o médico ou com o enfermeiro. A função de orientar também, né?!”. (ACS2)*

*“É um trabalho de conquista, né?! No começo (...) eles não queriam receber, eles eram meio arredio, recebia só da porta, tinham aquela certa desconfiança, mas com o passar dos anos a gente vai conquistando a amizade dos moradores pra que eles possam ter aquele livre acesso de falar, falar com a gente de qualquer assunto para ajudá-los, para tentar ajudá-los. Aí eles têm essa liberdade sim, de chegar pra gente e expor uma situação que às vezes pra ele é constrangedor, mas que eles sabem que a gente vai tá trabalhando para tá tentando resolver aquele problema que ele tá vivenciando, né?!”. (ACS9)*

*“Quanto mais você entra na casa da pessoa quer dizer que mais amigável você é com aquela família. Primeiro você é recebido na parte de fora, depois na sala, quando vê já está na cozinha, **mais intimidade você tem com aquela família**. É essa intimidade que te dá a oportunidade de você conhecer aquela família” (ACS10).*

A casa em oposição à rua constitui-se, no espaço da intimidade, um espaço de segurança. A separação dos espaços no atendimento a um visitante (no caso o ACS) demonstra o grau de intimidade que o visitante compartilha com a família. Para Da Matta (1984) a rua é o lugar do anonimato, do impessoal, onde não há espaço para elos mais especializados; a casa, por sua vez, é o recanto da cordialidade, das relações mais íntimas e de confiança.

Os trabalhadores de saúde incorporam a escuta e a conversa com o usuário como importante instrumento. A conversa com o usuário do sistema tem dimensão comunicacional e educativa, como parte nobre da técnica, complementando a clínica e a ampliação da qualidade do registro do paciente; o acolhimento requer que o trabalhador utilize seu saber para a construção de respostas às necessidades dos usuários (SILVA JÚNIOR & MASCARENHAS, 2004, p. 244-245).

Ouvir as demandas e as queixas da população foi apontado pelas ACS como uma das principais atribuições destinadas a elas. A conversa e paciência na escuta também foram apontadas pelos usuários como uma das qualidades das ACS.

*“a gente escuta também muito o paciente, não só o problema de saúde, mas com a família” (ACS5)*

*“Se ela vê que a gente não tá muito bem, se ela vê que a gente tá assim, meio sem graça, ela sabe conversar com a gente direitinho”.(usuário8)*

*“O PSF aqui pra mim é muito importante, gosto muito de lá, do pessoal, igual a pessoa que vive sozinha como eu convive mesmo com as pessoas de fora, entendeu, né?! Considero eles uma família minha. Uma família que eu não tive porque Deus sabe o que é que faz. Meu marido morreu e eu fiquei só”. (usuário4)*

De forma geral, os usuários entrevistados se mostraram satisfeitos com o atendimento das ACS, pois ressaltaram a paciência na escuta. No entanto, percebem o trabalho do ACS como um trabalho voltado para orientação das ações desenvolvidas pela UBS:

*“Muito eficiente. Vem, preocupa, sempre convida a gente para participar das reuniões sobre hipertensão, sobre diabete (...), pergunta se a gente tá precisando de alguma coisa, fala pra qualquer coisa procurar o PSF”. (usuário1)*

*“Se ela vê que a gente não tá muito bem, se ela vê que a gente tá assim, meio sem graça, ela sabe conversar com a gente direitinho”.(usuário8)*



*“Pra mim eu vejo eles (equipe da ESF) visitando o pessoal acamado, olha a pressão, às vezes o pessoal reclama, não presta atenção e quer que dá conta de tudo, né?! Nem tudo podem fazer” (usuário6)*

O trabalho dos ACS, por vezes, é compreendido apenas como “agendadores” e marcadores de consultas pelos usuários da ESF:

*“Vem trazer as consultas. Às vezes marca uma consulta, vem trazer, vem avisar. Se chega a gente pede para marcar a consulta quando não dá pra ir lá marcar direitinho, são muito atenciosos (...) qualquer coisa diferente eles avisam” (usuário6)*

*“A visita dela é sempre boa, né?! Porque ela vem, orienta a gente, convida pra reunião, convida pra participar das atividades que tem no PSF, né?! Sempre é muito proveitosa pra mim mesmo que não saio de casa” (usuário5)*

A marcação e entrega de consultas, no entanto, é percebido por algumas ACS como uma prática que descaracteriza, desvaloriza e deslegitima seu trabalho, uma vez que a população entende seu trabalho apenas como trabalho burocrático de agendar, marcar e entregar consultas e exames.

*“(...) o que tem funcionado de um tempo para cá é que nós passamos a ser **pombo correio**, entrega consulta (...) eu creio que a comunidade não vê a gente como deveria ser visto, entendeu?! Não dá uma credibilidade (...) porque você chega na casa de uma pessoa e fala que vim fazer visita domiciliar, aí eles perguntam: mas e aí, o que você vai fazer para mim, você trouxe (guia de consulta)? Tem como marcar consulta para mim agora? Tem como você marcar o exame para mim agora? Então eu acho que devido às entregas de **consulta perdeu um pouco o foco do que que é a visita do agente**.” (ACS4)*

O descrédito da ESF por parte dos usuários muitas vezes está relacionado à busca destes usuários por procedimentos de média e alta complexidade. Há, na fala abaixo, um descrédito do usuário na atenção básica e nos demais profissionais não médicos. Percebe-se um reforço na demanda por atendimento especializado.

*“Demoram um mês pra medir a pressão. Geralmente esses trem, (referindo a ESF) não funciona não, o médico funciona” (usuário7)*

Quando interrogado sobre as práticas dos ACS durante a VD o mesmo usuário demonstrou-se insatisfeito pela pouca periodicidade da VD. No entanto, a reclamação referiu-

se às poucas VD realizadas pelos enfermeiros e médicos. A VD do ACS para esse usuário, não traz nenhuma contribuição.

*“O objetivo da saúde da família deveria ser trabalhar junto com a família, né?! Deveria vir mais vezes, olhar o paciente, mas eles falam que é porque lá (UBS) não tem ninguém, e tem muita gente para atender”.*(usuário7)

Embora a maioria dos usuários tenha ressaltado a importância do ACS para a ESF, destacando a função de “elo” ao servir de mediador entre a família e a UBS, um usuário interpretou sua atuação apenas como fiscalizador:

*“Ela não faz nada, ela só olha e toma os dados. Só escreve uns trem aí, pergunta algumas coisas”.*(usuária7)

Uma maneira de questionar a prática é perceber o sofrimento que ela, a prática, produz, como sugere Mattos (2008).

Trata-se de, em primeiro lugar, dar especial atenção às manifestações de indignação dos usuários dos serviços de saúde, de pequenos episódios de rebeldia, de questionamentos à ordem instituída nas instituições de saúde (MATTOS, 2008, p. 350).

Muitos usuários não fazem uma distinção clara entre o trabalho do ACS e o trabalho do técnico de enfermagem, esta indistinção talvez ocorra pelo fato de algumas VDs dos ACS serem acompanhadas pelo técnico de enfermagem:

*“Atua muito. Sempre vem, olha a pressão, e indica os dias dos remédios”*  
(usuário9.)

*“Pra mim eu vejo ele (ACS) visitando o pessoal acamado, olha a pressão”*(usuário6)

*“Ele vem, conversa, nós vamos lá pro quintal um pouquinho (...) pra poder medir a pressão da mulher, conversar sobre uma coisa ou outra, né?!”.* (usuário2)

*“Chegam e a pressão tá alta, pede pra gente ir com mais frequência. Valta aqui pra confirmar se abaixou a pressão, muito atenciosos”.* (usuário1)

### 3.4.2 Visita Domiciliar no campo das práticas em saúde

A prática de saúde no âmbito domiciliar é tão antiga quanto à vida em sociedade e, nos últimos anos, volta a ser vista como uma alternativa para o cuidado mais próximo da família. Neste sentido, o cuidado domiciliar é percebido como potência renovadora no contexto do SUS (ABRAHÃO, 2011).

No entanto faz-se necessário um olhar crítico sobre as potencialidades das práticas exercitadas no âmbito do domicílio, uma vez que tais práticas podem ser exercidas com grande potencial controlador, visto que a função disciplinadora está presente, principalmente aquelas direcionadas às populações com menor poder econômico.

A Visita Domiciliar (VD) é concebida como principal instrumento de trabalho do ACS. Compete a ele realizar no mínimo uma visita mensal a cada família residente na sua microárea de abrangência, número este que pode variar de acordo com a demanda da família. Na VD cabe ao ACS identificar as necessidades de saúde do indivíduo e da família, direcionando para os programas verticais do Ministério da Saúde e considerando os chamados grupos de risco (crianças, gestantes e portadores de doenças crônico-degenerativas, como diabetes e hipertensão) (ABRAHÃO, 2011).

As ACS organizam seu processo de trabalho para a VD observando certo “cronograma”, copiando um modelo já tradicional no processo de trabalho em saúde situado em ações programáticas, onde são classificados os tipos de visitas como: “*visita de rotina a hipertenso, visita para conferir cartão de vacinação, busca ativa, cadastramento de usuários, etc.*” A adoção de um aparente protocolo de visitas evidencia um recorte programático em detrimento do critério de necessidade dos usuários.

Outra forma de programação das visitas adotada por algumas ACS foi à delimitação das visitas por ruas. Nas entrevistas as ACS relataram fazer atendimento por demanda espontânea no território, fato também notado durante a observação de campo. Quando transitam entre as residências, são solicitadas pelos moradores a realizarem a VD. A demanda por VD, no entanto, não ocorre somente no seu horário de trabalho. Essas situações foram recorrentes nas falas das ACS:

*“o pessoal vai na sua casa, vai te procurar pra pedir uma informação, as vezes vai lá no domingo, numa segunda à noite, não tem dia nem horário, vão para te pedir remédio” (ACS9)*

Esta situação às vezes gera desconforto em alguns ACS, pois sentem que estão sendo

constantemente vigiados pela população que cobram deles um comportamento ilibado.

*“Mas eles avaliam a gente o tempo todo. Se veem uma má conduta, eles passam a ficar com pé atrás (...) então todo o comportamento do agente comunitário é avaliado, não só no horário de serviço, é 24 horas por dia, você tá sendo avaliado, é na sua casa porque agente é vizinho dele, na rua”. (ACS9)*

Durante as VDs são avaliadas as condições de habitação e de saneamento. São aplicadas medidas de controle de doenças transmissíveis e parasitárias; são oferecidas orientações sobre autocuidado em doenças crônicas não transmissíveis (principalmente diabetes e hipertensão) além de outras ações de educação em saúde.

*“esta estratégia de saúde é muito boa porque ela leva até o domicílio o conhecimento (...) ela leva a saúde em casa ou pelo menos a prevenção e o conhecimento” (ACS6)*

*“trabalhar a questão da prevenção e dessa observação mesmo de quais agravos que tem ali minha comunidade, o que tá agravando mais ali naquela comunidade, qual é o maior **perigo** que tem ali”. (ACS9)*

*“a gente conhece melhor a vida do paciente entrando na casa dele. Ele chega aqui e relata alguma coisa pro médico, eu posso chegar para o médico e falar que a realidade é aquela, ou a realidade é outra, eu posso acrescentar alguma coisa a mais ao médico ou ao enfermeiro porque eu tô lá dentro da casa, eu vejo a realidade e as pessoas” (ACS 3)*

A noção de risco é apresentada, por vezes, como forma de controle dos espaços. Neste sentido, fica evidente a percepção do controle dos riscos como forma de diminuir os agravos. Aqui o conceito de risco é agregado a microárea de atuação da ACS e as famílias por uma confluência de informações específicas (doenças crônicas, acompanhamento de gestantes, mulheres, crianças e outros) e de informação do dia a dia da equipe.

Uma das críticas ao enfoque quantitativista do risco refere-se ao fato de estabelecer uma entidade objetivável, autônoma sem considerar o contexto sociocultural em que os indivíduos estão inscritos. A retórica do risco reafirma conteúdos morais e conservadores. Ao redimensionar a compreensão de espaço e tempo a biomedicina localiza em indivíduo saídos os seus possíveis riscos. A prevenção é acionada como forma de antever os agravos decorrentes da adoção de alguma conduta ou de suscetibilidades biológicas, através de diagnósticos precisos (CASTIEL et. al p.25)

Nessa análise a fuga do risco teria se tornado sinônimo de estilo de vida saudável, de

prudência e temperança, onde a procrastinação da morte torna-se o fim em si. A administração do risco associado à técnica científica, produzia indivíduos cautelosos que buscam obsessivamente a prevenção.

A Visita Domiciliar é entendida por algumas ACS, como uma forma de apreender a realidade das famílias, conhecer o ambiente onde as famílias vivem, servindo como instrumento de informação para a ESF sobre a família e elo entre a UBS e a comunidade:

*“A visita domiciliar, na verdade (...) serve pra você ver a família como um todo de forma que você vê a estrutura da casa, a estrutura familiar, as coisas que fazem. Coisas que às vezes as pessoas chegam aqui na unidade - não conta pra ela, não conta lá na casa- a gente vê isso, os agravos, a gente passa pro restante da equipes também em caso de orientação, a gente dá orientação, tira as dúvidas. É um elo entre comunidade e a estratégia saúde da família (...) é o elo. A gente escuta, traz para unidades as queixas e reclamações para a unidade o que agente pode tentar resolver, e também agente leva coisas aqui do PSF para eles. É a gente que entrega os grupos, as consultas, as informações que os médicos dão, damos as nossas orientações.” (ACSI)*

A promoção de estilos de vida saudáveis como forma de padronização do comportamento das famílias foi expressa em várias falas, principalmente quando se trata da adoção de mudança de hábitos alimentares.

*“eu acho que a má alimentação é geral. A grande maioria da população tem a má alimentação, não porque querem, mas porque é mais barato comer errado, não porque eles querem comer errado é porque a condição deles não possibilita comer melhor, é mais barato cê tá tomando um refrigerante que tomar um suco de laranja. Mais barato e mais rápido, né?! Então a má alimentação é um problema geral. Maior quantidade por um preço menor. Assim, mesmo pra quem já diabético, como é uma coisa cultural ele já não consegue seguir a dieta restritiva do sal, da gordura ou mesmo das massas porque ele já tem aquela cultura ali inserida, aquela má alimentação na vida dele, desde muito tempo, então a pessoa adquire a hipertensão, a diabete na terceira idade mas ele já tem aquele mal hábito na vida toda, como é que ele vai começar a comer bem sendo que teve a vida inteira uma má alimentação, né?! Então cê tem que começar desde cedo a boa alimentação, a nutrição. É uma questão cultural, mas é um problema geral, não é só as famílias mais pobres,mas é geral, nas mais pobres ainda é pior, a má alimentação ainda é maior”.(ACS9)*

Embora haja juízo moral no entendimento do que seja uma “boa alimentação”, a ACS5 demonstrou relacionar a “má alimentação” não somente as escolhas individuais, entendendo que se trata também de um processo socioeconômico-cultural mais complexo. No entanto, a fala seguinte da mesma ACS apresenta uma desqualificação do saber da comunidade e dos seus hábitos alimentares ao afirmar:

*“A gente prega sobre alimentação saudável, mas há um distanciamento da pregação pra prática (...) sabe o que é saudável, mas come o que é **errado**”.* (ACS9)

*“Eles (ACS) falam a respeito da alimentação, por exemplo, quem tem um quadro de pressão alta, essa coisa dá”* (usuário2).

A apropriação de um saber (no caso o saber científico-médico) coloca o ACS como o propagador de um saber “certo”. Ao utilizar na fala a expressão “errado” faz-se uma “dicotomização” entre o “certo” e o “errado”, tomando como o certo as práticas de alimentação saudável tal como vem sendo preconizado pelas políticas de promoção à saúde. O ACS incorpora um saber técnico e o coloca como balizador para julgar os comportamentos alimentares da população.

As reuniões realizadas com grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes foram abalizadas, tanto pelas ACS como pelos usuários, como instrumento eficaz de orientação. No entanto, essas reuniões podem configurar-se em mais um instrumento de normatização e imposição de saber biomédico à comunidade. Ao dizer o que é certo e o que é errado de forma categórica, o profissional de saúde abre espaço para que seja gerada uma tutela na relação com os indivíduos/comunidade que incorporam o discurso de forma passiva:

*“Nas reuniões é o que eles ensinam. Falando da alimentação, **o que agente pode fazer** o que **não pode**, eles ensinam muito nas reuniões”.* (usuário3)

*“Muito eficiente. Vem, preocupa, sempre convida a gente para participar das reuniões sobre hipertensão, sobre diabete”.* (usuário1)

Na prática de campo pode-se verificar que, por vezes, o ACS evoca sua condição de morador, que facilita seu acesso à população, evocando um saber técnico para sugerir estilos de vida a essa população.

A atividade física é concebida como panaceia, e coloca o sedentarismo como doença que pode ser tratada no dia a dia por meio de mudanças no estilo de vida. Para Casitel et.al (2010 p.64) as prescrições de estilos de vida saudáveis difundiram um tipo de medicalização ainda mais perversa porque “sub-replica a medicalização do cotidiano social”. Torna-se, também, mais perversa quando a prática de atividade física é vendida como uma opção fácil, que pode ser feita em qualquer lugar:

*“por mais que seja difícil, é tentar fazer cuidar com o que se tem, com o que se pode, e caminhada porque **a rua tá ai liberada para todo mundo**, não vai pagar nem nada, não custa dinheiro”* (ACS7)

*“Um dos objetivos principais é promover a saúde do paciente, para que ele mesmo tome conta de sua saúde, estimulando caminhada”. (ACS3)*

Esse tipo de situação sob o pretexto de autonomia em relação ao profissional de medicina, transfere para o indivíduo/comunidade leigo a responsabilidade pelo domínio do saber médico, espalhando a noção de estilos de vida ditos saudáveis.

Com efeito, o discurso dos estilos de vida ativos e saudáveis, fortemente fundados na noção de risco epidemiológico, visa, no fundo, à objetivação da incerteza inerente à condição humana. A iniciativa, porém, não é das mais palatáveis. A ideia de estilo de vida, tomada como hábito facilmente adotável por todos (para o que bastaria força de vontade, independentemente de suas condições sociais), ao mesmo tempo que deposita no indivíduo a responsabilidade por sua saúde, negligencia o fato de que suas práticas sócias nem sempre são adotadas de forma tão racional. (CASTIEL et.al, 2010 p.60)

Parece haver uma compreensão por parte dos ACS na crença de que as ações educativas por si só teriam a capacidade para modelar os comportamentos e valores da comunidade, na busca pela “qualidade de vida”. Vale ressaltar que as práticas educativas desenvolvidas para ensinar o autocuidado através de estilos de vida saudáveis podem produzir uma normatização na vida das pessoas que tem, muitas vezes, gerado conflitos.

O fato de os Agentes Comunitários de Saúde serem da comunidade propicia uma maior aproximação com as famílias. São, muitas vezes, solicitados para “bater papo”, para tratar de assuntos da vida privada, problemas gerais da casa e do bairro. Estabelece-se uma rede de informações onde as famílias passam a informar aos ACS sobre o que acontece na área atendida, e os Agentes passam, então, a conhecer mais profundamente os hábitos e o cotidiano das pessoas. Tais informações podem contribuir na tomada de decisões. Conhecendo seu ambiente, provavelmente o ACS terá uma maior capacidade de discutir em outras instâncias a melhor estratégia a ser adotada. Assim, eles “assumem papel duplo, dividindo-se entre o compromisso profissional e a inserção na comunidade”. Atuam com mediador entre a comunidade e os serviços (COHN, NAKAMURA & COHN, 2005, p.181)

Evidencia-se um conflito na legitimidade atribuída aos ACS pela população associando o papel ambíguo que desempenham na comunidade ou na equipe do PSF, em algumas áreas são reconhecidos e respeitados pela população como profissionais de saúde, agentes do Estado, portadores de um colete, noutras são tidos como membros da comunidade, que garantem ao restante

da equipe tranquilidade e segurança nas visitas domiciliares, porque conhecem a área, são conhecidos e reconhecidos como iguais. (Ibidem, 182)

O fato de ser morador da comunidade contribui para que haja confiança no ACS para entrar nas residências. Mas, por outro lado, a falta de uma formação técnica descredibiliza o ACS por não ser visto como um profissional de saúde. Pôde-se perceber na fala abaixo, certa desconfiança no seu trabalho que só é “superado” quando há apoio de um profissional de saúde (neste caso específico, o médico) para legitimar o seu trabalho.

*“A maioria das vezes ajuda muito porque tem confiança. Eles não vão deixar qualquer pessoa entrar dentro da casa. Ajuda pelo fato de não receber qualquer pessoa (...) mas as vezes atrapalha, principalmente com as pessoas de mais idade que tem resistência de ouvir pessoas mais novas.(...) ) Às vezes você vai na casa e dá uma orientação, e eles vêm aqui e o médico fala a mesma coisas, aí eles falam: ‘Ah! A menina (agente) já tinha me falado’, aí vai adquirindo aquela confiança no que a gente fala.” (ACS1)*

*“Vem aqui na unidade direto com o médico, direto com o enfermeiro, mas passam por cima do fato de a gente ser agente comunitário e ter sido criado junto porque geralmente o agente mora bem próximo da sua área” (ACS6).*

O fato do ACS ser da comunidade também, em algumas situações, dificulta o seu trabalho, principalmente no que se refere à privacidade de informações. Segundo relato de uma ACS, existe certa desconfiança por parte de alguns usuários devido ao fato de conhecerem o ACS e este ser seu vizinho. A desconfiança é gerada pelo medo de haver o repasse de questões da vida privada.

*“não querem que você entre em casa. Não querem que você saiba do problema por você ser vizinha. Pensa, assim, que a gente não tem a ética, né?! Não é?! E não tem coragem de desabafar com a gente, trazer o problema a tona pra gente tentar resolver juntos, né?!” (ACS6)*

Quanto à troca de informações entre os profissionais da equipe, Fortes & Espinett (2004, p.1330) esclarecem que, embora necessária, deve-se ter o cuidado em limitá-la: “àquelas informações que cada profissional precisa para realizar suas atividades em benefício do cuidado ao paciente”. As informações privativas devem ser mediadas pelos profissionais de saúde “que estabeleceriam, casa a casa, seus limites”.



Do direito do usuário à privacidade deriva o dever de manutenção do segredo por todos os elementos da equipe, lembrando que são sigilosas, não somente as informações reveladas confidencialmente, mas são todas aquelas que a equipe de saúde descobre durante o exercício de sua atividade, mesmo havendo desconhecimento do usuário. Assim, o dever de manter o segredo das informações constitui-se em obrigação ética dos profissionais, dos técnicos, dos auxiliares, do corpo técnico e administrativo e dos ACS. (FORTES & ESPINETT, 2004, p. 1331)

Franco e Merhy (2012), por outro lado, argumentam que, dentro do método de visita domiciliar, pode estar embutido um grande perigo, podendo significar uma excessiva intromissão do estado na vida das pessoas, limitando de sobremaneira, seu grau de privacidade e liberdade. Para os autores, o controle que o estado pode exercer sobre o cidadão, é reconhecido como problema e fica mais evidente ao se pensar nesse tipo de diretriz quando temos como referência histórica o autoritarismo do governo. Nesse sentido, são evidenciados alguns conflitos em torno das equipes da Estratégia Saúde Família a partir das relações estabelecidas entre os Agentes Comunitários de Saúde e a equipe, e entre os Agentes Comunitários de Saúde e a comunidade.

O ACS, ao realizar a VD, adentra num espaço privado dotado de um saber sanitário que lhes confere certo poder, sendo convidado a partilhar da privacidade da família. Neste sentido, compartilha da intimidade da família. É possuidor de um saber reconhecidamente válido pela sociedade, mas que, ao mesmo tempo, está atrelado a uma disputa pelo saber e pelo conhecimento de cada família.

Levar o “conhecimento” à casa dos usuários é percebido pelas ACS como uma das principais atribuições a elas destinadas. O termo “levar orientação” foi citado em quase todas as entrevistas. Observou-se em algumas falas das ACS, a desqualificação do usuário como sendo o desprovido de conhecimento, portanto, necessário de intervir no seu cuidado, ao afirmarem que sua principal função é informar as pessoas como se cuidarem.

*“Igual o hipertenso mesmo. A gente orienta comer bem, menos gordura, menos sal, fazer um exercício físico. O diabético também, da mesma forma, alimentação, comer de três em três horas. E as crianças, tomar cuidado com as crianças, igual tomadas e brinquedos pequenos. Esse tipo de coisa para evitar acidente (...) Damos orientação da arrumação da casa, varrer se as crianças estiverem com alergia, ou mesmo se não tiverem, é bom para evitar. ”. (ACS5)*

*“A gente prega sobre alimentação saudável, mas há um distanciamento da pregação pra prática. É como se a gente tivesse rezando uma missa e fazendo diferente, né?! A gente sabe o que é saudável, mas come o que é errado. Então, assim, não adianta só saber o que é saudável”.(ACS9)*

*“o quesito da higiene, cê entra numa casa, se cê vê que a casa tem um cheiro de sujeira e tudo cê vê que é um agravante, que aquela casa ali tem tendência de ter mais problemas de saúde como de fato tem, e é uma coisa cultural que **você não consegue mudar, né?! E você não tem aquela liberdade de ir e limpar a casa de uma pessoa, apenas sugerir. Você não pode falar com aquela pessoa que a casa dela tá suja, você não pode ser agressivo né”**. (ACS9)*

A forma como as orientações são dadas as famílias na fala das ACS visam não constranger o indivíduo, utilizando recursos como o “jeitinho de falar”: No entanto, a utilização do “jeitinho” não deixa de ser uma forma de “intromissão” no modo como as pessoas administram suas vidas, como se comportam e conduzem seus hábitos.

*“a gente não chega assim falando: você tem arrumar a casa. A gente chega com jeitinho, né?! Fala o que seria melhor. Se tem criança, tipo assim, a gente fala: ôh criança, não pode ficar em contato com isso porque senão vai acontecer isso. Fala dos problemas e aí fala com ela: você sabe que tem que fazer desse jeito, daquele jeito. Às vezes você não tá fazendo certo. Não falo assim como ela: ôh, cê tá com a casa suja, cê tem que arrumar”. (ACS5)*

*“eu tenho que falar assim: você tá fazendo dessa forma, tem uma outra forma de se fazer que é esta. Você não acha que seria melhor? É assim, assim, e assim. Cê não acha que é melhor? É uma forma diferente de você trabalhar. É igual mesmo, eu falo, ninguém vai ganhar ninguém pra Jesus brigando (...)a gente tem que ser mais maleável com as pessoas para não pegar uma antipatia das pessoas, porque a forma agressiva de se trabalhar e a pessoa toma antipatia de você e não quer, não tem confiança que você vai trazer uma melhora para aquela família, que você tá prejudicando ali, que você tá trazendo é contenda ali. Então você não vai mais ser recebido ali, muitas vezes você vai ser recebido que você nem vai gostar, no próprio portal. Eles só assinam seu caderno e falam que tá bom de mais.”(ACS8)*

A expressão “você não consegue mudar” serve para evidenciar que o intuito é exatamente tentar disciplinar o comportamento, ou, se não disciplinar, pelo menos mudar para a forma como ele (ACS) concebe como a correta. Há um entendimento, nesse ponto, de necessidade de normalização. O discurso do controle pode ser observado na fala abaixo, onde a religião é posta como forma de produzir indivíduos/sociedade mais dóceis. Novamente o “certo” e o “errado” aparece na fala:

*“A igreja, de certa forma, ajuda socialmente né, ela dá um certo **controle**, igual mesmo a liberdade sexual aflorada a igreja poda um pouco isso, né?! Aí diminui aqueles problemas voltados para a sexualidade, né?! Então a religião, independente de qual seja, é importante para aquela família. Ou espírita, ou católica ou evangélica a pessoa tem que ter uma religião para mostrar o que é **certo** e o que é **errado**, se a pessoa não tiver um parâmetro para ela seguir”.(ACS9)*

Outra situação que merece ser destacada é a forma como é conduzida a orientação. No relato abaixo a ACS demonstrou uma postura que, ao mesmo tempo, procura intervir na melhoria da situação de saúde do usuário, mas também conduz a uma perspectiva altamente prescritiva e medicalizante ao dizer “você tem que fazer”:

*“Eu acho que na visita domiciliar você tem que ter um olhar amplo, pro cê enxergar o que, às vezes a saúde, na consulta médica, não enxerga, você vai enxergar ali. É uma doença que, talvez, contaminaria outras pessoas, que a pessoa mesmo não conseguiu dá segmento. Igual, mesmo, teve um caso na minha área a pessoa tava com resultado, com a biópsia na mão esperando a consulta de um dermatologista, um retorno e então eu falei: pega esse resulta ali pra mim. Quando eu li, aí tava lá que era aquelas manchas, como é que é mesmo? Hanseníase. Quando eu li o resultado parecia que tava dando que era hanseníase. Como eu não tenho informação pra dá o diagnostico do resultado eu falei: cê pode me emprestar isso aqui pra mim levar pra minha enfermeira olhar e ver se é o que eu tô pensando mesmo, aqui tá falando Hansen, eu até li lá, dá dando Bacilo Hansen e tal, isso aqui pode ser hanseníase e isso é grave. Eu vou levar pra enfermeira que, se for, ela vai desenvolver isso aqui pro cê rápido, que **cê tem que tratar logo**. Aí eu trouxe pra enfermeira, aí ela já iniciou o tratamento da pessoa, fez o tratamento completo. Aí a pessoa foi curada. Então, nisso aí, eu vi um desenvolvimento do trabalho do agente de saúde que teve resolubilidade e diminui complicações na própria área, porque, se a criança não começasse o tratamento, poderia contaminar outras pessoas da comunidade”.*(ACS9)

A intervenção, em algumas situações, embora possa ser carregada de juízo moral ao desqualificar o usuário como desinformado, pode, segundo os entrevistados, contribuir em algumas situações para evitar algum agravamento na saúde.

*“as pessoas são, em sua maioria, tem muitos ainda que, por falta de informação, sabe?! Se automedica. (...) já cheguei na casa de um paciente e a mulher chegava tava bamba, sentada no sofá conversando comigo, eu disse: que que foi, fulana? Ela disse: não que o médico passou uma medicação pra mim e eu só tô dormindo, dormindo, dormindo. E minha pressão tá baixa demais. Aí eu disse para ela me emprestar sua receita. No que eu olhei o médico tinha renovado a receita dela porque os últimos estavam acabando, entendeu? Ela tinha só alguns comprimidos da pressão. Aí, que que acontece?! Quando ele renovou a receita, ela foi lá e pegou a medicação, então ela tava tomando doze dobrada. Ela tava tomando o que já tinha mais o que ele passou e ela pensando que eram outros. Então, assim, informação é tudo.”*(ACS6)

Algumas situações relatadas mostram que a intervenção das ACS não se limita ao quesito saúde, estendendo-se para outras questões referentes ao convívio familiar, na vida privada. Por outro lado, pode abarcar aspectos da subjetividade, contribuindo para um atendimento integral, como percebido no relato abaixo:

*“A gente tem esse cuidado, dependendo do caso, igual às vezes, crianças que estão sofrendo maus tratos. Tenta intervir, entra em contato com conselho tutelar. A gente tenta intervir” (ACSI)*

O agente de saúde, por sua vez, procura trabalhar com ações de promoção para legitimar o seu trabalho. Entre os recursos que utiliza estão os prospectos educativos produzidos por outras redes de cuidado.

Tendo em vista a complexidade das relações que são estabelecidas no contexto da VD, onde há constantes jogos de poder, a observação da prática apontou para transições na relação de poder que não se polariza a todo o momento. Num mesmo espaço observa-se a extrema imposição de um saber-poder capturado do conhecimento biomédico e, em outros, a valorização da singularidade do indivíduo/família.

No seu cotidiano, o ACS vive uma situação singular ao se colocar nestes polos, porém não há contradição nesse fato. A micropolítica ao qual o ACS está inserido é atravessada por lógicas próprias onde os sujeitos, em encontro com as famílias, agenciam diferentes formas de cuidar. Essa adaptação ganha contornos mais nítidos à proporção que se observa a implicação dos Agentes Comunitários de Saúde com a produção de um cuidado-cuidador na VD. Isso se expressa pela capacidade de perceber a singularidade de cada família e desenvolver estratégias diferenciadas de cuidado, atendendo à singularidade dos usuários e seus problemas de saúde em algumas situações.

Outro aspecto a se considerar é a verticalização das relações de poder que parece ocorrer no momento em que o ACS e os usuários se encontram no ambiente domiciliar. Por outro lado, pode-se verificar a singularidade desse encontro, a intersubjetividade presente, que propiciou a composição de afetos entre os ACS e os usuários.

Considerando as implicações da influência da presença do pesquisador no momento da realização da visita, pôde-se observar que as ACS, de forma geral, possuem uma ligação de proximidade com as famílias observadas, mostrando conhecer todos os seus membros e os problemas de saúde da família. No encontro entre profissional-família houve tempo para escuta dos problemas que as famílias relatavam, não somente referentes ao campo da saúde.

Embora o quesito “tempo” na realização de uma VD seja algo subjetivo, uma vez que a qualidade não pode ser aferida pelo tempo, observou-se que a maioria das visitas não ultrapassou trinta minutos. As ACS relatam que o elevado número de visitas a serem realizadas mensalmente impede que possam dispensar tempo maior a cada família.

O local de realização das VDs variou muito em função da ACS que foi acompanhada. Em algumas visitas a casa esteve aberta com convite para sentar-se a mesa e tomar café. Em

outros momentos, a visita foi realizada na varanda da casa ou até mesmo no portão. Também houve casos de convites para adentrar-se a casa, mas seguido pela recusa da ACS sob justificativa de “otimizar as visitas”. Nas residências onde a VD ocorreu dentro da casa, principalmente na sala e cozinha, pareceu haver um grau de intimidade maior entre a família e a ACS. Algumas ACS demonstraram possuir maior intimidade com a família e com a comunidade; estas tinham mais facilidade de dialogar com as famílias sobre assuntos da comunidade e assuntos que “escapam o objetivo da VD”.

As ações mais frequentemente verificadas foram as de educação e vigilância. Durante o acompanhamento da VD3 percebeu-se a assimetria na relação de poder estabelecida no encontro do profissional-usuário logo ao adentrar-se na residência, quando a ACS chega e, antes mesmo de estabelecer um diálogo com a família, pede para verificar o cartão de vacinação. Observando que a vacinação da criança não “estava em dia”, a ACS diz a família:

*“você não **pode** deixar de vacinar a criança. Ela pode contrair alguma doença”*.(VD3)(AC9)

Neste caso a tentativa de colocar o risco como forma de ordenar o comportamento da família parece ter sido expressa. Colou-se o perigo (o risco da doença) para convencer o indivíduo a adotar um procedimento que julga (o ACS) essencial. Sem entrar no mérito da importância da vacinação, a situação percebida chama a atenção pelo silenciamento causado à usuária que se sentiu constrangida pela forma como foi cobrada.

Essa situação pôde ser verificada durante o acompanhamento de três visitas. Em uma delas, a usuária demonstrou um profundo constrangimento quando a ACS, no portão da residência, pediu para verificar o cartão de vacinação. Na atitude de silenciamento que beira a submissão, a usuária disse, prontamente, que estava errada e que iria levar a criança para vacinar. O sentimento de culpa foi latente.

Mattos (2208), ao se referir ao risco dos enquadramentos, aponta:

Como exercício da prudência diante das práticas cotidianas (...) zelar para que os juízos morais dos profissionais não disparem dispositivos de enquadramento do desviante; ou, o que é ainda mais grave, disparem dispositivos produtores no outro de um sentimento de culpa (MATTOS, 2008, p. 349).

Outra situação que chamou atenção durante a VD foi a forma como a ACS interroga a usuária perguntando se sua filha (adolescente) estaria “tomando cuidado” para evitar uma

próxima gravidez:

*“Ela tem que evitar. Se não tiver planejamento, tem que tomar remédio”.*  
(VD3)(ACS9)

Embora o intuito da ACS pareça ter sido de propor um planejamento familiar, percebe-se uma invasão na vida privada da família ao colocar a necessidade de evitar uma próxima gravidez.

Durante a realização de uma VD, uma ACS mostrou-se incomodada com o fato da usuária resguardar um diagnóstico. Ao final da VD2 relatou que a usuária havia sido diagnosticada como soropositivo, no entanto, não havia conversado com ela sobre o assunto. A ACS tentou esclarecer dizendo que, quando têm que lidar com tais situações, complica o seu trabalho, pois, quando o usuário pede ao médico da UBS que mantenha sigilo, ela (ACS) não pode conversar com o usuário e orientá-lo no cuidado, embora o médico já tenha lhe repassado o caso (nesse sentido, quebrado o sigilo). Observa-se neste sentido, a desvalorização do usuário por parte da equipe da ESF ao desprezar o direito de sigilo a que o usuário tem direito e, até mesmo, uma invasão na sua privacidade. Questionada sobre a frequência dos casos em que o usuário prefere manter sigilo sobre algum problema, a ACS informou que são raros os casos.

A observação demonstrou que, a maioria das práticas realizadas pelos ACS, são orientadas na tentativa de sugerir estilos de vida ditos saudáveis. Foram frequentes as recomendações para se evitar o consumo de gordura, adoção de atividades físicas e controle do açúcar.

Em algumas VDs observou-se a expressão da subjetividade. Durante a realização da VD9, que foi acompanhada pela técnica de enfermagem, um dos membros da família pediu que aferisse a pressão do seu filho, pois este tem alteração de pressão, a técnica disse que iria aferir, mas que não podia fazer sempre, pois tinha que dar prioridade à hipertensos e orientou que fosse a UBS. Quando a mãe informou que o rapaz não poderia ir a UBS pois estava “marcado” pelos traficantes (teria que passar pelo morro para chegar a UBS) a ACS e a técnica disseram que passariam com mais frequência na residência.

Alguns exemplos da tentativa de promover o autocuidado são citados pelas ACS e observados em três visitas em relação à administração de medicamentos a pessoas analfabetas ou com dificuldades de enxergar, quando arquitetam ferramentas que facilitam o autocuidado dessas pessoas. Em uma das VD a ACS separou a medicação da usuária em caixas para que

não houvesse confusão nos horários.

Outro instrumento utilizado pelas ACS para convencer o usuário “resistente” (expressão das ACS) a administrar a medicação de “forma correta” é falar com um “tom de infantilização”:

*“Você tem que tomar a medicação correta, você não está tomando certo”. (VD11)  
(ACS)*

O tom amistoso, como foi feito o pronunciamento da fala acima, parecia trata-se da relação de um adulto com uma criança (que não foi o caso) e deixar o ambiente “mais leve” para a intervenção. Esta tática, embora aparente diminuir as tensões na tentativa de convencimento, não deixa de ser medicalizante. A infantilização do usuário o coloca na condição de um indivíduo que precisa de intervenção, de tutela, pois pressupõe que ele não possui capacidade de gestão da sua saúde.

Mattos (2007), ao destacar a necessidade de reconhecer que as práticas de cuidado não podem ser pautadas tão somente no conhecimento científico, propõe uma ética profissional que esteja baseada no imperativo moral de defesa da vida, onde haja exame constante de crenças e práticas.

Exame que se faz não apenas através do exercício da autocrítica, mas também (e, sobretudo) pelas tentativas de ampliação dos consensos intersubjetivos, pela ampliação do “nós”, deslocando-se de categorias profissionais em direção a um “nós” chamado equipe e para um “nós” que inclua os não profissionais (MATTOS, 2007, p.140).

Por fim, observou-se que as práticas de saúde exercidas pelas ACS mesclam entre uma imposição de um saber e uma relação dialógica no contato com os usuários, embora não escapem de um processo de medicalização. O que se pôde verificar foi que, em alguns momentos, a assimetria de poder estabelecida gerou tutela, ao não deixar que os indivíduos se expressassem na construção do cuidado. Em outros momentos, não opostos, percebeu-se que a subjetividade foi considerada parcialmente na construção do cuidado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Estudo buscou compreender o modo como às práticas de saúde são exercidas pelo Agente Comunitário de Saúde no âmbito da Visita Domiciliar. Para tanto o bairro Morrinhos, localizado no município de Montes Claros-MG, foi escolhido como lócus do trabalho.

Conforme a literatura investigada, a saúde no Brasil passou por momentos bem distintos nas últimas décadas do século XX e no início do XXI. Num primeiro momento, o trabalho visou compreender as políticas de saúde como parte do processo de legitimação do poder do Estado, observando o seu aprofundamento no campo da saúde. A ESF foi destacada como modelo adotado Ministério da Saúde de reorientação do sistema de saúde. Especificamente, o trabalho buscou compreender as práticas de saúde exercidas no âmbito do domicílio, pelos ACS, e a relação de poder nelas contido.

Numa hora em que a saúde começa a se revestir em uma notável densidade política, são definidas linhas em torno do direito de todos à saúde, faz-se necessário interrogar, até que ponto suas características estão adequadas aos princípios de universalidade, equidade e integralidade dos serviços.

A ESF tem como um dos principais objetivos, como já assinalado ao longo do trabalho, romper com o modelo hospitalocêntrico, em busca de um atendimento integral aos usuários. Ao ACS é delegada a potencialidade de servir de mediador entre os serviços de saúde ofertados pelo Estado e a comunidade. Entre os profissionais ligados a ESF é ele, o ACS, que possui seu trabalho mais distante da visão médico-centrada (Durão et.al, 2010).

Quando o PSF foi criado, colocou-se a importância do envolvimento com a comunidade como forma de diminuir as consequências do afastamento da população que o modelo hospitalocentrico produzia. No entanto, seu nascimento deu-se num contexto de reconfiguração do Estado brasileiro, que ao mesmo tempo em que almejava a possibilidade do PSF tornar-se uma estratégia de reordenamento da assistência à saúde, a percepção de uma formação técnica trazia, para alguns, o risco de reprodução do modelo biomédico. O fator “ser da comunidade” passou então a nortear sua inserção no programa, em detrimento à uma formação específica em saúde. A valorização do trabalho do ACS estaria neste sentido, relacionada a um saber tácito construído ao longo da vida. O período que seguiu da incorporação do ACS a ESF até os dias atuais tem sido marcado pela dicotomia saber-técnico versus saber-comunitário. O “fazer” do ACS é evocado para compreender os aspectos



subjetivos do trabalho e os demais profissionais, um trabalho especializado. Assim, o papel do ACS estaria relacionado à função de “interprete” para compreensão da realidade local.

Embora tenha se verificado a relação do ACS como interprete da comunidade, servindo de elo entre esta e a UBS, observou-se que o “ser da comunidade” não parece ser o maior norteador do seu trabalho no caso estudado. O ACS passou a fazer os mesmo tipos de prescrições que os demais profissionais de saúde, inclusive utilizando uma linguagem técnica do campo da saúde.

Houve um entendimento quase consensual entre as ACS entrevistadas no bairro Morrinhos quanto a pouca valorização do seu trabalho por serem as únicas integrantes da ESF que não possuem uma referendada qualificação profissional, fato que acaba as colocando num nível hierarquicamente inferior as demais profissionais da equipe.

Destaca-se que o colonialismo no sentido empregado por Santos (2009) foi percebido nas relações entre os usuários e as ACS nas três equipes estudadas. As observações e as falas dos ACS demonstram que os agentes possuem uma visão normalizada dos usuários, na qual todos necessitam se comportar da mesma maneira. Observou-se também, por vezes no discurso, o emprego de rótulos para designar os usuários – hipertensos, diabéticos, -demandando aos usuários um padrão de comportamento. Santos (2007, p.30) assinala que “estamos tão habituados a conceber o conhecimento como um princípio de ordem sobre as coisas e sobre os outros”, que se torna complicado reconhecer o outro na condição de sujeito.

O exercício da escuta como mediadora do diálogo parece ser um dos mecanismos que possibilita diminuir as assimetrias de poder entre o usuário e o profissional. Quando o trabalhador de saúde considera o seu saber como único válido e não permite que o diálogo aconteça, pode desencadear uma relação de opressão. É necessário que se reveja o padrão de relacionamento entre o trabalhador e os usuários, indo do colonialismo para a solidariedade e da invasão cultural para o atendimento integral que perceba o outro como portador de saberes.

Santos (2009, p. 81) assinala que a solidariedade é o conhecimento adquirido “no processo, sempre inacabado, de nos tornarmos capazes de reciprocidade através da construção e do reconhecimento da intersubjetividade”. A evidência da solidariedade transforma a comunidade “no campo privilegiado do conhecimento emancipatório”. Para o autor, a comunidade “é um campo simbólico em que se desenvolvem territorialidades e temporalidades específicas que nos permitem conceber o nosso próximo numa teia intersubjetiva de reciprocidades”.

No entanto, durante as entrevistas e a observação das VDs, percebeu-se uma supervalorização do conhecimento científico em detrimento do conhecimento da população.

A assimetria de poder na relação usuário-ACS pode ser verificada em situações onde o ACS impôs o “conhecimento da saúde” sem que houvesse a possibilidade de diálogo.

A invasão cultural pode se expressar em ações antidialógicas onde o profissional de saúde impõe seu conhecimento técnico, sem considerar, muitas vezes, o conhecimento popular. Repousados nessa convicção, creem que precisam transferir seu conhecimento aos usuários. No caso dos ACS, acrescenta-se o fato de que, ao demonstrarem certos conhecimentos técnicos, passam a acreditar na ampliação da sua legitimidade como funcionários da saúde.

Supomos como pressuposto que o ACS conduz seu processo de trabalho sob as lógicas do “agir tecnológico” e do “agir comunicativo” possibilitando a invenção de novos modos de operar os atos assistenciais, a criação de espaços de fala e escuta qualificada e a construção de vínculos afetivos e efetivos. Assim, ele trabalha sob a tensão de dois pólos: a primeira, centrada na lógica da produção de procedimentos como expressão do cuidado; a segunda privilegia atividades centradas nas necessidades do usuário e prioriza as tecnologias relacionais. (FERREIRA et.al, 2009, p.889)

Observou-se uma relação de dependência e supervalorização do profissional ACS em relação ao profissional de enfermagem, colocando-o como “motor da equipe”. O sucesso ou fracasso da equipe de saúde estaria relacionado na fala de algumas ACS, à capacidade de trabalho do enfermeiro. A alternância de enfermeiros dentro da equipe, causada pela mudança de governo, é apontada como um dos principais motivos para que seu trabalho (ACS) não seja exitoso.

*“Troca muito de enfermeiro. Enfermeiro é (...) a chave da ESF pra mim (...). Se o enfermeiro for bom, a equipe toda fica boa, se o enfermeiro for ruim, puxa a equipe toda para baixo também. A equipe toda fica ruim” (ACS9)*

Salienta-se que as ACS são protagonistas da dialogicidade entre os usuários e a equipe, quando conseguem estabelecer vínculo com responsabilização, com a população de sua área de abrangência, solidarizando-se com cada sujeito, mesmo que muitas de suas ações sejam realizadas sem o respaldo da equipe.

Vivemos problemas que alteram intensamente à capacidade dos serviços de saúde de responder de forma eficaz as demandas por saúde na vida individual e na vida coletiva dos brasileiros. Essa situação pode ser observada por meio da insatisfação e insegurança dos usuários com o tipo de atendimento prestado pela forma como os profissionais de saúde

operam seus serviços, desenvolvendo práticas historicamente determinadas pelas ações médicas-hegemônicas.

Passamos a indagar se vamos crescer, obedecendo às forças imprevisíveis do mercado intermediadas pela intervenção estatal, com resultados de uma medicalização indiscriminada dos grupos sociais, ou se vamos crescer com um mínimo de justiça social.

É neste contexto que o Programa Saúde da Família pode significar um processo instituinte de mudanças na atenção a saúde, resgatando contextos fundamentais de vínculo, humanização, e corresponsabilidade, e outros que apontam para a reorientação do modo de operar os serviços de saúde.

O Agente Comunitário de Saúde assume um papel “privilegiado”. O governo faz dele um salvador da pátria, seja porque na prática diária ele é trabalhador em saúde que mais convive com os problemas sociais da população, ou seja, porque estabelece o papel de intermediador entre o Estado e a Sociedade. Esse personagem, assim, é responsável por amenizar os efeitos do modelo médico-hegemônico.

São claros alguns avanços que as políticas de saúde tiveram com a constituição do Sistema Único de Saúde, mas temos que considerar que ainda há muito por fazer em busca de um sistema de saúde baseado no ser humano, que atenda suas necessidades sem nenhum tipo de discriminação.

É preciso que se analise de forma crítica a Estratégia Saúde da Família (ESF), observando a possibilidade de a mesma se constituir como promotora de inclusão social através do acesso à saúde. Para tanto, é necessário buscar compreender a realidade sociocultural em torno das equipes de ESF.

Considera-se a necessidade que o profissional de saúde, ao buscar reconhecer as necessidades de saúde, tenha clareza quanto às fronteiras de sua especificidade profissional considerando o indivíduo/sociedade na sua integralidade, respeitando sua cultura e sua subjetividade. Segundo Mattos (2001) é no encontro entre o sujeito e a equipe de saúde que se dá o reconhecimento do outro, no qual o estabelecimento do diálogo é um aspecto essencial para orientar a construção de um projeto terapêutico levando-se em conta os conhecimentos, expectativas, temores e desejos dos usuários.

Uma questão que merece ser analisada mais a fundo é até que ponto o PSF se constitui em uma nova política de saúde de mediação entre a esfera estatal e a comunidade, sendo o agente de saúde, membro da própria comunidade, considerado um mediador entre essas esferas? A maior valorização do ACS, através de uma capacitação adequada para realizar a VD, considerando a complexidade das relações postas no encontro entre o profissional de

saúde e a comunidade, pode colaborar para a prática do cuidado integral ao indivíduo, considerando este como portador de singularidades e de saber.

Tendo em vista o novo paradigma em questão, bem como as novas configurações de entendimento e atuação em saúde, o sucesso das políticas empreendidas certamente dependerá das formas e graus de articulação e envolvimento de todos os atores envolvidos.

Como limite, registra-se o fato do estudo ter sido realizado apenas em uma equipe de saúde da família, sendo necessários estudos que busquem analisar as práticas desenvolvidas pelos ACS em um número maior de equipes no município, incluindo a participação de outros profissionais da equipe no sentido de entender suas concepções sobre a Visita Domiciliar.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia. **Atenção e cuidado em saúde no ambiente familiar:** aspectos da visita domiciliar. UFJF, MG. Rev APS. 2011 out/dez; 14(4): 472-480.

ARENDT, H. **Origens do totalitarismo.** São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

\_\_\_\_\_. **Homens em tempos sombrios.** São Paulo, Companhia das Letras, 1987.

BANCO MUNDIAL. **Informe sobre o Desenvolvimento Mundial 1993:** Investindo em Saúde. Washington: Banco Mundial; 1993. 344p.

\_\_\_\_\_. **Financiando os Serviços de Saúde nos países em desenvolvimento:** uma agenda para a reforma. Washington D.C., 1987.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. CUNHA, Marcela Silva da. **Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados.** Physis [online]. 2009, vol.19, n.4, pp. 1007-1028. ISSN 0103-7331.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições Setenta, 2004.

BARROS, E. **Implementação do SUS:** recentralizar será o caminho? Ciências & Saúde Coletiva, 2003. V. 6(3), pp.301-307

BERNADES, G.A; PELLICCIOLI. **O público como dispositivo no campo da saúde pública.** Revista Psicologia Argumentos, 2008, n.53, Pp. 127-138.

BODSTEIN, R. **Atenção básica na agenda da Saúde.** Cien Saude Colet 2002; 7(3):401-412.

\_\_\_\_\_. **Desafios na implementação do SUS.** Ciências & Saúde Coletiva, 2001. V. 6(3), pp.314-317

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde CONASS – Atenção Primária e Promoção da Saúde. Coleção CONASS Progestores para entender a gestão do SUS. Vol. 8. 1º edição, Brasil 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde.** Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências, 2006b.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006c. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto\\_de\\_Gestao/portarias/GM-648.html](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html)> Acesso em: 21 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família:** avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna.– 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 210 p.: il. color.– (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

\_\_\_\_\_. **Programa Saúde da Família:** ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2003a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 4.ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** Uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. **Manual de Enfermagem.** Brasília: Universidade de São Paulo e Ministério da Saúde 2001.

\_\_\_\_\_, 2000. Ministério da Saúde. Cadernos da Atenção Básica: Programa Saúde da Família. Caderno 1: Implementação da unidade de saúde da família. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. 1998. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925\\_13\\_11\\_1998\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html)> Acesso em 20 de ago. 2013.

\_\_\_\_\_. Lei n 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 União, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **ABC do SUS:** doutrinas e princípios. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília. DF. 1990b.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº. 3925 de 13/11/1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, constante do Anexo desta Portaria. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria3925\\_13\\_11\\_98.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria3925_13_11_98.pdf)> Acesso em jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Gabinete do ministro. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Secretaria de políticas de saúde**. Projeto promoção da saúde. Distritos sanitários: concepção e organização o conceito de saúde e do processo saúde-doença, 1986.

BUSS, PM. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**, pp. 15-38. In C Czeresnia & CM Freitas (orgs.). **Promoção da Saúde**. Conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

\_\_\_\_\_. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência e saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000.

CAMPOS, Gastão W. **Um método para análise de cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, J. J. ; SANTOS, A C G do Espírito; MANTOVANI, M. F. **Introdução à Saúde Pública**. São Paulo: J.Q.C., 1987.

CARDOSO Jr., Hélio Rebello. **Corpo e sexualidade entre disciplina e biopolítica**. in MICHEL FOUCAULT: **SEXUALIDADE, CORPO E DIREITO** / Luiz Antônio Francisco de Souza, Thiago Teixeira Sabatine e Boris Ribeiro de Magalhães, organizadores. – Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011. Pp.155 -177.

CARVALHO, S.R. **Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no Projeto de Promoção à Saúde**. In **Cadernos de Saúde Pública**, 2004.

CASTIEL, LUIS DAVID, et.al. **Correndo o risco**: uma introdução aos riscos da saúde. Rio de Janeiro: fundação Fiocruz, 2010.

CASTIEL, LD; ÁLVAREZ-DARDET, C. **A saúde persecutória**: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 136 p.

CASTRO, L. J. VILAR, A L. R.; FERNANDES, P. V. **Precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde**: um desafio para a gestão do SUS, Rio Grande do Norte, 2004. Disponível em: <[www.observatorio.nesc.ufrn.br/artigoPolitica.php?codigo=195](http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/artigoPolitica.php?codigo=195)> Acesso em 18 ago. 2013.

CHAVES, Amelina. **O rancho da lua e outras memórias**. Consórcio literário “oficina de letras” Montes Claros. Minas Gerais: Editora Millennium, 2009.

CHINELLI, Filippina; LACERDA, Alda; VIEIRA, Monica. **A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990**. In. VIEIRA, Monica. Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde / Organização de Monica Vieira; Anna Violeta Durão; e Marcia Raposo Lopes. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

COHN, A. **O SUS e o direito a saúde:** universalização e focalização nas políticas de saúde. 2005. In LIMA, NT; GERSCHMAN, S; EDLER, FC e org. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

\_\_\_\_\_. **Saúde e democracia:** o resgate da política. In: Congresso paulista de saúde pública, 7. Santos. *Anais...* São Paulo: APSP, 2001.

COHN, Amélia; NAKAMURA, Eunice; COHN, Clarice. **O Programa de Saúde da Família entre o público e o privado.** In: Viana, Ana Luiza d'Ávila; Elias, Paulo Eduardo M. e Ibañez, Nelson (orgs.). *Proteção social. Dilemas e desafios.* São Paulo: Hucitec, 2005, pp. 168-185 (ISBN 85-271-0674-4).

CONILL, Eleonor Minho. **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde:** desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.

CORREIA, Emília Maria de Andrade. **Agente Comunitário de Saúde:** a construção de um poder capturado. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2008.

CREVELIM. **Participação da comunidade na equipe de saúde da família:** é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Rev. Ciências e Saúde coletiva.* 2005, 10(2). Pp. 323-331.

CUNHA, João Paulo Pinto da; CUNHA, Rosani Evangelista. **Sistema Único de Saúde:** Propícios. IN: Brasil. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos.* Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

Da Matta, Roberto. **A casa e a rua:** espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. São Paulo: Saraiva, 1984.

DESLANDES S. F.; GOMES R. **A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde:** Notas teóricas. Pp.99-120. In: M. L. M. Bosi; J. F. Mercado-Martinez (organizadores). *Pesquisa Qualitativa de serviços de saúde.* Petrópolis: Vozes; 2004.

DURÃO, Anna Violeta; MOROSINI, Márcia Valéria; CARVALHO, Valéria. **Os agentes comunitários de saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação.** In. VIEIRA, Monica. *Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde / Organização de Monica Vieira; Anna Violeta Durão; e Marcia Raposo Lopes.* – Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

DURÃO, A.V. Et. al. **A política de qualificação dos agentes comunitários de saúde:** concepções em disputa. *Anais do 1º Seminário de Sociologia da Saúde e Ecologia Humana Florianópolis*, 14 a 16 de setembro de 2010. Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

ELIAS, E. E. **Afinal, de qual descentralização falamos?** *Ciências & Saúde Coletiva*, 2001. V. 6(3), pp.310-313

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde:** origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.



ESCOREL S, NASCIMENTO DR, EDLER, FC. **As origens da reforma sanitária e do SUS**. 2005. In Lima, NT; Gerschman, S; Edler , FC e org. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

ESCOREL, S. BLOCH, RA. **As conferências nacionais de saúde na construção do SUS**. 2005. In Lima, NT; Gerschman, S; Edler , FC e org. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FAUSTO, M.C.R. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira**. 2005. 261p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FERREIRA, V. S. C.; ANDRADE C. S.; FRANCO, T. B.; MERHY E. E. **Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, abr. 2009.

FERREIRA, J.B.; BUSS, P.M. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde. In: ZANCAN, Lenira; BODSTEIN, Regina; MARCONDES, Willer B. **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos-RJ**. Rio de Janeiro, ABRASCO, 2002. Pp.15-37.

FLEURY, Sonia Maria Teixeira (org). **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada**. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995.

FRANCO, T; MERHY, E. **PSF: Contradições e novos desafios**: in: Conferência Nacional de Saúde. On-Line. Disponível em:< [http:// www.datasus.gov.br/cns/cns/.htm](http://www.datasus.gov.br/cns/cns/.htm)> Acessado em 05 jan. 2012.

FORTES, P.C; SPINETT. **O Agente Comunitário de Saúde e a Privacidade das Informações**. Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro, 2004, n.20, pp.1328-1333.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. **“Os corpos doces”**. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 29ª ed. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. **O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX**. Rev. bras. Ci. Soc. [online]. 2006, v. 21, n. 61, pp. 177-190. ISSN 0102-6909.

GOULART. A. F. **Esculpindo o SUS a golpes de portaria**: considerações sobre o processo de formulação das NOBs. Ciências & Saúde Coletiva, 2001. V. 6(3), pp.292-298.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: [www.ibge.gov.br/catálogos/indicadores](http://www.ibge.gov.br/catálogos/indicadores). Acesso em junho 2010.

\_\_\_\_\_. Assistência Médica Sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

\_\_\_\_\_. Cidades, Montes Claros. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=314330> Acesso em 01 set. 2013.

\_\_\_\_\_. Senso Saúde 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=314330> Acesso em 05 set. 2013.

KEBIAN, et. al. **As práticas de saúde de enfermeiros na visita domiciliar e a promoção da saúde**. Rev. APS. 2012 jan/mar; 15(1): 92-100.

LAVRAS, C. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil**. Saúde Soc, v.20, n.4, p.867-74, 2011.

LASMAR, MMO; RONZANI, TM. **Qualidade de vida e resiliência: uma interface com a promoção da saúde**. Rev. APS. 2009 Jul-Set; 12(3):339-50.

LIMA, J. C. **História das Lutas Sociais por Saúde no Brasil**. Trabalho Necessário, Ciências & Saúde Coletiva vol.4, n.º.4, 2006.

LOBATO, L. Estrutura e relações de poder. In: FLEURY, S. **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

LOPES, M.R.; DURÃO, A.V.; CARVALHO, V. A disputa sobre os sentidos do trabalho e da formação dos agentes comunitários de saúde. In: VIEIRA, M.; DURÃO, A.V.; LOPES, M.R. (Orgs.). **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. p.161-208.

LUPTON, D. **The Imperative of Health**. Public Health and the regulated body, London: Sage 1995.

MARQUES, Rosa Maria. MENDES, Áquilas. **Estado e saúde: a posição das agências internacionais e a experiência brasileira recente** Indic. Econ. FEE, Porto Alegre, V.29, n.4, p. 272-289, fev.2002.

MATTA, Gustavo Corrêa. MOROSINI, Márcia Valéria. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/autores.html>. Acesso em: 25 ago. 2013.

MATTOS, Rubens A.; TERTO JÚNIOR, Veriano; PARKER, Richard. **As estratégias do Banco Mundial e a resposta à Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2001.

MATTOS, Rubens. **Banca de Qualificação de Mestrado em Política Social**. Mestrando Vagner Caminhas Santana. Niterói/Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense/UFF, 2013.

\_\_\_\_\_. **Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 771-780. ISSN 1807-5762. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a28v13s1.pdf>. Acesso em 20 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional. In: MATTA, G. CLIMA, J. C. F. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 313-352.

\_\_\_\_\_. A. Responsabilidade intelectual e solidariedade: por uma ética profissional pautada pela integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC, ABRASCO, 2007 b. p. 129-141.

\_\_\_\_\_. **O incentivo ao programa saúde da família e seu impacto sobre as grandes cidades**. *Physis*. 2002; 12(1): 77-108.

\_\_\_\_\_. **Desenvolvendo e ofertando idéias**: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ, 2000.

\_\_\_\_\_. **As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90**: um panorama geral da oferta de idéias. *Cienc.saude.col*. 2001a; 6(2):377-389.

\_\_\_\_\_. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R, A (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro. UERJ: ABRASCO, 2001b, p.39.84.

MAZZA, M. M. P. R. **A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde**. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 60-68, 1994.

MEDINA, G; AQUINO. Avaliando o Programa de Saúde da Família. In: SOUSA, M (org.). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002 (Saúde em Debate 148).

MENDES, E. V. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde (4ª ed.). São Paulo: Hucitec, 1999.

\_\_\_\_\_. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo. Hucitec- ABRASCO, 1996.

\_\_\_\_\_. O processo social de Distritalização da saúde In: MENDES, E. V. (Org.) **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde. São Paulo. Hucitec- ABRASCO, 1993.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. **Em busca do tempo perdido: a micro-política do trabalho vivo em saúde**. In: MERHY, EE. ONOCKO, R. organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. Pp. 71-112.

MINAYO, M.C.S. **Relaciones entre procesos sociales, violencia y calidad de vida**. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 1, n. 1, p. 69-78, 2005.

\_\_\_\_\_. Prefácio. In: SILVA, Silvio F. **Municipalização da Saúde e Poder Local**. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 34-37.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso. **A Política de formação dos agentes comunitários de saúde: memória de uma formulação em disputa nos anos 2003-2005**. Dissertação de Mestrado. Instituto de medicina social. UERJ. Rio de Janeiro, 2009.

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**.

Unidade Geográfica: Município de Montes Claros/ MG. Competência: Janeiro de 1998 a Agosto de 2013. Disponível em: <dab.saude.gov.br/dab/historico\_cobertura\_sf/historico\_cobertura\_sf\_relatorio.php> Acesso em 25 Ago. 2013.

NARCISO, Danilo Fernando Macedo. et al. **Relatório: Territorialização do Bairro Morrinhos**. Universidade Estadual de Montes Claros, Residência Medicina de Família e Comunidade, Curso de Especialização em Saúde da Família na modalidade Residência para Cirurgiões-Dentistas e Enfermeiros. Montes Claros, 2006.

NASCIMENTO, Cynthia Maria Barboza do. **Precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um estudo em municípios da região metropolitana do Recife**. Especialização em saúde pública. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2005.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em serviços de saúde. In: **Organização Pan-Americana de Saúde**. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do sistema de saúde. Brasília: OPAS, 1997.

NOGUEIRA, Roberto P.; SILVA, Frederico Barbosa da; RAMOS, Zuleide do Valle O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o Agente Comunitário de Saúde**. Rio de Janeiro: IPEA, 2000. (Texto para discussão, n. 735).

OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <"http://www.opas.org.br/" \t "\_blank" \_http://www.opas.org.br\_>. Acesso em: 12 nov. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atenção primária de saúde nas Américas: as lições aprendidas ao longo de 25 anos e os desafios futuros**. Washington: WHO, 2003. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/cd44-r6-p.pdf>. Acesso em 01 set. 2013.

\_\_\_\_\_. 2008. Disponível em:<[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/31\\_03\\_2010\\_9.22.37.70fbb6ffd32f6598e4de044a8feeacdc.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/31_03_2010_9.22.37.70fbb6ffd32f6598e4de044a8feeacdc.pdf)> Acesso em 05 ago. 2013.

PAIM, J, VIEIRA DA SILVA, LM. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS.** Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, v.12, n.2, ago, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? *Saúde debate* [online]. Rio de Janeiro. 2012, vol.36, n.94, pp. 343-347. ISSN 0103-1104. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000300004>>. Acesso em 18 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. **A reforma sanitária e os modelos assistenciais.** In: *Saúde Coletiva. Textos Didáticos* (L. M. Vieira-da-Silva, org.), pp. 61-82, Salvador: Centro Editorial e Didático, Universidade Federal da Bahia, 1994.

\_\_\_\_\_. **Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta** - saúde para todos no ano 2000. (Série estudos em saúde coletiva, n. 175). Rio de Janeiro. Disponível em: < <http://www.ims.uerj.br/sesc/numeros/printed/pdf/SESC175.pdf>>. Acesso em ago. 2013.

PEDROSA, JIS & TELES, JBM. **Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família.** Revista de Saúde Pública 35(2):303-311, 2001.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS C. **O Território no Programa de Saúde da Família.** Revista Brasileira de Geografia Médica da Saúde, n.2, v.2,p.47-55, junho 2006.

PINHEIRO, R. **As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde:** um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p.65-112.

PINHO, L. C. **As tramas do discurso.** In: Castelo Branco, G.; Baêta Neves, L. F.. (Org.). Michel Foucault: da arqueologia do saber à estética da existência. Londrina/Rio de Janeiro: Nau, 1998, v., Pp. 183-192.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D. & BLANK, V. L. (2004). **A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família.** Cad. Saúde Pública, 20(2), 438-446.

SANTOS, B. de S. **Pela mão de Alice:** o social e o político na pós-modernidade. 13.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. **Para um novo senso comum:** a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. 7a ed. São Paulo: Cortez; 2009.

\_\_\_\_\_. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social.** São Paulo: Boitempo, 2007.

SANTOS, EM; KIRSCHBAUM, DIR. **A trajetória histórica da visita domiciliar no Brasil:** uma revisão bibliográfica. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2008; 10(1): 220-227.

SANTOS, Maria Ruth dos; PIERANTONI, Célia Regina; MATSUMOTO, Karen dos Santos. **Agentes Comunitários de Saúde:** A visão dos usuários do PSF da região de saúde de Juiz de Fora. Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p. 258-265, jul/set 2010.

SANTOS, M. et al. **Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. 2.ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

SENNA, MCM. COHEN MM. **Modelo assistencial e estratégia de saúde da família no nível local: análise de uma experiência**. Ciênc. Saúde Coletiva, v.7, n.3. Rio de Janeiro, 2002.

SILVA, M. J.; RODRIGUES, R. M. **O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde**. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v.2, n.1, jan/jun. 2000.

SILVA, Junior, AG & MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da Atenção Básica sob a Ótica da Integralidade: Aspectos Conceituais e metodológicos. In: **Cuidados – As fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

SILVA, Silvio Fernandes Da. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas**. São Paulo Hucitec, 2001.

SILVA, Maria Patrícia da. **Desenvolvimento e saúde** [manuscrito] : dimensão social do projeto Montes Claros / Maria Patrícia da Silva. 2010. 157 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social/PPGDS, 2010.

SILVEIRA, Yara Maria Soares Costa da. RAMIRES, Júlio César Lima. **Actas do XII Colóquio Ibérico de Geografia**. Porto: Faculdade de Letras (Universidade do Porto), 2010. ISBN 978-972-99436-5-2.

TAVARES, M. C. e BELLUZZO, L. G. "A mundialização do capital e a expansão do poder americano". In: FIORI, J. L., org. (2004) O Poder Americano. Petrópolis: Vozes, 2004.

TEIXEIRA, C.F. Promoção da saúde e SUS: um diálogo pertinente. In. TEIXEIRA, C.F. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Carmem Fontes Teixeira, Jorge Pereira Solla. Salvador: Edufba, 2006a.Pp. 85-108.

\_\_\_\_\_. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis. In. TEIXEIRA, C.F. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Carmem Fontes Teixeira, Jorge Pereira Solla. Salvador: Edufba, 2006b. Pp. 109-128.

TEIXEIRA, M, O. **O trabalho e a pesquisa em saúde: notas sobre a invisibilidade do trabalho técnico**. Rio de Janeiro: Rev. Cien. Saúde Coletiva. V.9. n3. 1995.

VIANA, A. L. D. A. As Políticas de Saúde nas Décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas. In: Ana Maria Canesqui. (Org.). **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec/FAPESP, 2000, v., p. 113-133.

VIEIRA, Monica. **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde / Organização de Monica Vieira; Anna Violeta Durão; e Marcia Raposo Lopes**. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

VIEIRA, M.; CHINELLI, P.; LOPES, M.R. O trabalho e a educação na saúde: a "questão dos recursos humanos". In: VIEIRA, M.; DURÃO, A.V.; LOPES, M.R. (Orgs.). **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro:

EPSJV, 2011. p.79-118.

YIN, R. K. **Estudo de Caso:** planejamento e métodos. Tradução de Daniel Grassi. 3a ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

**ANEXOS****APÊNDICE I**

**Título: A casa como espaço do cuidado – um estudo das práticas em saúde de agentes comunitários da Estratégia**

**Saúde da Família em Montes Claros-MG. Pesquisador**

**Responsável: Vagner Caminhas Santana**

**Instituição de Pesquisador: Universidade Federal Fluminense-UFF**

**Telefones para contato: (21) 79668439 ou (21) 91480061**

**Nome do voluntário:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_ **anos** **R.G.** \_\_\_\_\_

Você está convidada a participar da pesquisa intitulada de A casa como espaço do cuidado – um estudo das práticas em saúde de agentes comunitários da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros-MG, desenvolvida pelo Mestrando Vagner Caminhas Santana, da Universidade Federal Fluminense – UFF1, em ocasião do Curso de Mestrado em Política Social.

Sua participação não é obrigatória e ocorrerá através de entrevista gravada. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação comigo, ao pesquisador, ou com a universidade que represento. Nas entrevistas você será solicitado a falar sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF), sobre as ações desenvolvidas na Visitas Domiciliares e no modulo da ESF em seu local de atuação. Nas Vistas Domiciliares você será solicitado a permitir a observação das mesmas.

Comprometo-me a utilizar os dados obtidos somente como elemento de análise para a minha Dissertação de Mestrado e em futuros trabalhos acadêmicos, ressaltando que será resguardada a identidade do(a) entrevistado(a), a confidencialidade das informações e das demais envolvidas no estudo.

Declaro que entendi a proposta da pesquisa e aceito participar da mesma. Esclareço também que:

( ) Autorizo a gravação e a transcrição da entrevista ( ) Não Autorizo

Montes Claros, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

Eu, \_\_\_\_\_, R.Gn° \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do entrevistado ou seu responsável legal

\_\_\_\_\_  
Testemunha



## APÊNDICE II

### Roteiro de Entrevista

#### **Roteiro de entrevista com Agentes Comunitário de Saúde.**

**Data**

**Nome**

**Unidade de Saúde**

**Região /Área**

**Micro-Área**

**Data e local de nascimento**

**Sexo**

**Último ano de escola que cursou:**

**Concluiu algum curso profissionalizante? Se sim, qual?**

- 1) Há quanto tempo o Sr(a) reside no bairro?
- 2) Qual era o seu trabalho antes de se tornar Agente Comunitário de Saúde? Como foi sua inserção na ESF?
- 3) O Sr(a) participa de algum tipo de atividade junto com outras pessoas do bairro?
- 4) Fale um pouco sobre o bairro e sobre as pessoas que nele vivem.
- 5) Fale um pouco sobre a ESF? Na sua opinião qual é o objetivo da ESF? Qual o objetivo da VD? (Poderia destacar pontos positivos e dificuldades)
- 6) Como é trabalhar em uma equipe, com vários profissionais participando?
- 7) Qual a diferença entre o seu trabalho e o do auxiliar de enfermagem?
- 8) Há alguma atividade que o senhor desenvolve, mas acha que não seria sua atribuição? Dê exemplos.
- 9) Quais são os principais problemas de saúde do local/comunidade? Como a ESF e a VD contribuem neste processo?
- 10) Como é a atuação da ESF em relação aos problemas de saúde locais? O que vem sendo feito? Que tipos de orientação são dadas e que tipos de atividades/ações são desenvolvidas com os indivíduos/famílias nos módulos/unidades da ESF e na visita domiciliar?
- 11) Que tipos de informação sobre os indivíduos/famílias o Sr(a) considera importantes para a prestação de um bom atendimento em saúde pela ESF nos módulos/unidades da ESF e na visita domiciliar?

## **Roteiro de Entrevista**

### **Roteiro de entrevista com usuários.**

**Data:**

**Nome:**

**Unidade de Saúde:**

**Região Área:**

**Micro-Área:**

**Data e local de nascimento:**

**Sexo:**

- 1) Há quanto tempo o Sr(a) mora aqui?
- 2) Há quanto tempo é usuário da ESF?
- 3) O Sr(a) recebe regularmente a visita do ACS? Com que frequência?
- 4) O Sr(a) conhecia o ACS antes dele se tornar ACS?
- 5) Fale um pouco sobre a atuação da ESF na sua comunidade. O que pensa sobre a ESF (Pontos positivos e negativos).
- 6) Fale sobre o trabalho do ACS na comunidade. O que o Sr(a) pensa sobre o =trabalho dos ACS (Pontos positivos e negativos).
- 7) Fale um pouco sobre a VD. O que o Sr(a) pensa sobre a VD (Pontos positivos e negativos)
- 8) Quais são os principais problemas de saúde enfrentados pela família?
- 9) O que seria necessário para superar estes problemas de saúde?
- 10) Como a ESF e a VD contribuem para a solução destes problemas?

# APÊNDICE III



## Prefeitura de Montes Claros - MG Secretaria Municipal de Saúde

### DECLARAÇÃO

Declaramos não ter conhecimento com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do projeto de pesquisa intitulado: "A casa como espaço do cuidado - um estudo das práticas em saúde de agentes comunitários da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, disposta de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Montes Claros, 18 de Julho 2013

*Cláudia Mendes Campos Versiani*

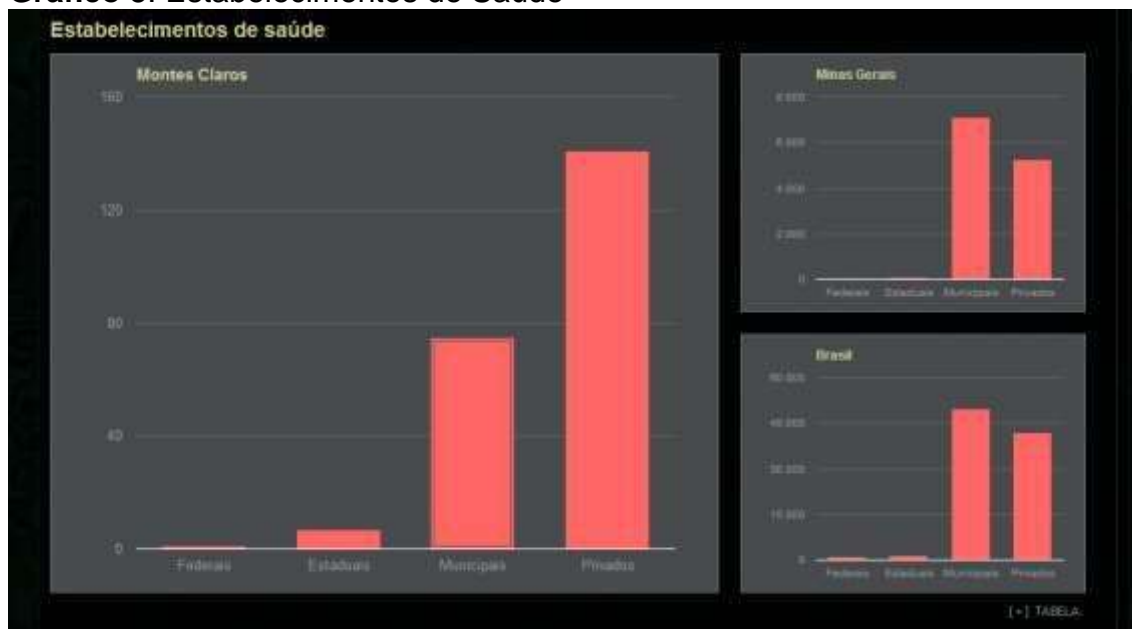
**CLÁUDIA MENDES CAMPOS VERSIANI**  
Coordenadora da Atenção Primária  
Montes Claros

Cláudia Mendes Campos Versiani  
Enfermeira - COREN-MG 4158  
Coord. Estratégia Saúde da Família  
SUJ / SMS - Montes Claros - MG

## APÊNDICE IV

### Gráficos e Figuras

**Gráfico 5:** Estabelecimentos de Saúde



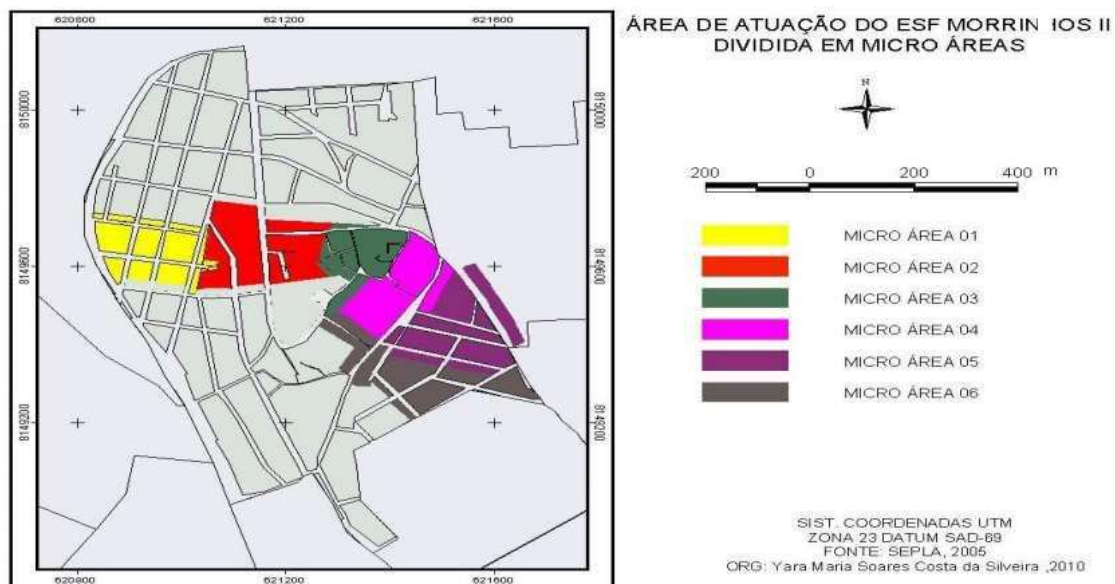
Fonte: IBGE, 2013.

**Figura 3:** Localização do município no estado



Fonte: SES-MG e MS, 2013.

**Figura 04:** Área de atuação da ESF Morrinhos divididas na Micro-Área:



**Fonte:** SIST COORDENADAS URM; ZONA 23 DATUM SAD-69; SEPLA, 2005.  
Organização: Silveira, 2010.

**Figura 5:**



**Fonte:** Própria.