

**FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO**

GABRIELA SPANGHERO LOTTA

**SABER E PODER: Agentes Comunitários de
Saúde Aproximando Saberes Locais e Políticas
Públicas**

São Paulo

2006

GABRIELA SPANGHERO LOTTA

**SABER E PODER: Agentes Comunitários de
Saúde Aproximando Saberes Locais e Políticas
Públicas**

**Dissertação de Mestrado
apresentada ao Programa de
Administração Pública e
Governo da EAESP/FGV.**

Orientador: Prof. Peter K. Spink

São Paulo

2006

Lotta, Gabriela Spanghero.

Saber e Poder: Agentes Comunitários de Saúde Aproximando Saberes Locais e Políticas Públicas / Gabriela Spanghero Lotta. 2006.

171 folhas

Orientador: Peter K. Spink.

Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Políticas públicas. 2. Participação social. 3. Saúde pública – Administração 4. Serviços de saúde comunitária 5. Igualdade. I. Spink, Peter K.. II. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 614.2

Não precisei ler São Paulo, Santo Agostinho,
São Jerônimo, nem Tomás de Aquino, nem São
Francisco de Assis –
Para chegar a Deus.
Formigas me mostraram Ele.

(Eu tenho doutorado em formigas).

Manoel de Barros

Ao Francisco e à Celeste que me mostraram Deus.

À Isa e ao Gerd que me possibilitaram doutorar em Formigas.

Agradecimentos

Esta dissertação é fruto de um esforço coletivo de pessoas que dedicam seus cotidianos na construção de um mundo melhor. A todas elas, direta ou indiretamente envolvidas, agradeço por possibilitarem reflexões e transformações - para mim e para o mundo.

Agradeço em especial ao prof. Peter pelo papel de mestre que exerceu, ajudando a clarear as certezas e a aumentar minhas dúvidas, quando me sabia capaz de resolvê-las.

Agradeço ao Ricardo e à Veronika por todo o carinho, toda a ajuda, as conversas e os chás em fim de tarde, por todas as vezes em que me apoiaram, incentivaram e encheram este caminho de delicadezas.

Ao Vaz por ajudar em meus momentos de reflexão, por dar apoio em minhas crises e iluminar cada parte trilhada, me fazendo acreditar em minhas próprias possibilidades.

Ao Jorge pelas leituras, pelos diálogos, por sua sabedoria, por me iluminar com suas visões e me permitir questionar as certezas de mundo.

Aos meus amigos e colegas de mestrado, pelos momentos compartilhados entre estudos, discussões, jantares e crises existenciais, em especial à Fernanda, irmã e companheira de todo esse percurso, ao Fernando, à Carol, ao Sergio e ao Tiago. Ao lado de vocês as descobertas se tornaram ainda mais doces.

Aos amigos da GV que acompanharam este processo desde o começo e apoiaram todos estes momentos, dividindo tempos de calma e turbilhões de descobertas. À Cíntia, Marcela, Cris, Tati, Déia, Roberto, Kado, Fernando, Neto e Antonio. Ao Eder pelo ombro amigo, pelo ouvido amigo, pela boca amiga. Mesmo distantes, suas palavras e seus silêncios me enchem de calma e plenitude.

Aos professores que apoiaram minha trajetória e continuam apoiando minhas escolhas, além de iluminarem com sabedoria cada descoberta. Em especial à profa. Marta Farah, ao prof. Mario Aquino, ao prof. Fingermann, à profa. Dominique Gallois, ao prof. Marcelo Aidar, ao

prof. Thomaz Wood Jr, nos momentos finais, entre tantos outros que fazem parte deste caminho.

Ao Rafa, grande companheiro que, sentado à minha frente, tantas vezes teve de ouvir minhas reclamações, minhas conclusões, ler meus textos e discutir sobre os possíveis caminhos desta dissertação.

A todos os meus colegas e amigos do Pólis com quem tenho adquirido muita sabedoria e experiência, em especial a: Pedro, Maria do Carmo, Jane, João, Othon, Hamilton, Fernanda, Edu, Gisele, Julia e Janaína, eternamente ela.

Aos meus irmãos, adquiridos e adotados, que agüentaram com afínco minha solidão sentada ao computador refletindo sobre cada uma das descobertas da dissertação. Em especial ao Olavo, que ainda ajudava pagando contas, pegando água, passeando ou simplesmente dando um abraço e mandando mensagens de carinho.

Às pessoas que conheci nas minhas viagens, cada um dos Agentes Comunitários de Saúde que, com toda a doçura de seu trabalho, mostraram como somos capazes de transformar a realidade. Cito cada um deles que ajudaram meu trabalho a somar para a discussão de um Brasil melhor: Sobral - Fatinha, João, Marlúcia, Inês, Marcela, Ana Lydia, Alzira, Caetana, Alder Junior, Gessiane, Maricélia, Márcia, Irani, Andréia, Conceição, Lindalva, Assunção; Londrina – Marina, Helena, Magda, Elaine, Sueli, Sabrina, Geralda, Claudia e Jane.

À Ariane e ao André, que tanto me fortaleceram em momentos de solidão no sertão e que se tornaram grandes irmãos de vida. Por cada montanha. Por cada mensagem. Por cada bolo em fim de noite. Por cada ser tão.

À Lari e à Biba que têm sido grandes companheiras de casa e de vida, compartilhando minhas escritas, minhas reflexões, minhas solidões, meus bolos e meus pães.

Aos outros companheiros de vida que transformaram todos estes momentos em céu estrelado, tarde de pôr-do-sol, em som de mar na beira da praia: Júlia, Daniel, Deborah, Beta, Juss, Nara, Re Cuppen, Carol, Bete, Ale, Antonio, Joel, Rubinho, Rony, Vini, Melissa, André, Romualdo e Rita, entre tantos outros. Ao Pipo, primeiro pelas mensagens à distância, depois pelas mensagens presentes, que encheram este percurso de poesia.

A todas as outras pessoas que de alguma forma me apoiaram nestes tempos e os tornaram possíveis: Marlei, Rosangela, às meninas da secretaria da GV, em especial à Ariane e à Mari, ao José Mario, Odorico, Luiza, Ortuleide, Ivete, Rosaria, entre outras pessoas que, mesmo ausentes, se tornam sempre presentes em minhas memórias.

Ao Manoel de Barros e ao Mia Couto, responsáveis por grandes inspirações dos últimos meses e por preencherem com palavras poéticas as concretudes das criações acadêmicas.

Agradeço, por fim, à Capes, ao CNPQ e ao GV Pesquisa pelo financiamento e apoio a essa dissertação.

Resumo

Incorporar os diversos saberes locais nas políticas públicas é uma forma não apenas de garantir sua apropriação pela sociedade, mas também de promover cidadania com base na garantia de equidade e da diferença. Este trabalho busca analisar como os Agentes Comunitários de Saúde do Programa Saúde da Família se tornam uma ponte entre os saberes locais, dos espaços e cotidianos vividos, e as políticas públicas de saúde. O trabalho retoma, primeiramente, conceitos como nova cidadania, direito à equidade e à diferença, espaço, território e saberes locais. Em seguida são analisadas as experiências de Sobral-CE e Londrina-PR a partir do acompanhamento do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde nestas localidades. O objetivo é traçar algumas conclusões sobre a importância de se envolverem pessoas da comunidade para que as políticas públicas promovam cidadania, acesso a serviços, direito à igualdade e à diferença e garantam melhores resultados.

Sumário

| | |
|--|-----------|
| Prefácio..... | 11 |
| 1. Agenda de Reforma das Políticas Sociais: o Conceito de Nova Cidadania..... | 16 |
| - Nova Cidadania: conceito na agenda | 20 |
| - Cidadania: direito à igualdade e à diferença..... | 23 |
| - Objetivo da Pesquisa..... | 25 |
| - Políticas Públicas: garantindo equidade e diversidade..... | 26 |
| 2. Dinâmicas e Saberes Locais | 31 |
| - Milton Santos e Lefebvre: contribuições para a idéia de lugar..... | 31 |
| - Saberes Locais..... | 39 |
| 3. Objetivo Revisado e Metodologia | 44 |
| - Objetivo revisado | 44 |
| - Análise de Interfaces..... | 45 |
| - Etnografia..... | 48 |
| - Metodologia na presente pesquisa..... | 50 |
| 4. Programa Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde | 54 |
| - Histórico e criação do PSF..... | 57 |
| - Programa de Saúde da Família..... | 59 |
| <i>Equipes</i> | 65 |
| <i>Monitoramento e Avaliação</i> | 67 |
| - Agentes Comunitários de Saúde..... | 67 |

| | |
|--|--------------|
| 5. As Experiências de Sobral e Londrina | 71 |
| - Sobral..... | 71 |
| ➤ História e Características do Município | 72 |
| ➤ PSF em Sobral: histórico e processo de Construção | 73 |
| ➤ Visita a Sobral..... | 77 |
| - Londrina | 80 |
| ➤ História e Características do Município | 80 |
| ➤ PSF em Londrina: histórico e processo de Construção | 81 |
| ➤ Visita a Londrina..... | 82 |
| - ACS – uma impressão inicial | 84 |
| - ACS e o Poder Público | 86 |
| - ACS e a comunidade..... | 95 |
| - ACS por ACS – visão dos Agentes sobre seus trabalhos | 111 |
| - ACS e seus Saberes..... | 124 |
| Discussão e Conclusões | 151 |
| Bibliografia..... | 15160 |

Prefácio

A partir do trabalho com o Boletim DICAS no Instituto Pólis, em 2003, aprofundei minha inserção no campo de políticas públicas municipais. A partir do contato com diversas experiências, passei a analisar os fatores que me chamavam a atenção por seu caráter inovador. Além disso, a experiência no DICAS me possibilitou entrar em contato com diversas novas possibilidades de melhorar a relação entre sociedade civil e administração pública local.

A idéia deste trabalho surgiu quando entrei em contato com a experiência de Maranguape-CE, finalista do Programa Gestão Pública e Cidadania no ciclo de 2003. A experiência estabelece uma parceria e troca de informações entre as rezadeiras e os médicos, por meio do Programa Saúde da Família, e visa reduzir a mortalidade infantil por diarreia.

Na época, quando li a ficha de inscrição da experiência fiquei encantada com a idéia de um programa capaz de observar a realidade e a cultura local, respeitá-la e incorporá-la à política pública. A partir deste interesse, comecei a ler materiais referentes à cultura e identidade cultural, indicados principalmente pelo Prof. Ricardo Bresler que tinha estudado isto em sua tese de doutorado. Assim cheguei à antropologia.

No primeiro semestre de 2004, cursei a matéria Etnodesenvolvimento como ouvinte no curso de antropologia da USP. A matéria, ministrada pela professora Dominique Gallois, me colocou em contato mais direto com a história e com as diversas correntes da antropologia contemporânea, até entrar na discussão mais recente do etnodesenvolvimento. Esta nova linha de estudo da antropologia, e de algumas outras ciências, busca garantir o desenvolvimento das comunidades tomando como base as diversidades culturais e étnicas existentes.

Foi a partir do contato com autores como Sahlins, Levis-Strauss, Balandier, Diegues, Ribeiro, Stavenhagen e Geertz, que passei a trazer esta reflexão para a administração pública: se na antropologia pensava-se em como garantir desenvolvimento a partir das realidades locais, por que não pensar em como realizar políticas públicas também com base nas realidades locais? A questão que passou a me orientar, então, foi: como a administração pública poderia realizar políticas que dialogassem com a cultura local?

A partir de conversas com diversos professores da FGV, percebi que havia uma área a ser explorada nesta discussão e, adentrando cada vez mais o estudo de antropologia, fui tentando realizar pontes entre as duas ciências.

Neste contexto, passei a ler cada vez mais materiais ligados à cultura, identidade cultural, formas alternativas de desenvolvimento e dinâmicas territoriais (principalmente Milton Santos que também tratava do diálogo com o local e das dinâmicas territoriais que fazem parte do cotidiano).

Uma primeira conclusão foi que, para evitar embates com outras áreas de conhecimento, deveria evitar o termo cultura, por ter diversas conotações, utilizações e até mesmo críticas. Com base nos textos de Geertz e de Spink, decidi levar minha discussão para Saberes Locais que, além de possibilitar maior abrangência, seu tratamento no plural condizia com minha idéia de que os territórios são compostos de dinâmicas, fluxos e diferenças.

A idéia inicial era estudar como se daria este processo de inclusão dos saberes locais em algumas experiências práticas e, para isso, achei que seria interessante pegar casos em diferentes áreas, como saúde, educação e desenvolvimento econômico local.

No entanto, após aprofundar nas leituras e escrever alguns textos, alguns professores me chamaram a atenção de que meus estudos deveriam ter o olhar a partir da administração pública e menos da antropologia, buscando dentro da primeira os canais que somassem os conhecimentos da segunda. Além disso, o estudo de diversos casos me traria problemas metodológicos de como definir, a priori, que um programa dialogava com os saberes locais.

Quanto ao primeiro problema, percorri diversas possibilidades tentando conciliar meu estudo dentro da administração pública e, por mais que já tivesse avançado bastante no estudo da cultura e das dinâmicas do território, não conseguia decidir onde a discussão se situava. Tinha diversas possibilidades de enfoque, como: tratar da desverticalização de saberes; tratar de desenvolvimento alternativo; tratar de etnodesenvolvimento, entre outros.

Foi a partir de uma conversa com a Profa. Marta Farah e da recomendação de um texto seu que percebi por onde poderia entrar: na discussão sobre cidadania e processos de democratização havia o componente da busca pela equidade e da garantia da diversidade, ou seja, do diálogo com a realidade local que poderia ser interpretado como o olhar para a cultura e para as dinâmicas territoriais. Além disso, a experiência no Instituto Polis e as diversas

discussões acompanhadas fortaleciam esse olhar para nsas formas de democratização e de melhoria das relações Estado-sociedade.

Neste contexto, passei a explorar discussões sobre o processo brasileiro de democratização e a concepção de cidadania que incluía diversidade e equidade, conseguindo “encaixar” meu olhar bibliográfico e meu objeto de estudo.

Em relação ao estudo de caso, analisando diversas experiências do Boletim DICAS e do Programa Gestão Pública e Cidadania, decidi observar novamente o que tinha primeiramente me motivado – o Programa Saúde da Família. A partir desta análise, percebi que a figura do Agente Comunitário de Saúde poderia servir como base para minha discussão, visto que, por morar na comunidade em que trabalha, ele se tornaria uma espécie de ponte entre a comunidade e a política pública de saúde. Vale ressaltar, no entanto, que em nenhum momento me propus a fechar meu estudo em programas de áreas específicas – como saúde – mas sim utilizá-los como exemplos de uma discussão sobre saberes locais e políticas públicas.

Assim, decidi fechar meu estudo na figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) com base nas reflexões sobre a nova cidadania a partir do diálogo com a realidade local. A idéia seria, então, acompanhar o trabalho de alguns ACS para ver como ocorre esta troca de saberes, este contato entre a cultura local e a política pública. As questões que passaram a me guiar foram: o Agente Comunitário de Saúde consegue ser uma ponte entre saberes locais e política pública? Ele se torna, assim, um mecanismo de diálogo com a realidade e os saberes? Quais os processos que permitem que ele faça esta ponte entre saberes locais e política pública?

Entrei em contato, neste processo, com diversas bibliografias e estudos realizados sobre os Agentes Comunitários de Saúde. A maioria destes estudos, no entanto, foi realizada sob o enfoque da saúde em si, seja pelo lado médico, seja pela visão de um programa público de saúde ou até pelas relações profissionais entre estes Agentes e o Estado. A discussão que eu estava propondo, no entanto, apesar de tangenciar estas discussões, ia em outra direção, visto que meu objetivo não era limitar a análise apenas no PSF, mas sim usá-lo como exemplo para possíveis caminhos de políticas públicas que dialoguem com a realidade local. Concluí, desta forma, que mesmo havendo diversas pesquisas sobre o tema, minha pesquisa teria espaço e poderia contribuir para as discussões.

Para realizar a pesquisa teria, ainda, que selecionar em algum caso prático para a análise. A primeira idéia foi escolher dois casos práticos para realizar uma análise comparativa. Os casos

seriam Londrina-PR e Sobral-CE. A escolha do município de Sobral se deu por sua história na formação do PSF no Brasil, principalmente pela figura do Luis Odorico de Andrade, um dos fundadores do Programa de Agentes Comunitários no Ceará, ex-secretário de saúde de Icapuí, Quixadá e Sobral e atual secretário de Fortaleza. Londrina seria escolhido pelas inovações que o município historicamente teve com o PSF. Após realizar a visita a Sobral, no entanto, percebi que havia diversos pontos a serem analisados e que uma análise comparativa teria que deixar de lado diversas questões, deixando as análises de cada um dos casos mais superficial para abranger ambos. Neste sentido, decidi abrir mão da análise comparativa para aprofundar na análise da experiência de Sobral que, por si só, já fornece uma série de subsídios para a discussão. Neste sentido, a pesquisa em Londrina se baseou em conseguir colher alguns elementos que permitissem analisar se as conclusões de Sobral eram ou não restritas àquele município.

Em termos metodológicos, o contato com a antropologia, a partir de outras matérias que cursei como ouvinte na USP, e o curso de Etnografia ministrado pelo Prof. Gideon Kunda em julho de 2004, me incentivaram a realizar um estudo etnográfico. O estudo consistiria em acompanhar o cotidiano de Agentes Comunitários por um período buscando entender os processos e as dinâmicas que viviam.

Quando já estava com parte da pesquisa em andamento, entrei em contato com o trabalho de Norman Long e com sua definição de análise de interfaces. Este tipo de análise, realizada na interface e no encontro entre diferentes Agentes, se encaixaria perfeitamente no que pretendia analisar e, para tanto, decidi utilizá-la como base de minha análise metodológica.

É importante apenas ressaltar que o objetivo deste trabalho é traçar alguns caminhos e possibilidades, a partir da análise do ACS, para que políticas públicas sejam realizadas no diálogo e respeito entre saberes, incluindo os diversos conhecimentos e características presentes nos cotidianos das pessoas.

Em termos estruturais, o trabalho contém 5 capítulos. No primeiro é apresentada a agenda de reforma das políticas sociais (participação, cidadania e eficiência), o conceito de Nova Cidadania, a Cidadania como direito à igualdade e à diferença e as políticas públicas pela garantia de equidade e diversidade. O Capítulo 2 trata da valorização do conceito de local, com Milton Santos e Henri Lefebvre, e da valorização dos saberes locais, a partir de Geertz e alguns outros antropólogos. O capítulo 3 apresenta uma revisão dos objetivos e a metodologia

do presente trabalho. O capítulo 4 discorre sobre a Reforma dos programas de Saúde, o Histórico da criação e o funcionamento do PSF e a figura dos Agentes Comunitários de Saúde inseridos no programa. O Capítulo 5 trata das experiências a Sobral e Londrina, analisando as ações e os saberes dos Agentes Comunitários de Saúde. Por fim serão realizadas as discussões, análises e conclusões.

1. Agenda de Reforma das Políticas Sociais: o Conceito de Nova Cidadania

“Somos muitos Severinos
iguais em tudo e na sina:
a de abrandar estas pedras
suando-se muito em cima,
a de tentar despertar
terra sempre mais extinta,
a de querer arrancar
algum roçado da cinza.”

João Cabral de Melo Neto
Morte e Vida Severina

Até os anos 80, as políticas públicas se marcavam por extrema centralização decisória no governo federal. Aos municípios cabia unicamente o papel de executar as políticas formuladas e controladas centralmente, de forma que se estabelecia uma relação com base em troca de favores entre os governos federal, estaduais e municipais. Além disso, a fragmentação institucional, a falta de articulação e o caráter setorial e especializado das áreas dificultavam a coordenação das políticas, resultando em baixa eficiência, eficácia e efetividade das mesmas (FARAH, 2000).

A sociedade civil também era praticamente excluída dos processos das políticas públicas, na medida em que não conseguia ter contato com os processos de decisão devido à hierarquia da máquina estatal. Os mecanismos de distanciamento entre usuários e Agentes públicos, bem como a padronização de respostas, contribuíam para a perda de qualidade e a falta de controle do sistema. Para Nunes (1997), ainda, o processo decisório se estruturava na relação entre Estado e sociedade civil marcada por três gramáticas: clientelismo, corporativismo e insulamento burocrático. Além da exclusão nos processos decisórios, o padrão não democrático entre Estado e sociedade civil excluía amplos segmentos da sociedade do acesso a bens e serviços públicos (FARAH, 2000).

Farah (2000) aponta que o debate para a reforma se iniciou na década de 70, mas foi impulsionado nos anos 80 com o processo de democratização do país e, portanto, envolvimento de movimentos sociais e categorias profissionais interessadas na reforma. A agenda, consolidada na Constituição Federal de 88, teve como eixos a democratização dos processos decisórios e a equidade dos resultados das políticas públicas. As propostas enfatizavam a descentralização e a participação dos cidadãos na formulação e implementação das políticas públicas, baseando-se na concepção universalista dos direitos sociais.

No final da década de 80 e início de 90, a crise fiscal trouxe, como ponto central, a questão da escassez de recursos, limitando a atuação do Estado nas diversas demandas. Gaventa e Jones (2002) ressaltam que a saturação dos regimes de bem estar social, a globalização e as mudanças demográficas passaram a exigir novas formas de provisão dos serviços. Temas como eficiência, efetividade, eficácia e qualidade ganharam, então, relevância no debate.

Neste contexto, ganha força o debate neoliberal, defendendo a idéia da essência ineficiente e ineficaz do Estado e atribuindo a ele as crises econômicas. O Estado-mínimo, seu

desmantelamento e a desregulamentação e abertura da economia foram propostas neoliberais do Consenso de Washington que buscavam diminuir e controlar a atuação estatal.

Para a área social, a agenda neoliberal propunha a privatização, a descentralização das políticas sociais para as esferas locais de governo, a focalização e a concentração da ação em alguns segmentos mais vulneráveis e a incorporação dos requisitos eficiência e eficácia nas políticas públicas. Mishra (1997) ainda argumenta que a globalização dissolveu o nexo entre o econômico e o social e, aos poucos, as instituições supranacionais se fortaleceram no molde das políticas sociais e se tornaram atores políticos.

Farah (2000) ressalta que, diferentemente das propostas neoliberais, a agenda formulada anteriormente se orientava para a democratização e a construção do Estado do bem estar universalista. A crise dos anos 80, as alterações na economia capitalista mundial com reestruturação produtiva e a globalização redefiniram os termos da inserção do Brasil no cenário internacional, colocando novos desafios aos setores que antes participavam da agenda democrática. Assim, ao mesmo tempo em que a Constituição Federal de 88 assinalava a transposição para o plano legal de grande parte da agenda construída anteriormente, assistia-se a uma reformulação da agenda com a incorporação de novos desafios.

Esta agenda não pretendia o desmantelamento do Estado, mas sim uma reforma da ação estatal, buscando novas formas de governança adequadas a esses desafios (GAVENTA e JONES, 2002). Nos anos 90, portanto, buscava-se integrar à agenda democrática dos anos 80 novos ingredientes que buscavam eficiência, eficácia e efetividade (DRAIBE, 1991), componentes também almejados pela agenda neoliberal, mas que aqui assumiam novo significado. Nesta perspectiva, a preocupação se articulava para a equidade e a democratização dos processos decisórios, envolvendo alterações institucionais e novos padrões de relação entre Estado e sociedade.

O que se pretendia, portanto, eram novas formas de articulação com a sociedade civil e com o setor privado, visando a garantia de provisão dos serviços públicos, substituindo o modelo de provisão estatal para a coordenação e fiscalização dos serviços que podem ser oferecidos pela sociedade ou pelo mercado por meio de parcerias.

A descentralização não significava apenas transferência de atribuições, mas sim redistribuição de poder, favorecendo a democratização das relações entre Estado e sociedade e a democratização do acesso aos serviços. A focalização foi incorporada pelo reconhecimento da

necessidade de estabelecer prioridades de ação em contexto de recursos limitados. As políticas seletivas, no entanto, deveriam ser entendidas como complementares a políticas universais de caráter redistributivo e a políticas de desenvolvimento orientadas para a superação de desigualdades estruturais (DRAIBE, 1999).

Segundo Farah (2000), a redefinição da agenda de reforma das políticas sociais do final dos anos 80 teve alguns pontos baseados na proposta da Cepal para a América Latina. Tais elementos, resumidos por Arretche (1998), são:

- a) Estabelecimento de metas coordenadas entre política econômica e social;
- b) Definição de metas para a política social voltadas para integração da população aos benefícios do desenvolvimento;
- c) Articulação de programas sociais universais a programas seletivos;
- d) Integração da política social ao projeto de desenvolvimento. A política social é entendida como tendo importantes impactos sobre o desenvolvimento enquanto investimento em capital humano, incluindo saúde, nutrição, remuneração e educação;
- e) Articulação entre programas sociais consolidando um sistema de proteção social; e
- f) Racionalização do gasto social buscando eficiência e efetividade. A racionalização envolve a articulação entre setor privado e público para a prestação de serviços sociais, com transformação para uma provisão em que o Estado é coordenador e fiscalizador de serviços estabelecidos na interação entre Agentes.

Em relação à gestão estatal, foram incorporadas diversas diretrizes na agenda, como:

- a) Democratização interna da máquina pública alterando os processos centralizadores de tomada de decisão;
- b) Estímulo à inovação;
- c) Aproximação entre entidades prestadoras de serviços e cidadãos-usuários com capacidade de responder a necessidades não massificadas, transparência e mecanismos de controle e participação;

- d) Estabelecimento de políticas de valorização de recursos humanos incluindo formação e requalificação dos funcionários; e
- e) Descentralização da máquina contribuindo para democratização e melhor resposta da administração às necessidades regionalizadas (KLIKSBURG, 1994 e DOWBOR, 1994, In FARAH, 2000).

Draibe (1999) ressalta que esta nova agenda buscava, além da garantia de direitos sociais a todos, uma nova forma de garantia, assumindo como papéis centrais a articulação e o envolvimento de atores nesse processo.

O processo de descentralização e fortalecimento do âmbito local, no entanto, não ocorreu de forma homogênea e sem dificuldades. Farah (1997) ressalta que os graus de descentralização variaram nas diferentes políticas sociais, sendo reflexo de um conjunto de fatores, como o arcabouço institucional herdado e o grau de descentralização exercido pelos governos estaduais e pelo governo federal. A dinâmica política e social de cada local também diferenciavam o processo nos diversos municípios.

Como resultado desta agenda reformista, Farah (1997) realizou uma análise sobre diversos programas premiados pelo Programa Gestão Pública e Cidadania da EAESP/FGV em parceria com a Fundação Ford. O Programa¹, criado em 1996, tem como objetivo disseminar e premiar iniciativas inovadoras introduzidas pelos poderes públicos estaduais, municipais (sejam do executivo, legislativo ou do judiciário) e por organizações próprias dos povos indígenas. O Programa tem um banco de dados com mais de 8000 experiências e, com base em uma análise delas, Farah levantou que as principais características das políticas sociais recentemente são:

- a) Promoção de ações integradas dirigidas a um mesmo público alvo. As políticas deixam de ser fragmentadas e supera-se a setorialização e a fragmentação institucional, coordenando a ação de diversas secretarias e órgãos.
- b) Estabelecimento de vínculos de parceria com outros níveis de governo e outros municípios, buscando a solução de problemas e a criação de políticas mais abrangentes. Nesse contexto tomam forma os consórcios intermunicipais, as agências de desenvolvimento, associações de municípios e câmaras regionais. Surgem também programas com diretrizes federais, mas que são adaptados e

¹ Para maiores informações sobre o Programa Gestão Pública e Cidadania consultar <http://inovando.fgvsp.br>

implementados pelos próprios municípios, permitindo que assumam a feição de cada localidade. É o caso, por exemplo, do Programa Saúde da Família, a partir do qual o município se apropria do programa e tem autonomia na execução e na gestão.

- c) Estabelecimento de novas formas de relação entre Estado, sociedade civil e mercado, incluindo novos atores na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas no nível local. Para promover a participação, são institucionalizados diversos mecanismos de gestão que envolvam atores nos processos decisórios. É o caso, por exemplo, dos Conselhos Gestores de políticas públicas que reconhecem a comunidade como um dos atores centrais na própria política. Os orçamentos e planejamentos participativos são outros exemplos dessas novas formas de relação.

Nova Cidadania: conceito na agenda

Neste contexto, e analisando a entrada da questão de cidadania na agenda, Gaventa e Jones (2002) apontam que o foco em desenvolvimento participativo e a discussão dos projetos comunitários nos anos 90 trouxeram influência para a política participativa dos marginalizados e pobres, valorizando sua influência nas decisões que afetam sua vida. Também ajudaram neste processo a questão da boa governança e sua ligação com o governo descentralizado, bem como o aumento da responsividade do governo quanto às necessidades e prioridades da população. Os autores ainda apontam que os anos 90 abriram espaço para novas relações entre direitos humanos e desenvolvimento, reafirmando a participação como um direito humano e a cidadania como pré-requisito para os outros direitos.

No mesmo sentido, Spink (2001A) afirma que, há poucos anos, governo e cidadania eram esferas distintas no Brasil. Enquanto a primeira se referia à oligarquia do mando, a segunda se caracterizava pela obrigatoriedade do voto para os letrados e pela prática cotidiana da desigualdade e exclusão patrimonialista. Foi na Constituição Federal de 88 que se reconheceu o desejo de uma nova configuração institucional destes elementos, principalmente no âmbito local e, neste contexto, diversas experiências inovadoras de governos municipais começaram a despontar, com buscas significativas para construir novas bases de convivência.

Passaram a integrar cada vez mais na agenda conceitos como participação, gestão democrática e inversão de prioridades, refletindo uma nova orientação que ganhou espaço no contexto de pobreza e exclusão. Cabe enfatizar que pobreza não é vista aqui apenas sob a ótica de recursos financeiros, mas sim por uma abordagem mais integrada, considerando não apenas como capacidades os recursos individuais e sociais, mas também provisão e acesso a bens necessários para uma vida mais digna, menos desigual e com pleno exercício da cidadania. A noção de pobreza de que Spink (2001A) trata, portanto, está diretamente ligada ao processo de democratização da sociedade, com a construção de laços sociais e a proteção aos direitos individuais e coletivos.

Para Dagnino (1994), a questão da cidadania tem sido cada vez mais presente nos debates atuais, cuja emergência deriva diretamente dos movimentos sociais, fortalecidos no processo de democratização. Para a autora, as reformas trazem uma nova noção de cidadania que tem duas origens: em primeiro lugar, deriva da experiência dos movimentos sociais urbanos de mulheres, negros, ecológicos, etc., em que está presente a luta por direitos – tanto de igualdade como de diferença; em segundo lugar, se agregou ênfase na construção da democracia e em seu aprofundamento em todo o mundo e, como consequência, organizou-se uma estratégia de construção democrática e transformação social que afirma um nexo constitutivo entre as dimensões de cultura e de política, enfatizando o caráter intrínseco e constitutivo da transformação cultural para a construção democrática. A construção da cidadania aponta, portanto, para a criação e difusão de uma cultura democrática. A ampliação da democracia, neste contexto, inclui práticas sociais e culturais que combatam o autoritarismo social. Dagnino (1994) ressalta que, mais do que um regime político democrático, se faz necessária uma sociedade democrática.

Outra questão importante é a afirmação da cidadania enquanto estratégia política, o que significa enfatizar seu caráter de construção histórica, definida por interesses concretos e práticas concretas de luta e pela contínua transformação. Significa dizer que não há uma essência única imanente ao conceito de cidadania, que seu conteúdo e significado não são universais, mas respondem à dinâmica dos conflitos reais, como vividos pela sociedade em um determinado momento histórico. Dagnino (1994) aponta que uma consequência disto é a necessidade de distinguir a nova cidadania dos anos 90 da visão neoliberal como resposta do Estado às reivindicações da sociedade.

A nova cidadania trabalha com uma redefinição da idéia de direitos com a concepção do direito a ter direitos. Isto não se limita a conquistas legais, a acesso a direitos definidos ou à implementação de direitos abstratos e formais, mas inclui a invenção de novos direitos que emergem de lutas concretas. A disputa é também pela fixação do conceito de direito e a afirmação de algo enquanto direito. Nesta concepção, estão incluídos tanto o direito à igualdade quanto o direito à diferença.

Além disso, a nova cidadania não se vincula a uma estratégia de classes dominantes e do Estado para a incorporação política progressiva dos setores excluídos, com vistas a uma maior integração social ou como condição jurídica e política indispensável para o capitalismo. A nova cidadania requer a constituição de sujeitos sociais ativos, definindo o que consideram ser seus direitos e lutando pelo reconhecimento deles. Há, portanto, um alargamento do âmbito da nova cidadania, cujo significado e importância não se esgotam em seu resultado como aquisição formal de direitos. Constitui-se enquanto uma proposta de sociabilidade, em um desenho mais igualitário das relações sociais em todos os níveis (DAGNINO, 1994).

A nova cidadania transcende o foco privilegiado da relação com o Estado ou entre o Estado e o indivíduo para incluir a relação com a sociedade civil. O processo de construção da cidadania como afirmação e reconhecimento de direitos é um processo de transformação das práticas sociais enraizadas na sociedade, um processo de aprendizado social de construção de novas formas de relação, incluindo cidadãos enquanto sujeitos sociais ativos, e para a sociedade um aprendizado de convivência com estes cidadãos emergentes (DAGNINO, 1994).

Assim, a nova cidadania transcende reivindicação de acesso, inclusão e pertencimento ao sistema político. O que está em jogo é o direito de participar da própria definição deste sistema, de definir o que as pessoas querem que seja incluído e a invenção de uma nova sociedade. Significa, ainda, o direito de participar na gestão das políticas públicas que tem se efetivado com os Conselhos, o Orçamento Participativo e os Fóruns. A autora afirma que estas experiências demonstram que há uma redefinição não apenas dos modos de tomada de decisões no interior do Estado, mas também dos modos como se dão as relações Estado-sociedade. Elas expressam também a existência de sujeitos-cidadãos e de uma cultura de direitos que inclui o direito de co-participação da gestão. “Este tipo de processo contribui para a criação de um espaço público onde os interesses comuns e os particulares, as especificidades e diferenças podem ser discutidos”. (DAGNINO, 1994:111).

Cidadania: direito à igualdade e à diferença

Nesta concepção da nova cidadania, Dagnino (1994) ressalta a idéia da cidadania da igualdade e da diferença, afirmando que esta nova concepção de cidadania pode constituir um quadro de referência complexo e aberto para dar conta da diversidade de questões emergentes nas sociedades latino-americanas, da igualdade à diferença. O direito à igualdade se torna, portanto, o direito à diferença.

Sobre a questão da diferença, Pierucci (1994) argumenta que celebração da diferença tem sido historicamente elemento fundamental do pensamento e da prática conservadora, e, assim, tem sido tratada como o alargamento das distâncias. O autor afirma, no entanto, que para a esquerda não deve haver escolha entre igualdade e diferença, ou seja, para a garantia da diferença não se deve abrir mão da igualdade. No campo da cidadania, a diferença emerge enquanto reivindicação na medida em que ela determina desigualdade. Isto significa o direito de que a diferença seja vivida sem que isso represente ou tenha como consequência o tratamento desigual. “Não fora a desigualdade construída enquanto discriminação à diferença, ela não existiria como reivindicação de direito” (1994: 114). Para o autor, o direito à diferença, portanto, amplia o direito à igualdade.

Lavalle (2003) também apresenta o tema, afirmando que o reconhecimento das diferenciações traz consigo a dificuldade em representar e processar as questões outrora elaboradas na linguagem do universal, como o descrédito das grandes ideologias, a ineficiência das categorias totalizadoras (SAVATER, 1989), a emergência e proliferação de identidades restritas (ZERMEÑO, 1987), o desencanto da política (TENZER, 1990), a multiplicação de formas associativas civis que reivindicam novos mecanismos de representatividade (DAGNINO, 2002) e a proliferação da política da diferença (In LAVALLE, 2003).

Para o autor, estes fatores somados, a outros que se fortalecem nas análises sociais no século XX, como o pluralismo, política da diferença, diferenciação social, evolução e incremento da complexidade social, especialização funcional, multiplicação dos sentidos socialmente relevantes, especialização funcional, descentramento da sociedade, entre outros, demonstram não ser mais possível responder aos problemas de ordenamento político e de integração social

como abordado nos pressupostos e categorias universalistas da concepção tradicional de cidadania. Neste contexto, para Lavalle (2003) surge um questionamento da concepção tradicional de cidadania, que via o princípio da universalidade como critério normativo do conceito de cidadania.

Lavalle (2003) afirma que as diferentes identidades da atualidade

“se firmam como portadoras de necessidades específicas e de reclamos diferenciados, cuja satisfação não é passível de equacionamento nos marcos de um status universal caracterizado por pressupostos normativos que alicerçaram simbolicamente o reconhecimento de direitos iguais para os membros da comunidade política em detrimento do direito à diferença. (...) está em jogo a imparcialidade e a representatividade dos processos institucionais de produção da cidadania e sua sensibilidade para contornar os riscos de sinonímia entre igualdade e homogeneidade” (LAVALLE, 2003: 8).

A nova concepção de cidadania tem, neste contexto, mostrado a flexibilidade em incorporar formas não tradicionais de representação de interesses e, ao mesmo tempo, tem ampliado sua substância mediante o reconhecimento de direitos específicos. “São exemplos dessa maleabilidade a expansão de políticas públicas afirmativas, a multiplicação de formas participativas no exercício da administração do Estado, o reconhecimento generalizado do voto no exterior e o reconhecimento de autonomias intranacionais” (LAVALLE, 2003:10).

Para Lavalle (2003:11), portanto, a conciliação entre igualdade e diferença não parece difícil de se controlar. “O desafio enorme reside em encontrar novos modelos que possibilitem não apenas preservar defensivamente a equidade, mas ampliá-la com efetividade universal sem abrir mão da diferença”.

Para Telles (1994), a vida social depende de uma cultura pública democrática que se abra ao reconhecimento da legitimidade dos conflitos e da diversidade dos valores e interesses demandados como direitos.

“Isto depende da constituição de espaços públicos nos quais as diferenças possam se expressar e se representar em uma negociação possível, espaços nos quais valores circulam, argumentos se articulam e opiniões se formam; e nos quais, sobretudo, a dimensão ética da vida social pode se constituir em uma moralidade pública através da convivência democrática com as diferenças e os conflitos que elas carregam”. (TELLES, 1994:92)

A autora ressalta ainda que, sem o reconhecimento e mediação das diferenças, podemos ter uma fragmentação das identidades enclausuradas em localismos comunitários que abrem

campo para a emergência dos fundamentalismos, já que, tradicionalmente, em nossa sociedade, a afirmação da diferença se dá a partir da construção de privilégios. Ao mesmo tempo em que devem ser construídos os espaços de mediação, deve ser reforçada a idéia de igualdade para que não se traduzam em privilégios e direitos apenas para alguns. É necessária, portanto, a construção democrática de uma ordem pública fundada na representação plural dos interesses e na garantia de direitos (TELLES, 1994:92).

Para que se consiga garantir esta nova concepção de cidadania, que coloca o direito à equidade e à diferença, torna-se necessário que as políticas públicas abordem e tenham implícito este elemento da garantia à diversidade ou, como afirma Milton Santos, “uma política que considere paralela e solidariamente a existência de todos e cada um” (SANTOS, 2000B:54).

Objetivo da pesquisa

Essa discussão acerca do novo significado de cidadania, da valorização da diferença, da multiplicidade de valores e de interesses e do respeito à diversidade de saberes traz à tona a questão de como as políticas públicas podem ser localmente enraizadas para garantirem o acesso a essas diversidades em seus processos.

A valorização da diversidade leva à necessidade de territorializar e espacializar as políticas públicas, de forma a que se possa observar e compreender as dinâmicas e relações que se dão no local e, portanto, que demonstram a diversidade existente no mesmo. Neste sentido, analisando cidadania, Lima (2003) relembra que o termo Política tem em si um componente de territorialização, na medida em que se constitui de outros dois termos: ética e polis, formando a “conduta referenciada na polis”. O autor apresenta, ainda, a idéia de cidadania levantada pelo geógrafo Paulo Cesar Gomes, para quem cidadania nasce como forma de arranjo espacial de relações sociais. “Ser cidadão é em certa medida uma escolha, uma localização na teia de relações sociais. Isso corresponde a dizer que a interpretação da vida social é tributária da compreensão da lógica territorial na qual ela está organizada” (GOMES, 1997, p. 45, In LIMA, 2003, p. 148).

O olhar para o local, a territorialização das políticas e a participação de diversos atores em seu processo de construção parecem ser elementos centrais para a garantia desses novos padrões no conceito de cidadania. A forma de condução deste processo de diálogo de saberes e territorialização das decisões, no entanto, é algo ainda pouco sistematizado na literatura acerca de políticas públicas locais.

Visto que esta incorporação se torna essencial para a garantia da nova cidadania, este trabalho, de forma genérica, busca analisar como tem se dado este diálogo efetivo e a valorização do local nas políticas públicas, em específico, como esses processos se realizam na prática, como tem se dado o diálogo entre os saberes e como eles têm sido incorporados nas políticas públicas.

Além disso, torna-se necessário analisar como os novos espaços têm possibilitado incorporar as diversidades nas políticas públicas, ou seja, como tem se conduzido o diálogo e o respeito entre saberes e o quanto isto é apropriado na construção de políticas públicas locais? Assim, o objetivo geral deste trabalho é identificar os fatores-chaves na efetiva construção e implementação de políticas públicas em situações de múltiplos saberes, permitindo diálogo entre eles sem qualquer imposição unilateral.

Políticas Públicas: garantindo equidade e diversidade

Diversos autores têm tratado a questão da diversidade e da territorialização das políticas públicas², argumentando que o desenvolvimento local só se efetiva se baseado em padrões característicos de cada local e que essa localização é a única maneira de garantir a cidadania. Ribeiro (1991), por exemplo, afirma que as categorias culturais locais não devem ser tomadas como impedimento ao crescimento econômico, mas como parte central de sua sustentabilidade. E, tratando disso, com seu conceito de sociedades sustentáveis, Diegues (1992) afirma que a própria definição do conceito de desenvolvimento deve ser feita com base nos valores culturais locais e que são essas particularidades que, levadas em conta em processos de desenvolvimento, possibilitam o advento de sociedades sustentáveis. “O conceito

² Para aprofundar o estudo pode-se consultar a produção referente ao tema do Etnodesenvolvimento desenvolvido por Ribeiro (1991), Diegues (1992) e Stavenhagen (1984), entre outros.

de sociedades sustentáveis (...) possibilita a cada uma delas (as sociedades) definir seus padrões de produção e consumo, bem como o de bem-estar a partir de sua cultura, de seu desenvolvimento histórico e seu ambiente natural” (DIEGUES, 1992: 25).

Para Koga (2003), atualmente as políticas públicas tendem a uma normalidade e descrição de um tipo que não é fato real. As características locais são homogeneizadas e não ganham diferenciação na efetivação das políticas públicas. No entanto, a vida da população se dá em condições concretas, espacializadas, peculiares, nas quais o território e suas condições são essenciais. A autora ainda cita Amartya Sen, para quem “O Lugar faz a diferença” (SEN, 2000, In KOGA, 2003: 20).

Assim, a autora afirma que pensar na política pública a partir do território exige também um exercício de revisita à história, ao cotidiano, ao universo cultural da população que ali vive. A questão de se voltar para a cultura local não significa, no entanto, que somente a solidariedade comunitária possa enfrentar as situações de exclusão social, mas significa sim o reconhecimento, por parte do Estado, das particularidades enraizadas na sociedade que precisam ser consideradas no processo de desenvolvimento.

“Trazer esta vertente territorial traz novos elementos para o debate da ética e da cidadania nas políticas públicas e no enfrentamento da exclusão social. Implica considerar a dimensão cultural das populações, suas particularidades locais, os lugares onde vivem, os seus anseios e não somente suas necessidades. Nesse sentido, assumir a dimensão cultural das políticas públicas significa, por sua vez, considerar o território onde as pessoas vivem e se relacionam” (KOGA, 2003:28).

Para Autés (1991), as políticas territoriais são capazes de elaborar fórmulas inéditas de gestão do vínculo social. O lugar, então, realmente faz a diferença, sendo o agente motor da engrenagem das políticas. A partir da relação entre políticas e território, são introduzidas novas formas de gestão. “A lógica parte de um conhecimento comum sobre o lugar, contando com a participação dos sujeitos locais. Programas e projetos preestabelecidos ou elaborados em nível central ou de público-alvo (categorial) podem ser pouco úteis na montagem estratégica das políticas territoriais” (AUTES, 1991, In KOGA, 2003:230). O autor ainda afirma ser necessária a construção do espaço público que abrigue a pluralidade de interesses. Esse espaço promove canais de expressão e de negociação entre diversos interesses. Para ele, “essa nova dimensão pública é fundamental para evitar as segmentações, segregações e o reducionismo do próprio papel do Estado na formulação de políticas públicas” (AUTES, 1991, In KOGA, 2003:232). Apesar de ser inevitável a necessidade de se olhar para o local no

desenvolvimento de políticas públicas, não há ainda consenso sobre como esse processo pode ou deve ser feito.

A partir dos resultados do ciclo de 1999 do Programa Gestão Pública e Cidadania, Farah e Barboza (1999) selecionaram e analisaram práticas inovadoras que têm surgido na administração municipal. Para eles, uma das características aparentes é o reconhecimento nas políticas públicas da diversidade dos beneficiários, rompendo ainda mais o modelo padronizado e centralizado. Esse processo se dá, entre outras coisas, com a participação da sociedade civil nas políticas públicas, que passam a ter voz nas definições e a influenciar as decisões. Para eles, ainda, as políticas têm tido um enraizamento na sociedade civil e no próprio Estado, fator que contribui para a continuidade das iniciativas.

Para Koga (2003:54), a compreensão das tramas que se tecem no cotidiano pode revelar um mundo desconhecido pelos diagnósticos normais de apreensão da realidade, nuances que os dados objetivos não costumam prever em seus questionários. Para ela, “é preciso debater intensamente as políticas públicas, buscando trazê-las o mais próximo possível do mundo onde vivem as pessoas. (...) o desenho das políticas se vê sob a pressão das demandas populacionais e, ao mesmo tempo, da necessidade crescente entre as políticas setoriais”. Dessa forma, o debate deve envolver cada vez mais o governo e os cidadãos que usufruem ou sofrem a falta de recursos públicos locais, que conhecem e vivem o cotidiano das cidades. (2003:222)

Gerard Martin (1998, In KOGA, 2003) defende que considerar o lugar e as pessoas que nele vivem como portadores de opinião, críticas, conhecimentos e saberes da realidade, implica em uma refundação do território, em que a participação das pessoas estabelece uma conjugação no território necessária para a prática da cidadania e da civilidade (MARTIN, 1998 In KOGA, 2003:247). Spink (2001B) caminha no mesmo sentido, afirmando que “ao intervir num lugar, o projeto também vira constitutivo desse mesmo lugar” (2001B:12). Para ele, também, “o mundo social é caracterizado pela presença simultânea de saberes múltiplos que emergem e são transmitidos de diversos cotidianos” (2001B:12). Mas, para isso é preciso insistir em um conhecimento sistemático da realidade, que introduza a perspectiva da análise territorial na construção das políticas públicas. “O território representa uma forma de fazer valer as diferenças sociais e culturais que também deveriam ser consideradas no desenho das políticas públicas” (KOGA, 2003:53).

Conforme afirmam Rao e Walton (2002:7): “levar em conta a cultura para a ação pública não é fácil - o processo necessita que se dê bastante atenção ao contexto para formular intervenções globais e locais”. A dificuldade, no entanto, está justamente em conduzir o processo, em como levar em conta as características culturais locais para o desenvolvimento das políticas públicas. Buscando uma solução, os autores constataam que esse processo deve ser realizado com participação, experiência e aprendizado com o local. Deve também ser

“monitorado e avaliado de perto, não somente em termos de resultados, mas de processos para entender como eles podem ser colocados de forma a lidar com a diversidade inerente ao contexto cultural local. O desenho de políticas deve levar em conta as condições do local, incluindo a interação entre cultura, poder e estruturas econômicas”. (RAO e WALTON, 2002: 7)

Buscando traçar alguns instrumentos para a formulação de uma política pública assim, podemos usar como base os estudos de Stavenhagen (1984). Na busca de um desenvolvimento alternativo, Stavenhagen (1984) propõe algumas características básicas e essenciais para as comunidades: Estratégia voltada para necessidades básicas; Respeito às tradições culturais; Respeito ao meio ambiente; Desenvolvimento endógeno; Objetivo é a qualidade de vida; Promover a participação; e Uso de recursos locais. Este modelo de Stavenhagen pode ser visto considerando cada um dos item um indicador a ser seguido por uma política pública.

Nessa discussão sobre territorialização e enraizamento das políticas públicas, há dois conceitos centrais de análise: a questão do local, suas dinâmicas, seus cotidianos, seus espaços, seus lugares; e a questão da cultura e dos saberes locais. Um conceito permeia e constrói o outro. No entanto, analisaremos separadamente a partir de alguns autores centrais para essa discussão.

2. Dinâmicas e Saberes Locais

“...o espaço é a acumulação desigual de tempos”

Milton Santos

Buscando uma definição mais clara do *lugar* e do *local*, Spink (2001B) diferencia os dois termos, mostrando que ambos possuem a mesma raiz latina (*lócus*), mas, a partir do dicionário, *lugar* remete a um espaço ocupado, de uso para determinado fim, enquanto *local* tem uma conotação mais ampla. O autor aponta ainda, citando Lynch, que “lugar é o local onde moramos”. Em um *local* há, portanto, diversos *lugares* e, em um *lugar*, podem incidir o campo internacional, nacional, regional e local ao mesmo tempo (LYNCH, 1960 In SPINK, 2001B).

O lugar está em constantes construções e é aquilo que temos, sem nada além. Tem horizontes e limites produzidos e disputados por nós mesmos. Neste sentido, Koga (2003) afirma que os processos de exclusão têm claras referências espaciais e temporais, de forma que não podem ser desvinculados da realidade onde se inserem. Enraizamento, territorialidade, encontro, confronto, disputa, proximidade, cultura e relações são alguns termos que surgem nesta definição de local e lugar.

Para abordar a questão do lugar, Spink (2001B) lembra que é preciso ter um outro olhar:

“um olhar que encare a complexidade do lugar e se disponha a pensar o que é cotidiano, o que são limites, conexões, e horizontes, partes e todos, formas de conhecimento local e senso comum, refletir sobre ação, forma, produção de sentido e disputa por hegemonias (...) é no lugar que se concretiza a sociedade civil (SPINK, 2001B:11)”.

A temática da territorialização da política e das lutas sociais está presente em diversos autores. Ribeiro, por exemplo, afirma que “o território, como fato e condição, manifesta e condiciona o exercício do poder” (2003:29).

Para Spink (2001B:5),

“se aceitarmos a proposta de Wittgenstein (1953) de que as pessoas se reconhecem a partir da elaboração da linguagem, e se assumimos que atos de fala, discurso e retórica são interações e, conseqüentemente, um ponto privilegiado para compreender a ação de ‘estar-no-mundo’ a partir do qual o ser deriva (MEAD, 1956; BLUMER, 1969), e se aceitarmos também que coletivamente as pessoas se reconhecem na reflexividade, no relato e na produção de saberes, não poderemos ignorar a construção que está sendo feita pelos participantes dos encontros. Trata-se de elaborar a noção de uma coletividade possível, num espaço e tempo enraizado fisicamente como um ‘lugar’ onde se concretizam as lutas para a inclusão a partir do mundo vivido (HABERMAS, 1984) ou, nas palavras do Selznick (1992), a partir do ‘*moral commonwealth*’”.

Milton Santos e Henri Lefebvre: Contribuições para a idéia de lugar

As concepções e análises do lugar, do local e do espaço foram amplamente desenvolvidas por Milton Santos (2004, 2000A, 2000B, 1999, 1994, 1988) e Henri Lefebvre (1991), para os quais será dado maior destaque agora.

Sem o objetivo de contemplar todas as contribuições de Lefebvre (1991) acerca do espaço, um breve resumo de suas idéias ajuda a ilustrar o pensamento do primeiro geógrafo a pensar o espaço como categoria de análise e formular a idéia de espaço social. A partir de uma visão marxista, o autor aponta, em *A Produção do Espaço*, que o modo de produção organiza o espaço, que deve ser entendido como expressão das relações sociais e, ao mesmo tempo, incidir sobre elas. Para ele, a produção e a sobrevivência do sistema capitalista estariam baseadas na criação de um espaço social abrangente, instrumental e mistificado, compreendendo que este espaço seria dialetizado. Lefebvre, desta forma, coloca o espaço social e as relações sociais de produção em um mesmo status, conferindo ao espaço um papel condicionador e regulador. O espaço socialmente produzido, pertencente ao conjunto das forças produtivas, assumiria, então, um papel interativo com as relações sociais de produção, controlando as contradições estruturais do capitalismo em benefício das classes dominantes.

O autor considera, ainda, que a transformação do capitalismo estaria relacionada a uma luta espacial e social, em dialética horizontal e vertical. Martin (2003), analisando a obra de Lefebvre, aponta que “a luta das classes intervém na produção do espaço, cujas classes, frações e grupos de classes são os agentes” (MARTIN, 2003:17). Martin também apresenta a conclusão de Lefebvre de que tudo o que atualmente provém do tempo histórico é submetido à prova do espaço – tanto as culturas como as consciências dos povos, dos grupos e dos indivíduos – que não escapam à perda de identidade. Para ele, referências e referenciais vindos do passado se dissolvem e desagregam. Assim, um grupo, uma classe ou uma fração de classe só se constitui e se reconhece como sujeito na medida em que produz espaço. “O investimento espacial, a produção do espaço, isso não é um incidente de percurso, mas uma questão de vida e de morte” (LEFEBVRE, 1991:428).

Nesta perspectiva analítica, Lefebvre tira o espaço da ótica de cenário e o coloca como ativo, como instrumento, como meio e como fim. Ele se torna, então, o trunfo principal das lutas e das ações apontando um objetivo (MARTIN, 2003). Tanto para Lefebvre como para Milton Santos, o conhecimento do espaço parte da relação dialética estabelecida entre sociedade e espaço, entendendo o espaço como um meio de produção da realidade social.

Spink (2001B) enfatiza em Lefebvre a idéia de que não há um espaço a priori vazio, preexistente e pronto para ser ocupado. O espaço, ao contrário, é fruto de uma construção social. Esta idéia também está presente em Milton Santos (2004), para quem o lugar está em constante mudança a partir de sua localização. Para ele, o movimento dialético a que o espaço preside é um movimento dialético do todo social apreendido na e por meio da realidade geográfica. Cada localização é, portanto, um momento do imenso movimento do mundo apreendido em um ponto geográfico. A localização é um feixe de forças sociais se exercendo em um lugar.

Para Milton Santos a noção de espaço é indivisível dos seres humanos que nele habitam e que, por meio de suas técnicas, o transformam. “Nada fazemos que não seja a partir dos objetos que nos cercam. O espaço inclui essa conexão materialista de um homem com o outro” (2004:57). Milton Santos apresenta, assim, duas possibilidades de definir o espaço. A primeira delas interpreta o espaço como um conjunto de fixos e fluxos. Os elementos fixos permitem ações que modificam o próprio lugar. Os fluxos novos ou renovados recriam as condições ambientais e as sociais, redefinindo o lugar, e são resultado direto ou indireto das ações. Assim, nesta dinâmica entre os fluxos e os fixos é que estes atravessam ou se instalam naqueles, modificando seu valor.

A segunda interpretação de espaço analisa as configurações territoriais e as relações sociais. As configurações territoriais são dadas pelo conjunto de sistemas naturais em um país e os sistemas impostos pelos homens. Neste contexto, o espaço reúne a materialidade e a vida que a anima, o que Milton Santos irá, mais adiante, chamar de tecnosfera e psicofera. Assim, todo espaço contém uma existência material própria e uma existência social que é dada pelas relações sociais.

Milton Santos introduz, então, os conceitos de sistemas de objetos e sistemas de ação. Para ele, o espaço é formado por um conjunto indissociável e solidário de sistemas de objetos e sistemas de ações. Os primeiros não têm realidade filosófica e não nos permitem o

conhecimento se os analisarmos separadamente dos sistemas de ações. Os sistemas de ação, por sua vez, levam à criação de objetos novos ou se realizam sobre projetos já existentes. É assim que o espaço encontra sua dinâmica e se transforma.

O autor afirma que a produção e a criação de objetos respondem a condições sociais e técnicas presentes em um dado momento histórico. É desta forma que, para os geógrafos, os objetos não podem existir sozinhos, na medida em que fazem parte de todo um sistema de objetos para funcionarem. Eles se constituem de tudo o que existe na terra, toda herança e todo resultado da ação humana, e só fazem sentido se vistos em uma continuidade na geografia, dentro de sistemas e com determinadas funções e utilidades. Os objetos em forma de sistema, portanto, têm sentido se vistos em um sistema maior em que podem ser utilizados, em que haja ação para lhes dar sentido e intencionalidade.

Continuando no desenvolvimento do conceito de espaço, Milton Santos introduz a idéia de ato como um comportamento orientado que se dá em ações e é normativamente regulado, envolvendo uma motivação. A ação é modificar o meio em que o ser está inserido, de forma que envolve um gasto de energia. As ações são limitadas às possibilidades que os homens têm e se submetem a sistemas de normas e regras³. Para ele, o espaço é produzido por um conjunto particular de processos materiais e processos de significação, objetos, ações e as relações entre ambos.

Esta visão sistêmica do espaço pressupõe que existam nele constantes relações entre homens, entre homens e objetos e entre homens e o meio, de forma que um lugar se defina como um ponto no espaço e no tempo onde se reúnem feixes de relações. Quanto a isso, Krampen (1979), citado por Santos (2004), diz que o espaço pode ser visto como um “palco onde os humanos entram em relação com outros homens e com objetos” (1979 p. 25). O espaço, portanto, resulta da intersecção da natureza com a sociedade e com os fatores contidos em um espaço, que em conjunto compõem um sistema.

A partir dessa análise de sistema, o autor retoma idéias de Lefebvre e passa para uma definição do que contém todo o espaço, da totalidade de que ele é formado. Quanto a isso, propõe que todas as coisas presentes no universo formam uma unidade. Cada coisa é uma parte do todo, sendo que esse todo é maior que a soma das partes⁴. Para Milton Santos (2004),

³ O autor afirma que existem três tipos de ação: ação técnica, ação formal e ação simbólica. Para ver mais consultar SANTOS, 2004.

⁴ Esta análise é desenvolvida pela teoria sistêmica.

o todo só pode ser conhecido através do conhecimento das partes e as partes só podem ser conhecidas através do conhecimento do todo. A totalidade é, portanto, o conjunto de todas as coisas e de todos os homens em sua realidade, em suas relações e em seus movimentos, como afirma Wittgenstein (1961, In SANTOS, 2004), e essa totalidade vai se transformando e se alterando aos poucos. Para Sartre (1960, In SANTOS, 2004), a totalidade está sempre em movimento e sempre incompleta, porque busca se totalizar, ou seja, envolver todo o espaço e suas modificações.

Continuando nessa análise sistêmica, e partindo da premissa de que o todo é constituído por mais que a soma das partes, Milton Santos (2004) chega à conclusão de que estamos em um mundo sem fronteiras ou limites, na medida em que o todo é feito pelas diversas manifestações do espaço. Assim, no espaço existem diversas relações que não se delimitam e, se somadas, constituem a totalidade. Além disso, entre essas diversas partes há relações constantes, fluxos que passam modificando as partes e transformando o todo.

O conceito de território deriva, para Milton Santos (2004), desta definição sistêmica do espaço. Para ele, o território se constitui não de um conceito, mas de seu uso. A noção de território se constrói pelas diversas relações que se configuram nele, tanto relações entre as pessoas como entre o território e os sujeitos. O território, entendido como o espaço efetivamente usado, como afirma Souza (2003) analisando Milton Santos, se faz nas dinâmicas do cotidiano vivido nele.

Esta noção de território desfaz a idéia estática do espaço e inclui nele os componentes variantes no tempo, outro elemento que define a construção do território por trazer a ele a noção de processos históricos. Os territórios se fazem pelos significados e ressignificações construídos pelos sujeitos em torno das experiências vividas no território. Assim, ele engloba não apenas os aspectos objetivos, mas também a subjetividade da realidade vivida (sofrimentos, expectativas, desejos).

Ao abordar o conteúdo do território, Milton Santos (2004) apresenta as noções de tecnosfera e psicofera. A tecnosfera se adapta aos mandamentos da produção e do intercâmbio. Assim, ela responde a interesses distantes que, quando se instalam no território, substituem o meio natural precedente e pode ser vista como o mundo dos objetos. Já a psicofera, entendida como a esfera da ação, se constitui no reino das idéias, crenças, valores e paixões ligadas ao

imaginário. Ela é local, mas existe como produto de uma sociedade mais ampla e mais complexa.

A partir destas duas esferas, cada espaço se define por uma existência corpórea – de objetos – e por uma existência relacional. O aspecto relacional traz à tona a perspectiva de mudança, movimento e ação no território. É esta perspectiva dinâmica que traz a vida ao território, remetendo à idéia dos sistemas de ação. “O território revela o drama da nação (...) ele revela as contradições muito mais fortemente. (...) Cada momento da ação social inclui a Terra e os homens sobre os quais tal ação se realiza. E essa ação seria outra se outros fossem o território e seu uso”. (SANTOS, 2004:26). Para Milton Santos, cada lugar acolhe seu prático inerte local, a partir de suas esferas em constante transformação. É desta maneira que o autor afirma que a velocidade de transformação da técnica e sua imposição ao homem pode ser contida e revertida a outra temporalidade que assume as características indispensáveis à conquista cotidiana da sobrevivência.

Milton Santos (2004) apresenta ainda a idéia de verticalidades e horizontalidades que incidem sobre o território. As horizontalidades são os pontos agregados localmente, resultados de forças centrípetas de processos econômicos e sociais que podem ser fatores de homogeneização e de aglomeração. As verticalidades são os pontos que asseguram um funcionamento global da sociedade. Elas se constituem de forças centrífugas que são fatores de desagregação, globalizantes, massificadores e individualizantes que retiram da região elementos do seu próprio comando a ser buscado fora e longe dali.

Para o autor, a tendência atual é de uma união vertical dos lugares, com desordem dos subespaços e imposição de uma ordem vertical. “Há um uso privilegiado do território em função das forças hegemônicas. Estas, por meio de suas ordens, comandam verticalmente o território e a vida social” (SANTOS, 2004:23)

No entanto, as horizontalidades conseguem se fortalecer, reconstruindo-se a partir de ações localmente criadas, de uma base de vida que amplie a coesão da sociedade civil a serviço do interesse coletivo. “Os lugares podem se unir horizontalmente reconstruindo aquela base de vida comum, suscetível de criar normas locais, normas regionais” (SANTOS, 2004:206). O território é, portanto, a sede da resistência da sociedade civil, por ser o fomentador de encontros e de relações. “A cidade (...) constitui-se em um lugar onde é possível uma mistura de interpretações mais ou menos correta do mundo, do país e do próprio lugar. A vizinhança

obriga as pessoas a se compararem e a se perguntarem sobre suas diferenças, seja ela próxima ou distante” (SANTOS, 2004:60).

Na discussão acerca das horizontalidades e verticalidades, Santos introduz as noções de conflito, negociação e diferença presentes no território, onde aparecem as contradições e delas se chega a soluções. Para Santos, o território constitui o traço de união entre o passado e o futuro imediatos. “Ele tem que ser visto – e a expressão é de Francis Perroux – como um campo de forças, como o lugar do exercício, de dialéticas e contradições entre o vertical e o horizontal, entre o Estado e o mercado, entre o uso econômico e o uso social dos recursos” (SANTOS, 1999:19).

Na análise da obra de Milton Santos, Ferrara (2003) argumenta que a cidade se faz entre a estabilidade de fixos e a dinâmica de fluxos. O lugar corresponde ao eixo dos fluxos e, portanto, supõe uma instabilidade que “prevê imprevistos” e escreve o cotidiano instável dos lugares. Os lugares da cidade produzem sem o uso de planos e servem como teatro de sentidos de existência. Assim, o lugar é onde a informação se concretiza e, disto, decorrem as escolhas para produzir a substância cotidiana. A força do lugar, portanto, se cria, se recria e se renova a cada movimento social, a cada opção cotidiana de sobrevivência, e a cada informação decorrente das escolhas que fazem do lugar a pragmática da cidade, onde se desenvolvem os comportamentos e as mudanças de valor. A cidade é, portanto, um organismo tatuado de vivências e experiências, de modo que, a cada lugar, confrontam-se as diversidades, diferenças e identidades (FERRARA, 2003).

Balbim (2003) aprofunda a noção de cotidiano, presente na definição de espaço de Henri Lefebvre e de Milton Santos. Para Lefebvre, a cotidianidade tem uma relação estreita e mal conhecida com os modos de organização e a existência da sociedade que impõe um conceito de trabalho, lazer, vida privada, transportes, vida pública, etc. Para ele, a cotidianidade formaria um conjunto normatizado de práticas sociais, agindo como campo de reprodução de contratos sociais que assegurariam o desenrolar das ações de maneira repetitiva. Para Balbim, esta categoria de cotidiano constitui um universo material e simbólico do qual participam todos os indivíduos e formas de organização, partindo sempre de seu lugar de referência. Ao mesmo tempo, o cotidiano é resultado do conjunto de práticas concretas e virtuais que se dão em um lugar, comportando certo ritmo de sucessões das ações com múltiplas temporalidades (BALBIM, 2003:157).

Na análise de cotidiano, para Milton Santos, estão presentes as idéias de mobilidade e de residência. A mobilidade diz respeito à acessibilidade e possibilidade de criação de redes de relações – que determina as possibilidades individuais de reprodução da existência. Ela se marca pelos fluxos, enquanto a residência se marca pelos fixos e permite a concretização e estruturação dos cotidianos nos lugares, garantindo o estabelecimento da continuidade da vida no tempo e no espaço.

O cotidiano se limita por espaços contínuos onde se estrutura o espaço da vida, espaços estes formados pelas horizontalidades e pelas verticalidades. O cotidiano é, portanto, “o espaço de conflito, negociação, de inter-relações. Nada no cotidiano é em essência perene, tudo é resultado de acordos que se dão a cada momento, levando sempre em conta o destino coletivo que o lugar reproduz a partir da cooperação no conflito e desse conflito na cooperação” (BALBIM, 2003:160). Neste sentido, Santos afirma que o cotidiano é o produtor do fenômeno político, na medida em que mostra como as diferenças se estabelecem. “O lugar de permanência e a vida de relações formam um conjunto relativamente estável de práticas espaciais e usos do território, garantindo a existência de identidades e referências importantes na configuração de estratégias e posicionamentos políticos e sociais” (BALBIM, 2003:161).

E ainda, para Milton Santos,

“No lugar – um cotidiano compartilhado entre as mais diversas pessoas, firmas e instituições - cooperação e conflito são a base da vida em comum. Porque cada qual exerce uma ação própria, a vida social se individualiza; e porque a contigüidade é criadora de comunhão, a política se territorializa, com o confronto entre organização e espontaneidade. O lugar é o quadro de uma referência pragmática ao mundo (...), mas é também o teatro insubstituível das paixões humanas, responsáveis (...) pelas mais diversas manifestações da espontaneidade e da criatividade” (SANTOS, 2004:258).

As categorias de cotidiano, verticalidades e horizontalidades, psicofera e tecnofera trazem em si a idéia de diversidade presente entre e nos territórios. Como afirma Gomes (2003), com base na leitura de Santos e Souza, cada lugar é, à sua maneira, o mundo. Ou como afirma Maria Adélia de Souza (2003:17), a partir da análise de Milton Santos, “todos os lugares são virtualmente mundiais”. Mas também, cada lugar, irrecusavelmente imerso numa comunhão com o mundo, torna-se exponencialmente diferente dos demais.

Saberes Locais

A análise do espaço como campo das relações entre os próprios homens e entre os homens e o meio também tem sido realizada pela antropologia, na qual estas idéias remetem à noção de cultura local. Conceitualizar a cultura de um local e definir o que ela é, do que se constitui e como se forma tem sido uma árdua tarefa para as ciências humanas que buscam, através de conceitos antropológicos, históricos e sociais, definições mais precisas. Buscando fugir da amplidão que tange atualmente o conceito de cultura, alguns cientistas sociais têm chamado esse conceito de identidade cultural local, ou ainda de saberes locais (GEERTZ, 1989).

Para Milton Santos,

“assim como cidadania e cultura formam um par integrado de significações, assim também cultura e territorialidade são, de certo modo, sinônimos. A cultura, forma de comunicação do indivíduo e do grupo com o universo, é uma herança, mas também um reaprendizado das relações profundas entre o homem e o seu meio, um resultado obtido através do próprio processo de viver. Incluindo o processo produtivo e as práticas sociais, a cultura é o que nos dá a consciência de pertencer a um grupo. O território em que vivemos é mais que um simples conjunto de objetos, mediante os quais trabalhamos, moramos, mas também um dado simbólico, sem o qual não se pode falar de territorialidade. Esta não provém do simples fato de viver num lugar, mas da comunhão que com ele mantemos”. (SANTOS, 1988:83).

Durante parte do século XX, os antropólogos da chamada corrente evolucionista buscaram explicar a cultura como um aquisição evolucionista dos homens em sociedade. De acordo com Tylor (1986), a cultura, ou identidade cultural, por exemplo, é o todo complexo que inclui conhecimentos, artes, moral, leis, costumes e outras capacidades ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade. Segundo Kroeber (1986) e Boas (1986), sua origem está na evolução histórica de um grupo, ou de uma sociedade, que passa por diversos processos de adaptação a fatores externos e internos, buscando as respostas adequadas para enfrentar a realidade que encontra. Dessa forma, os autores afirmam que a cultura é formada por um processo de desenvolvimento histórico e evolucionista pelo qual um grupo passa, buscando se adaptar às condições diversas.

Posteriormente, e buscando avançar sobre a corrente evolucionista, os funcionalistas passaram a analisar a cultura a partir de suas funções. Assim, Malinowski (1945) afirmava que cada cultura desenvolve, no curso de sua evolução histórica, sistemas de conhecimento, valores –

econômicos e sociais –, crenças e convicções baseadas no sobrenatural. Esses valores determinariam as preferências que cada cultura tem, como a estruturação social, as formas de relações, as relações entre gêneros, etc. O ser humano, inserido em um grupo, se tornaria o resultado de seu meio cultural, o herdeiro de um processo cumulativo que reflete o conhecimento e a experiência adquiridos pelas gerações anteriores.

A corrente seguinte foi a dos estruturalistas, principalmente marcada por Levis-Strauss, que buscava analisar as culturas a partir de estruturas universais do pensamento humano. Dessa forma, a partir de análises amplas, os estruturalistas buscavam encontrar padrões que comprovassem que a capacidade de pensar dos homens é universal. Não se preocupavam, portanto, com análises locais, de grupos separados.

Clifford Geertz, baseando-se nas idéias de estrutura de Levis-Strauss, mas avançando para uma análise microscópica, introduziu a chamada antropologia interpretativa, que defende um conceito de cultura semiótico e sistêmico. Como afirma o autor, “acreditando, como Max Weber, que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo estas teias e sua análise, portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado” (GEERTZ, 1989:15). O autor reforça ainda que a cultura não é um poder, algo ao qual podem ser atribuídos os processos sociais, os comportamentos e as instituições. A cultura é sim um contexto onde os processos podem ser descritos com densidade. Este contexto, por sua vez, é continuamente retomado, revisto e retrabalhado.

Na mesma direção, Geertz afirma que a cultura é “o que quer que seja que alguém tem que saber ou acreditar para agir de uma forma aceita pelos seus membros” ou ainda o conjunto de regras, receitas, planos e instruções para governar a ação do homem (GEERTZ, 1989). É dessa forma que Geertz constata que o ser humano poderia viver milhares de vidas, dependendo da cultura na qual estivesse inserido, mas vive apenas uma. Esse conceito de cultura molda as respostas que o grupo dará ao mundo, como se comportará, como se relacionará com ele e como o verá, ou seja, a cultura é uma lente através da qual o homem vê o mundo (BENEDICT, 1972).

Em *Interpretação das Culturas* (1989), Geertz introduz a idéia de conhecimento ou saber local, que iria aprofundar posteriormente em *O Saber Local* (2003). O autor, primeiramente, critica a perspectiva iluminista de homem que o via como uma peça única e integrada à natureza e que,

portanto, partilhava da uniformidade geral de composição que a ciência natural havia descoberto com Bacon. Esta perspectiva, no entanto, não explicava a variedade e as diferenças entre os homens, suas crenças, valores e costumes, na medida em que não admitia que os seres humanos pudessem variar de acordo com o local, época e condições. Esta perspectiva, portanto, observava a cultura buscando encontrar os padrões universais culturais e uniformidades para que a cultura pudesse desenhar o homem determinando as condições culturais.

Criticando esta visão universalizante da cultura – muito difundida entre antropólogos do começo do século -, Geertz (1989, 2003) defende a idéia de que as generalizações que podem ser feitas acerca dos seres humanos não podem ser descobertas em pesquisas dos povos em busca de consenso. A análise correta, para o autor, consiste em combinar suportes universais com necessidades subjacentes postuladas, tentando mostrar que existe alguma combinação entre as duas. É assim que Geertz conclui que o trabalho do antropólogo de compreender a cultura de um povo é expor sua normalidade sem reduzir sua particularidade. Neste sentido, Geertz dá o primeiro passo para a construção da idéia de conhecimento ou saber local, aprofundada em *Local Knowledge (O Saber Local, 2003)*.

Neste livro, o autor analisa algumas temáticas do cotidiano ocidental demonstrando como a lógica de cada uma delas varia em cada lugar, dependendo da forma como as pessoas lidam com o mundo que as envolve. Neste sentido, o autor passa para um aprofundamento nos estudos sobre o senso comum, a arte, o simbolismo do poder e o direito provando que, em cada cultura, há uma forma de apropriação local do conhecimento.

Em relação ao senso comum, Spink (2001) analisa que, para Geertz (2003), um dos elementos-chave é de se negar o senso comum como um corpo de saber constituído e organizado afirmando que suas bases emergem da experiência e da prática e não da reflexão sobre ela. O senso comum pode ser reconhecido, buscado, questionado, desenvolvido e até ensinado, mas, acima de tudo, ele é enraizado de forma que os assuntos se tornam de propriedade geral, acessíveis a todos aqueles que têm uma consciência prática e a cabeça do lugar.

Quanto à arte, Geertz (2003) afirma que o processo de atribuir um significado cultural a um objeto de arte é sempre local. Os discursos sobre a arte não são sobre ela em si, mas sim sobre os mitos, crenças, etc., que fazem parte de atitudes sociais. Desta forma, a arte é consequência

de uma sensibilidade específica em cuja formação participa toda a vida e que os próprios significados são as marcas do homem inserido em seu contexto.

Em relação ao carisma, ou simbolismo de poder, o autor coloca que as simbologias que delimitam os centros de poder não estão no plano puramente psicológico ou sociológico, mas que fazem parte de processos históricos que envolvem os indivíduos e criam as concepções de dominação e poder destes. A própria política, portanto, passa a ser imbuída de simbolismo que lhe dá sentido e define sua natureza.

Esta mesma análise é feita em relação ao direito. Geertz (2003) parte do pressuposto de que o direito é uma maneira de imaginar o mundo em meio a outras, como a própria arte e o senso comum. No entanto, no caso do direito, a maneira de imaginar o mundo busca pautar as ações imaginando como elas devem ser e como elas são, desenvolvendo, portanto, um sentido de justiça sempre específico ao local em que se insere.

O autor questiona também o modo como os se tem feito etnografia, e que será aprofundado adiante, afirmando que há, muitas vezes, um caráter de homogeneização no olhar. Para poder observar e entender as escolhas e cotidianos das diferentes culturas, Geertz (2003) afirma que devemos não olhar por cima dos diferentes povos, mas sim através deles, buscando não observar o outro com olhar de diferença, mas sim tentar compreendê-los, penetrar em seus emaranhados de pensamentos e sentimentos e colocar uma moldura social. É seguindo este caminho que o autor afirma que o conhecimento precisa ser contextualizado e que compreender o outro é compreender o contexto no qual fazem sentido seus modos de ser e estar no mundo. Geertz (2003) conclui, então, que o conhecimento, ou saber, deve se construir a partir a compreensão de significados localizados, próprios de cada contexto cultural em que são construídos.

3. Objetivo Revisado e Metodologia

“Nunca mais uma única história será contada como se fosse a única”

John Berger

Objetivo Revisado

A partir das análises anteriores sobre o novo significado de cidadania, a valorização da diferença, a multiplicidade de valores e de interesses, o respeito à diversidade de saberes e as dinâmicas territoriais, passou-se a questionar como as políticas públicas podem ser localmente enraizadas para garantirem a incorporação das diversidades em seus processos.

Visto que esta incorporação se torna essencial para a garantia da nova cidadania, este trabalho, como já foi apresentado, de forma genérica, busca identificar os fatores-chave na efetiva construção e implementação de políticas públicas em situações de múltiplos saberes, permitindo diálogo entre eles sem qualquer imposição unilateral.

Como objetivo específico, no entanto, pretendeu-se analisar alguma política pública que conseguisse, justamente, garantir equidade e diversidade, ampliando a cidadania e os processos de diálogos entre saberes. Há diversas políticas públicas que, de maneira explícita, se constroem em situações de múltiplos saberes. É o caso, por exemplo, da educação – que trabalha com diferentes culturas como indígenas –, das políticas de desenvolvimento local que tentam se adequar aos saberes locais e das políticas de saúde. Há também diversas outras políticas que, mesmo que não de forma explícita, também se constroem nessas situações de múltiplos saberes. Optamos neste estudo focalizar a área de saúde, mesmo considerando que poderíamos ter optado por quaisquer outras políticas.

A escolha do Programa Saúde da Família, neste contexto, permite analisar uma política que, por ter sido construída com amplo debate entre segmentos da sociedade e Estado, conseguiu garantir dentro de si o componente do diálogo e respeito entre saberes. A criação da figura do Agente Comunitário de Saúde, como demonstra a literatura, pode servir de base para toda esta discussão, visto que, por morar na comunidade em que trabalha, ele se torna uma espécie de ponte entre a comunidade e a política pública de saúde. Assim, a criação da figura do ACS permitiu que se formasse um elo entre a política pública e a comunidade, levando a trocas e respeito entre saberes.

Desta forma, tendo como base o objetivo geral desta pesquisa e a busca de processos de troca e respeito entre saberes, com garantia de diversidade e equidade, este trabalho pretende analisar os processos que permitem ao ACS ser um elo entre comunidade e política pública. A

partir desta análise, pretende-se traçar algumas possibilidades de ação, por meio de Agentes Comunitários, que possibilitem às políticas públicas serem mais enraizadas e levarem em conta os diversos saberes presentes na sociedade.

Vale ressaltar, novamente, que o ACS e o Programa Saúde da Família são apenas parte de uma discussão maior em torno do respeito a saberes. Reiterando, não nos propomos, nesta pesquisa, a fechar o estudo em programas de saúde, mas sim utilizá-los como exemplos de uma discussão sobre saberes locais e políticas públicas.

Análise de interfaces

A metodologia da análise de interfaces (LONG, 1999) pode ser bastante útil para a análise que se pretende realizar. Esta perspectiva analítica tem como foco a observação dos processos de desenvolvimento local promovidos por políticas sociais. Esta análise explora como as discrepâncias de interesses, interpretações culturais, saberes e poder são mediadas e perpetuadas ou transformadas na intervenção das políticas. Ou seja, permite analisar a relação entre as organizações interventoras e as comunidades locais na implementação de políticas públicas.

A análise de interfaces enfatiza que as intervenções e implementações de políticas são sempre mediadas por características dos atores locais, juntamente com as características de atores externos e pelas negociações entre ambos e todos os outros atores relevantes no processo. A análise de interface permite observar as vozes, experiências e práticas de todos os atores sociais envolvidos, contribuindo para que as discussões gerem interlocução entre Estado e sociedade na transformação dos padrões de distribuição de recursos e benefícios das comunidades locais.

Tendo esta interlocução como base, a análise de interfaces tem dois componentes importantes: a primeira, considerando que as implementações de políticas públicas acontecem em situações de grandes complexidades e diversidades culturais, é que a análise de interfaces permite observar e compreender as diversidades. A segunda é que a análise de interfaces permite compreender as diversas propriedades culturais existentes nas comunidades que se baseiam

em domínios, divisões, discursos e práticas fundadas em quadros sociais (LONG, 1999). A análise de interfaces, portanto, permite identificar as diversidades e diferenças entre atores, grupos e culturas, explorando os diferentes interesses sociais, as interpretações e os conhecimentos que se encontram nas intervenções.

Norman Long (1999) aponta, ainda alguns elementos-chave que compõem a análise de interfaces:

A. Interface como entidade organizada de relações de interlocução e intencionalidades: a análise de interfaces foca nas ligações e redes envolvidas entre as partes e os indivíduos que produzem expectativas e limites que modelam a interação dos participantes. Desta forma, a própria interface se torna uma entidade organizada de relações, intencionalidades e organizações.

B. Interface como parte de um conflito, incompatibilidade e negociação: a interface tem sempre a propensão de gerar conflitos para os interesses contraditórios ou relações de poder diferentes. É importante sempre lembrar das ligações estabelecidas nas intervenções e perceber como elas são produtos daquela situação e não necessariamente existiam anteriormente.

C. Interface e encontro de paradigmas culturais: as situações de interface fazem com que muitas vezes os significados e posições culturais assumidos por indivíduos ou grupos sejam definidos a partir da oposição a outros, ou seja, a partir da diferença.

D. Centralidade dos processos de conhecimento: o conhecimento emerge da interação, do diálogo e da reflexividade e é uma construção social e cognitiva que resulta e é moldada por experiências e encontros que emergem das interações entre diferentes atores. A construção do conhecimento está presente em todas as situações sociais e muitas vezes se liga a relações de poder e distribuição de recursos. Em muitas situações de intervenção ou implementação de políticas, há o confronto entre os detentores de um conhecimento científico e os que são portadores de valores, crenças e outras formas de conhecimento.

E. Poder como resultado de análises de significados e estratégias de relação: o poder implica a demarcação de posições sociais ou oportunidades e é resultado de negociações complexas de autoridade, reputação e *status*. O surgimento do poder depende do envolvimento de redes de

grupos ou atores que negociam e têm a possibilidade de fazer controle. Assim, o poder sempre gera resistências, acomodações e estratégias de negociação.

F. Interface composta de múltiplos discursos: a análise de interfaces permite compreender como os discursos dominantes são criados, transformados e desafiados. Os discursos servem para gerar padrões culturais ou morais que são mobilizados acerca de significados sociais e estratégias de uso de recursos. Dessa forma, a análise de interfaces permite traduzir as implicações de conhecimento e poder, além de misturar discursos opostos, analisando as práticas discursivas e os diferentes envolvimento.

G. Interface e intervenções planejadas: a análise de interfaces contribui para compreender como os processos planejados de intervenção afetam os grupos e os indivíduos. Além disso, ajuda a desconstruir o processo de negociação assumindo não apenas a execução dos planos, mas assumindo que a implementação envolve processos em diversos sentidos (de cima para baixo e vice-versa). Assim, a análise de interfaces permite observar as interações que existem entre os participantes nas implementações de políticas, de forma que os planos são sempre remodelados pelas organizações, culturas e dinâmicas e pelos encontros que a própria interface promove.

Para se realizar a análise de interfaces, Long (1999) afirma que é necessário realizar pesquisas etnográficas que permitam observar os processos de intervenção e os interesses que estão em jogo nestas situações. Além disso, Long (1999) afirma que, a partir da etnografia, podem-se identificar as questões definidas como problemáticas ou complexas pelos atores envolvidos. A etnografia permite ainda analisar as percepções sociais, valores e classificações dos diferentes grupos a partir das interlocuções, observação de experiências e de práticas sociais. A etnografia permite, também, explorar a relação entre atores do cotidiano e pesquisadores teóricos, entendendo as interações na situação de intervenção. O pesquisador passa, nesta perspectiva, a ser considerado como parte do campo de poderes, constrangimentos e oportunidades (LONG, 1999).

Etnografia

O método etnográfico tem sido ampla e historicamente utilizado pela antropologia. Desde o final do século XIX diversos pesquisadores têm ido a campo conviver com os chamados “nativos” para traçar observações e conclusões sobre suas formas de vida, relações com o ambiente, hierarquias, formas sociais, etc.

Etnografia é uma análise descritiva e comparativa do cotidiano. Toren (1996) afirma que é o método mais radical de pesquisa qualitativa e, se bem utilizado, pode produzir dados que esclarecem precisamente a extensão do que se observa. Assim, a etnografia é um método que pode ser aplicado com qualquer pessoa em qualquer lugar.

A etnografia se refere ao método em que o observador e os observados se encontram e o processo de coleta de dados se realiza no próprio ambiente de vida dos observados, a partir de seus processos cotidianos. Como envolve o pesquisador no campo, a etnografia permite que ele conheça a realidade observada no próprio local e tempo em que ocorre, levando à familiarização do observador com a cultura observada a partir da interação social.

Toren (1996) aponta cinco pontos básicos para a análise etnográfica:

- 1) A etnografia é uma análise de processos coletivos contemporâneos manifestados nas relações cotidianas de uma pessoa. É histórica e comparativa, de forma que o analista se torna produto e produtor da história. A confiança comparativa da etnografia reside na forma como os dados e as análises são feitas contra o próprio entendimento do analista e o mais importante neste processo é justamente a qualidade dos dados de campo.
- 2) A etnografia não é apenas um método, mas um caminho particularmente intenso de viver uma experiência cotidiana em que, ao mesmo tempo se observa e se distancia.
- 3) Tudo o que é feito ou produzido pelos observadores ou observados é relevante e deve ser questionado sobre o quê e como.
- 4) Na etnografia, a participação é tão importante quanto a observação. Por isso é preciso anotar todas as práticas, discursos e sentimentos que ocorrem no campo.

- 5) Para etnógrafos que trabalham em “casa” pode ser difícil chegar a conclusões relevantes, pois eles mesmos são parte e produtores da história e do processo constituído que tentam descrever e analisar.

Toren (1996) aponta ainda que a análise etnográfica deve ser orientada para o entendimento da natureza processual da vida – processos coletivos que informam constituição cognitiva das práticas de pessoas particulares. Assim, na etnografia é preciso compreender como as idéias se transformam em processos do cotidiano, além de compreender o quê e como as pessoas realizam suas práticas e analisam o que fazem. A análise etnográfica, portanto, se torna um meio eficaz de entender os processos pelos quais as pessoas se tornam encantadas por idéias que elas próprias criaram.

Na antropologia, historicamente, houve diversas formas de compreender e aplicar a etnografia. Desde o conhecido trabalho de Malinowski – a serviço do colonialismo – até os recentes trabalhos de Geertz, diversas foram as formas metodológicas aplicadas. Para conceituar etnografia, o presente trabalho irá se basear novamente nos estudos de Geertz (1989), para quem a idéia de saberes locais se torna central em qualquer pesquisa antropológica.

Geertz (1989) desenvolveu um modelo interpretativo, que pode ser descrito como modelo semântico – ou seja, que dá ênfase ao conteúdo e ao significado. É importante ressaltar que, tendo como base a teoria da ação de sociólogos como Weber e Parsons, Geertz (1989) busca desenvolver na antropologia uma ciência capaz de interpretar o simbólico e as mensagens do cotidiano.

Assim, em vez de buscar leis, ele busca o significado, de forma que a etnografia deixa de ser uma descrição viva ou exaustiva para se tornar uma descrição densa que articula estruturas de significação. Para ele, um ato tem sentido apenas quando é contextualizado nas estruturas de significados a que se refere. Para compreender melhor esta afirmação, o autor utiliza como exemplo uma piscadela. Se observada fora do contexto, uma piscadela pode não gerar grandes ou corretas interpretações. No entanto, se analisada dentro do contexto em que foi feita, a piscadela pode significar uma cumplicidade, uma paquera ou apenas um tique da pessoa que a produz.

Esta contextualização dos atos é o que Geertz (1989) denomina de estruturas de significado, ou regras gerais da totalidade que explicam o fragmento observado. Com base nesta idéia,

Geertz (1989) desenvolveu a noção de que todas as ações produzidas pelos “nativos” observados têm sua própria interpretação dentro da cultura “nativa” e a interpretação dos observadores deve ser realizada com base nesta interpretação “nativa”. Desta forma, a base da análise deve ser sempre a cultura “nativa” e suas próprias interpretações acerca de seus atos e práticas cotidianos.

Geertz (1989) pressupõe, ainda, que a cultura é pública e observável, pois é o resultado da ação de atores sociais. Ela se torna, portanto, um “conjunto de textos capaz de ser lido”. Assim, a descrição deve ser sempre densa e deve analisar o fluxo dos discursos sociais, da temporalidade e do comportamento. Com base nestas observações, Geertz se coloca contrário à corrente estruturalista da antropologia, afirmando que toda descrição deve ser microscópica, trabalhar com pequenos raciocínios e ter mais ênfase na delicadeza das distinções que na generalidade das abstrações (GEERTZ, 1989).

O termo etnografia, no entanto, tem grande apelo da antropologia que reivindica sua legitimidade apenas para os antropólogos. Buscando fugir de um possível embate com a antropologia, este estudo adotará os conceitos da etnografia, mas tratará as pesquisas como pesquisas de campo ou observações participantes.

Metodologia na presente pesquisa

Em termos metodológicos, o presente trabalho se baseia, primeiramente, em uma revisão da bibliografia, que permitiu o recorte analítico das observações, e em seguida, de uma pesquisa de campo.

Tendo como base a análise de interfaces e os aprendizados gerados a partir da etnografia, a pesquisa foi realizada por meio de observação participante, ou pesquisa de campo, acompanhando o cotidiano de Agentes Comunitários de Saúde.

Para dar um recorte analítico na pesquisa, foram selecionados dois municípios para estudo prático: Sobral-CE e Londrina-PR. A escolha do município de Sobral se deu por sua história na formação do PSF no Brasil, principalmente pela figura do Luis Odorico de Andrade, um dos fundadores do Programa de Agentes Comunitários no Ceará, ex-secretário de saúde de

Icapuí, Quixadá e Sobral e atual secretário de Fortaleza. A escolha de Londrina se deu também por seu pioneirismo na implantação dos programas Médico na Família e Saúde da Família e por sua longa tradição com programas de saúde.

Além disso, a escolha de dois municípios tão diversos – um no sertão do Ceará, com 170 mil habitantes, e outro no Paraná, com 450 mil, possibilita traçar algumas comparações interessantes sobre as características dos programas.

A pesquisa em Sobral-CE foi realizada ao longo de 3 semanas, durante as quais foi acompanhado o cotidiano de alguns Agentes Comunitários de Saúde, observando suas práticas e principalmente suas relações com a comunidade e com o poder público.

A visita a Londrina, como afirmado anteriormente, serviu apenas para verificar se as conclusões tiradas de Sobral seriam restritas àquele município. Neste sentido, não se buscou, no presente trabalho, realizar uma pesquisa tão extensa em Londrina, mas apenas colher alguns dados. Assim, a visita a Londrina foi realizada em apenas uma semana, o que já permitiu levantar diversas situações comparativas ao caso de Sobral.

Entre as práticas que foram realizadas dentro da observação participante estão:

- Observação, descrição detalhada e transcrição de todas as ações, posições e interações, falas e circunstâncias: todas as situações observadas foram descritas, considerando o ambiente e as pessoas envolvidas. As conversas foram transcritas durante o momento em que ocorriam e, em seguida, digitadas para que se pudesse preservar toda a etnografia;
- Entrevistas: foram realizadas algumas entrevistas com gestores de ambos os municípios, envolvidos diretamente com o programa. Em Sobral foram entrevistados o secretário de saúde, a coordenadora do PSF local, a coordenadora dos ACS e a enfermeira responsável pela Unidade de Saúde. Em Londrina foram entrevistadas a enfermeira coordenadora da UBS e algumas enfermeiras. Todas as outras conversas com profissionais e comunidade foram feitas de forma informal;
- Participação em reuniões e eventos formais e informais: em ambas as localidades foram acompanhadas diversas reuniões formais das Unidades de Saúde e dos PSF, além de alguns eventos informais, como encontros, aniversários e almoços; e

- Análise das observações: com base nas transcrições realizadas pelas etnografias foram feitas análises das situações, comparando as experiências e trazendo as bases da bibliografia estudada para a discussão.

A análise das pesquisas de campo foi dividida em 4 partes. A partir das observações percebeu-se que havia relações entre os Agentes Comunitários de Saúde e o poder público; entre os Agentes e a comunidade; e entre os próprios Agentes. Desta forma, foram analisadas as funções exercidas e as visões que se estabelecem em cada um dos relacionamentos. Por fim, foram analisados os saberes que estão presentes na prática cotidiana dos ACS. Em cada um destes eixos, foram apresentadas as situações observadas que comprovavam as análises feitas.

Na descrição dos casos serão aprofundados os termos metodológicos da pesquisa de campo.

No seguinte capítulo será apresentado o histórico, construção e funcionamento do Programa Saúde da Família no Brasil, bem como a figura do Agente Comunitário de Saúde no Programa.

4. Programa Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde

“Faltava gente que amasse a terra.
Faltavam homens que pusessem respeito nos outros
homens”.

Mia Couto

Como já foi afirmado, a construção do Programa Saúde da Família no Brasil se deu em um contexto de redemocratização e reforma dos serviços públicos no Brasil⁵. Draibe (1997) aponta que, nos anos 80, em um contexto de transição democrática, reforçaram-se as expectativas de formatação de nova institucionalidade para as políticas sociais, buscando resgatar a dívida deixada nas décadas anteriores de exclusão. Tratava-se, portanto, de garantir que a democracia política acompanhasse a democracia social fundada em busca de equidade.

Nas reformas de políticas sociais, Draibe (1997) aponta, num primeiro ciclo, que a agenda dos anos 80, embora tenha conseguido mudanças significativas, não conseguiu garantir a descentralização, a transparência e a participação nos processos decisórios como sinônimos de democratização. Foi apenas no segundo ciclo, dos anos 90, que a agenda de estabilização, as reformas institucionais e a consolidação democrática trouxeram mudanças institucionais na questão da promoção de equidade e justiça social, ao mesmo tempo em que se buscava racionalização dos gastos e ajustes econômicos.

Quanto à saúde, Silva e Dalmaso (2002) afirmam que no Brasil as tentativas de reorganização da assistência à saúde se concentraram nas três últimas décadas. Historicamente, a saúde ocupou uma posição secundária nas definições de política econômico-social do estado, bem como no processo de planejamento e nos diversos planos de desenvolvimento no Brasil se focaram sempre na área econômica. No começo dos anos 70, o Brasil tinha um contraste claro no atendimento à saúde, com uma classe social de atendimento altamente diferenciado, de

⁵ Diversas podem ser as interpretações em relação à construção de políticas públicas, dependendo dos atores envolvidos no processo. Quanto a isso, Fucks (2000), analisando os processos de construção de agenda e formulação das políticas públicas, afirma que os assuntos públicos emergem de disputas entre grupos em uma arena de pluralidades, ou seja, surgem das dinâmicas sociais e processos de disputa. Lamounier (s/d) afirma que toda a política pública é forma de intervenção nas relações sociais e o processo decisório é condicionado por expectativas e interesses. Para ele, ainda, o Estado trabalha com processos e fluxos onde ocorrem barganhas e negociações. Os objetivos de decisão se alteram constantemente, na medida em que o fluxo produz realinhamento dos interesses e dos objetos em jogo.

Esta discussão pode ser vista, em maior profundidade, no trabalho de Bruno Latour (2000) que analisa como se dá o modelo de construção e disseminação do conhecimento. O trabalho de Veronika Paulics (2003), que busca aplicar o modelo de Latour na análise de políticas públicas, também demonstra como estes processos se dão em diversos níveis de negociação, legitimação e disseminação.

O processo dinâmico e os diversos atores envolvidos em sua construção também podem ser vistos no estudo da construção do Programa Saúde da Família no Brasil. Existem, na literatura, diferentes visões de como se deu este processo, por vezes enfatizando a pressão dos municípios, por vezes como construção do próprio governo federal e por vezes, ainda, como fruto de disputas da sociedade civil. Tomando como base a pluralidade de atores e de processos para a construção das políticas públicas, será admitido no presente trabalho que estas políticas também não foram fruto de decisões simples e unilaterais, mas que partiram sim de longos processos de negociação entre atores.

custo elevado, para pequena parte da população e, por outro lado, um elevado número de pessoas com necessidades básicas de saúde sem atendimento.

As reformas do sistema de saúde no Brasil dos anos 80 se inscreveram neste movimento mais amplo de redemocratização e ampliação da cidadania, onde a saúde se constituiu uma importante referência aos padrões perversos de intervenção estatal de caráter centralizador. Neste processo de democratização, em que a sociedade civil se tornou ator importante, a construção dos programas de saúde se deu em meio ao movimento da chamada Reforma Sanitária.

O Movimento da Reforma Sanitária teve início com profissionais de saúde que, em posse de materiais e estudos realizados por intelectuais ligados à saúde, passaram a criticar o modelo de saúde vigente e a propor alternativas e orientações para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. O movimento foi se ampliando ao longo dos anos 80, incluindo lideranças políticas, sindicais e populares, bem como parlamentares interessados na causa. Como fruto desta mobilização, o movimento desenvolveu o chamado Sistema Único de Saúde (SUS), que contempla direitos como universalização do direito à saúde, racionalização e integralidade das ações, democratização e participação popular na atenção à saúde.

Apesar de, em um primeiro momento, as propostas terem sido ignoradas pelo Governo, o fortalecimento do movimento legitimado por outros movimentos populares e pela atuação de diversas instituições de saúde, conseguiu colocar na agenda constitucional a discussão e a reorganização do sistema de saúde brasileiro. Assim, por meio das leis 8080 e 8142 de 1990, o Sistema Único de Saúde foi incluído na Constituição Federal, bem como os direitos a ele vinculados. Neste contexto, a Constituição de 1988 contemplou a saúde como direito social, cuja garantia para todos depende do Estado, assegurando duas condições básicas: políticas públicas – econômicas e sociais para redução de riscos – e acesso de todos os brasileiros a serviços e ações de saúde. A partir desta legislação, os novos modelos de organização da saúde passaram a assegurar os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde: a universalidade, a integralidade e a equidade, além de focarem na descentralização como eixo principal para melhoria dos sistemas de saúde.

Draibe (1997) aponta ainda que as principais medidas reformistas na área de saúde, surgidas com a Constituição, se baseiam nos seguintes aspectos:

- Diversificação das fontes e critérios de transferência de recursos;

- Aceleração do processo de descentralização setorial;
- Focalização das ações básicas e da população carente; e
- Reorganização do aparato regulador do Estado.

Souza e Carvalho (2003) afirmam que o novo modelo partia de uma referência de saúde como direito de cidadania, pressupondo a organização de serviços cada vez mais resolutivos, integrais e humanizados. Nesta proposta, segundo os autores, o poder público municipal ficou investido de responsabilidade imediata de atendimento das necessidades e demandas da saúde de todos os seus municípios, contando com a devida cooperação técnica e financeira da União e dos Estados. Neste processo, os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) se inseriram como essenciais para a reorganização e reorientação dos sistemas nacionais de saúde, com base nos processos de descentralização e desenvolvimento local, considerando as distintas características geográficas, históricas, políticas e socioeconômicas dos estados e municípios.

Os SILOS se configuram como Distritos Sanitários, previstos na lei federal 8080/1990, cujo objetivo é “integrar e articular recursos, técnicos e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Mendes (1995) ainda ressalta que os distritos são definidos como processo social de mudança das práticas sanitárias, direcionado para a eficiência e eficácia social, bem como para a equidade e a democratização. Para o autor, os SILOS estabelecem relações de integração entre as diversas instituições da saúde sob gestão de uma organização sanitária local e reorientadas segundo os princípios organizativo-assistenciais, as demandas e os problemas da comunidade local, considerando o território e a sociedade nele presente.

O Programa Saúde da Família surgiu como estratégia para concretização dos SILOS e de inversão do modelo de saúde centrado na doença. Senna (2002) afirma que, neste contexto, o PSF integra um conjunto de medidas de reorganização da atenção básica na perspectiva de se constituir uma das estratégias de reorientação do modelo de atenção à saúde da população no âmbito do SUS. O Ministério da Saúde ainda acrescenta que o programa pressupõe mais uma inversão do modelo de atenção à saúde que uma simples mudança, configurando importante inovação programática (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Senna demonstra que a criação do Programa Saúde da Família se deu em um contexto de busca de racionalização e melhoria da qualidade dos serviços públicos, ao mesmo tempo em

que estava na agenda a necessidade de maior equidade, cidadania e garantia de direitos da população. Além disso, a estratégia do PSF foi criada no intuito de tratar desigualmente os desiguais, praticando prevenção, promoção e preservação da saúde. Nesta estratégia, os riscos à saúde são identificados dentro do contexto social e familiar, observando o indivíduo como um todo e buscando seu bem estar integral.

Senna (2002) ainda aponta a criação do Programa Saúde da Família como decorrência de uma nova estratégia institucional nos anos 90 que buscava garantir que os programas sociais atingissem os segmentos mais vulneráveis da população. Assim, em um contexto marcado pela implantação de medidas de ajustes estruturais na economia e reforma do Estado – com busca de eficiência e equidade, se deu a criação de um programa que fosse, ao mesmo tempo, racionalizador e destinado a garantir os direitos básicos da população mais excluída. Para Souza e Carvalho (2003), a descentralização da atenção da saúde, a partir do PSF, ainda buscava facilitar o acesso dos indivíduos e possibilitar uma gerência de saúde mais adequada ao contexto da população atendida, oferecendo serviços de melhor qualidade.

Histórico da criação do PSF

Silva e Dalmaso (2002) apontam que os Programas de Saúde da Família nasceram de um contexto sustentado por racionalidades científicas, técnicas associadas a perspectivas humanistas de bem estar físico, mental e social. Os Programas surgiram como decorrência das idéias defendidas a partir da Segunda Guerra Mundial por organismos nacionais e internacionais como modelos para reorganização da assistência à saúde. Estas idéias, por sua vez, influenciaram fortemente a medicina, focando principalmente nos movimentos de medicina preventiva, comunitária e integral.

As autoras apresentam historicamente a evolução dos programas de atenção à saúde, começando pelo **Serviço Especial de Saúde Pública e a Fundação Especial de Saúde Pública** que focavam o atendimento médico-sanitário para populações de áreas onde existiam matérias primas de interesse estratégico para o desenvolvimento do país.

Em seguida é apresentado o **PIASS**, Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento instituído para a região nordeste do país. O programa buscava resolver desde questões relacionadas ao meio ambiente até problemas sanitários que demandavam atenção médica individual e, para tanto, utilizava-se de pessoal de nível auxiliar recrutado nas próprias comunidades beneficiadas. A segunda etapa do PIASS ganhou abrangência nacional e incorporava a figura do visitador sanitário que tinha como ações: proporcionar a extensão do atendimento aos problemas de saúde da população rural; adotar uma visão global do indivíduo e seu papel na comunidade; organizar a comunidade para lutar pela saúde e incorporar um componente de discussão dos problemas de saúde em função das condições gerais de vida da população.

O terceiro programa apresentado pelas autoras é o de **Agentes Comunitários de Saúde do Estado do Ceará**, implantado em 1987, e que conseguiu abranger todos os municípios do Estado com a contratação de Agentes Comunitários. Esta experiência, que começou nos municípios de Quixadá e Icapuí, segundo Andrade (1998), foi a primeira experiência em ampla escala de Agentes de Saúde. Uma das características importantes é que os Agentes de Saúde deveriam trabalhar com outros integrantes da comunidade que tradicionalmente trabalhavam com saúde, como parteiras, curandeiros e rezadeiras. Deveria também ser promovida uma atitude ativa e participativa das famílias e da comunidade para a proteção da saúde.

O quarto programa apresentado, o **Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde**, teve início em 91 sob coordenação da Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e influência direta do programa do Ceará. A justificativa para a criação do programa se ligava à existência de inúmeras experiências de atenção primária no Brasil e os resultados positivos alcançados por elas ao integrar o Agente à equipe. O objetivo do programa era contribuir para a municipalização e implementação do Sistema Único de Saúde, buscando, ao mesmo tempo, estender a cobertura dos sistemas públicos de saúde às populações rurais e da periferia urbana, priorizando o atendimento materno-infantil.

O programa também objetivava melhorar a capacidade da população para cuidar de sua saúde por meio do conhecimento e de informações recebidos pelos Agentes. Desta forma, o programa se propunha a capacitar os Agentes para executarem os trabalhos de atenção à saúde, garantindo cuidados à população e contribuindo para aumentar a atenção à saúde. Também se propunha a garantir um trabalho integrado entre o Agente e a equipe de saúde,

fortalecer a ligação entre serviços de saúde e a comunidade e ampliar o acesso à informação sobre saúde na comunidade.

Entre os princípios do programa estão:

- Programa estratégico para contribuir na redução da mortalidade materno-infantil;
- Instrumento para provocar a discussão da organização e ou a reorganização dos sistemas locais de saúde;
- Aglutinador de forças sociais para viabilizar a criação e ou a implementação dos conselhos municipais de saúde;
- Mecanismo concreto para interiorização de enfermeiros; e
- Ponta de lança para mobilização e organização das comunidades.

As autoras afirmam que, com base na experiência do Ceará, foram definidos os critérios de seleção dos Agentes: ter mais de 18 anos, saber ler e escrever, dispor-se a concluir o 1º grau, morar há mais de 2 anos na comunidade e dispor de 8 horas de trabalho por dia.

Após serem selecionados, os Agentes Comunitários passavam por um treinamento que focava uma visão abrangente da saúde e habilitação específica para atenção à saúde da comunidade. Atualmente, o PACS abrange todos os estados brasileiros e se consolida no contexto da municipalização das ações de saúde, na medida em que o próprio município opta por sua implantação, contando com recursos, orientação e apoio dos outros níveis de governo. O PACS, que serviu como forma de transição para um programa municipalizado, passou a integrar a estratégia para o Programa Saúde da Família em 1993.

Programa de Saúde da Família

Em 1993 começou a se formar o modelo de Saúde da Família no sertão do Ceará. Esta experiência, juntamente com a experiência do PACS no estado e com as experiências de médicos da família em Niterói, São Paulo e Rio Grande do Sul, foram apresentadas ao Ministério da Saúde em reunião de 1993 entre técnicos do Ministério da Saúde, secretários

municipais de diversas regiões do Brasil, a Unicef, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Após ampla discussão, a oficialização do programa se deu em 1994 e a expansão em 1995 (ANDRADE, 1998).

A concepção inicial do programa pretendia ser um instrumento de reorganização do SUS e de municipalização, de forma que, a partir de 1995, foram definidos e institucionalizados mecanismos de financiamento para que os municípios se apropriassem do programa.

Em sua primeira versão, o PSF foi apresentado como um modelo de assistência à saúde que visava desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, utilizando o trabalho de equipes de saúde.

Silva e Dalmaso (2002) apresentam como pontos principais desta proposta:

- Cada equipe básica do PSF seria responsável pela cobertura de 800 a 1000 famílias;
- As equipes seriam compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis Agentes de Saúde;
- A equipe do PSF deveria residir na comunidade onde trabalharia – posteriormente este critério ficou restrito aos Agentes Comunitários de Saúde;
- Cada pessoa da família receberia atenção integral da equipe do PSF independente da saúde ou idade;
- O PSF seria a porta de entrada ao sistema de saúde em todas as localidades onde estivesse implantado; e
- A avaliação e o controle do PSF deveriam ser realizados pelos Conselhos Municipais de Saúde.

O PSF deveria promover a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, substituindo o modelo tradicional de assistência orientada para a cura de doenças nos hospitais. A atenção deveria ser centrada na família e entendida a partir do ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e das necessidades que vão além das práticas curativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998 In SILVA e DALMASO, 2002). Entre os objetivos do programa destacam-se:

- Melhorar o estado de saúde da população com um modelo de assistência voltado à família e à comunidade;
- Divulgar o conceito de saúde como qualidade de vida e direito do cidadão;
- Promover a família como núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população em um enfoque comunitário;
- Prestar atendimento básico de saúde, de forma integral, a cada membro da família, identificando as condições de risco para a saúde do indivíduo;
- Proporcionar atenção integral, oportuna e contínua à população no domicílio, em ambulatorios e hospitais;
- Agendar o atendimento à população, com base nas normas dos programas de saúde existentes, sem descartar a possibilidade de atendimentos eventuais e domiciliares;
- Humanizar o atendimento e estabelecer um bom nível de relacionamento com a comunidade;
- Organizar o acesso ao sistema de saúde;
- Ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do atendimento no sistema de saúde;
- Promover a supervisão e a atualização profissional para garantir boa qualidade e eficiência no atendimento;
- Levar ao conhecimento da população as causas que provocam as doenças e os resultados alcançados na sua prevenção e em seu tratamento; e
- Incentivar a participação da população no controle do sistema de saúde.

Em um primeiro momento, o programa deveria focar a população residente nas áreas delimitadas no Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), desde que houvesse interesse, necessidade e demanda da população local. Como pontos centrais desta primeira versão, foram reforçados o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, de forma que a família passasse a ser o objeto principal de atenção entendida a partir do ambiente onde vive.

“Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo ainda uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. As ações sobre esse espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompa os muros das unidades de saúde e enraíze-se para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997, In SILVA e DALMASO, 2002).”

Os documentos do programa de 1997 e 1998 apontam diferenças em relação à primeira proposição de 1993, assumindo como objetivos:

- Contribuir para reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população;
- Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral contínua, com resolutibilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
- Intervir sobre fatores de risco aos quais a população está exposta;
- Eleger a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- Propiciar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida;
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle Social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997, In SILVA e DALMASO, 2002).

As autoras apontam ainda que a justificativa dos modelos de programa saúde da família seguem quatro eixos principais de argumentação e sustentação, ligados a:

- Ampliação do acesso;
- Racionalidade técnica e econômica com racionalização das atividades para o sistema e o paciente;
- Humanização do atendimento; e
- Integralidade do atendimento, tanto do indivíduo como da família.

Entre a primeira e a segunda fase do programa, houve algumas diferenças em relação ao financiamento e aos índices de cobertura. Na primeira fase de expansão do Programa, entre 1994 a 1998, o Programa passou de uma cobertura de 0,8% da população brasileira para 7%. Já na segunda fase, de 1998 a 2000, o resultado aumentou para 22% de cobertura.

Em relação ao financiamento, houve um aumento de 41% dos recursos aplicados no programa entre 1995 e 1996 e de 46% entre 1996 e 1997. Já entre 1998 e 1999, o crescimento foi de 113% e entre 1999 e 2000 foi de 67% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

As características da primeira e da segunda fase estão resumidas no quadro seguinte:

| Fases de Expansão do PSF/Principais Características | Primeira Fase de Expansão – março de 1994 a dezembro 1998 | Segunda Fase de Expansão – dezembro de 1998 a dezembro 2000 |
|--|---|--|
| Cobertura total inicial e final | Menos de 1% para 9% | De 9% a 22,5% |
| Regiões com maior expansão | Nordeste e Sudeste | Sudeste e Sul |
| Tamanho dos municípios | Pequenos e Médios | Médios e Grandes |
| Regra preponderante para transferência dos recursos federais | Assinatura de convênio com o MS – de março de 1994 a dezembro de 1995 Remuneração por serviços produzidos – a partir de janeiro de 1996 | Transferência direta do FNS aos FMS – a partir de fevereiro de 1998: PAB fixo – habilitação na NOB SUS 01/96 PAB variável – qualificação segundo as regras nacionais |
| Vinculação administrativa do PSF no MS | Programa vinculado à Fundação Nacional de Saúde – 1994 Estratégia vinculada à Coordenação de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde – 1995 a 1999 | Estratégia vinculada ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde – a partir de 2000 |

Fonte: Ministério da Saúde, 2005

Atualmente, o Programa tem cerca de 20.000 equipes atuando em 80% dos municípios brasileiros, o que abrange cerca de 65 milhões de pessoas (35% da população brasileira). Além da concepção original, o PSF se expandiu para atuar em conjunto com o Programa Saúde Bucal, que inclui um cirurgião-dentista, um auxiliar de consultório e um técnico em higiene bucal. Estima-se que há cerca de 7.000 equipes assim compostas que abrangem 39 milhões de pessoas. Vale ressaltar que, entre 1999 e 2003, a taxa de mortalidade infantil caiu de 40,9 por mil nascidos vivos para 27,5 (IBGE, 2005).

Equipes

As equipes do PSF são formadas da seguinte maneira, com as devidas atribuições:

- 1 Médico: atende a todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade, e desenvolve com os demais integrantes da equipe ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população.
- 1 Enfermeiro: supervisiona o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e do Auxiliar de Enfermagem, realiza consultas nas unidades de saúde, bem como assiste às pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem no domicílio.
- 1 Auxiliar de Enfermagem: realiza procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde e no domicílio e executa ações de orientação sanitária.
- 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde: fazem ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio, pelo menos uma vez por mês, e realizam o mapeamento das áreas, o cadastramento das famílias e estimulam a comunidade a se envolver no programa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (2005), cada equipe é responsável por uma área geográfica que engloba de 600 a 800 famílias. As equipes têm como função promover o conceito de saúde como direito à cidadania, humanizar o atendimento à saúde, realizar consultas médicas e de enfermagem, prevenir doenças e identificar fatores de riscos, fazer visitas domiciliares e reuniões com a comunidade.

As equipes não devem trabalhar isoladamente, mas buscar parceria com diversos segmentos da sociedade e desenvolver ações de educação e promoção da saúde, difundindo permanentemente as informações. Desta forma, busca-se ampliar a participação das organizações populares no planejamento, execução e avaliação do programa.

A formação básica dos profissionais das equipes deve ser direcionada para o modelo de atenção, exigindo qualificação técnica e identificação com os objetivos do trabalho.

Cada equipe é capacitada para:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais demográficas e epidemiológicas;

- Identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende está exposta;
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar; e
- Desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Monitoramento e Avaliação

Para garantir acompanhamento das ações e os resultados das atividades das equipes do PSF, o Ministério da Saúde criou, em 1998, o SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica). Este instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde adota como conceitos básicos o território, problema e responsabilidade sanitária. O SIAB, que é um sistema de informação territorializado, tem dados gerados por profissionais de saúde das equipes, coletados em âmbito domiciliar e nas unidades básicas cobertas pelo PSF.

A possibilidade de agregação e desagregação dos dados busca garantir agilidade ao sistema com informações oportunas no processo de decisão e sua utilização enquanto instrumento de planejamento local, na medida em que trabalha com micro-áreas.

Os principais instrumentos de coleta do SIAB são:

- Ficha de cadastro das famílias e levantamento de dados sócio-sanitários, preenchida pelo ACS no momento do cadastramento das famílias, sendo atualizada permanentemente;

- Fichas de acompanhamento de grupos de risco e de problemas de saúde prioritários, preenchidas mensalmente pelos ACS, no momento de realização das visitas domiciliares; e
- Fichas de registro de atividades, procedimentos e notificações, produzidas mensalmente por todos os profissionais das equipes de saúde. Agentes Comunitários de Saúde

Agentes Comunitários de Saúde

Como afirmado anteriormente, a primeira experiência de ACS como estratégia abrangente de saúde pública estruturada aconteceu no Ceará, em 1987, com o duplo objetivo de criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca, ao mesmo tempo em que se contribuísse para a queda da mortalidade infantil. Esta estratégia se expandiu no estado em três anos, abrangendo todos os municípios cearenses em 1991, foi encampada pelo Ministério da Saúde no Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A incorporação do PACS no PSF, em meados dos anos 90, trouxe a figura do Agente Comunitário para um papel central de desenvolver ações nos domicílios de sua área de responsabilidade e junto à unidade para programação e supervisão de suas atividades.

O ACS é uma pessoa da própria comunidade que está preparada para orientar as famílias a cuidarem de sua própria saúde e da saúde comunitária. Ele age conjuntamente com uma unidade de saúde e atende os moradores de cada residência da região em que é responsável. Nas visitas, ele deve atender questões relacionadas a: identificação de problemas, orientação, encaminhamento e acompanhamento de procedimentos necessários à proteção, promoção e recuperação da saúde da comunidade.

Neste contexto, suas atribuições básicas, segundo documentos do Ministério da Saúde, são:

- Realizar mapeamento de sua área de atuação;
- Cadastrar e atualizar as famílias de sua área na ficha de cadastro do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB;

- Identificar indivíduos e famílias expostas a situações de risco;
- Realizar, com visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;
- Coletar dados para análise da situação das famílias acompanhadas;
- Desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Promover educação em saúde e mobilização comunitária, visando melhor qualidade de vida mediante ações de saneamento e melhorias do meio ambiente;
- Incentivar a formação de conselhos locais de saúde;
- Orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde;
- Informar os demais membros da equipe de saúde sobre a dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades; e
- Participar do processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de abrangência da unidade de saúde da família, com vistas à superação dos problemas identificados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Para cumprir suas ações, os Agentes Comunitários podem estar ligados a um centro de saúde comum ou serem membros de uma equipe do PSF. Atualmente existem no Brasil cerca de 200 mil Agentes Comunitários de Saúde.

O ACS “é uma pessoa da própria comunidade, que vive vida igual à de seus vizinhos, mas que está preparado para orientar as famílias a cuidarem de sua própria saúde e também da saúde de sua comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)”. Os Agentes são selecionados entre os moradores da comunidade que, em geral, já apresentam tendência de atenderem a algumas demandas das famílias na sua vizinhança, ou seja, que realizem já qualquer atividade de mobilização ou ação solidária. Entre os pressupostos, eles devem ter idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever, residir na comunidade há pelo menos 2 anos e ter disponibilidade integral para exercerem suas atividades. Quanto à capacitação dos Agentes, ela deve ser realizada pelo próprio município e o responsável é o enfermeiro das unidades de saúde.

Os Agentes recebem pelo menos um salário mínimo pago pelo município, mas parte desses recursos são repassados pelo Governo Federal. Os recursos federais são transferidos de forma automática e regular diretamente aos municípios como previsto na NOB SUS 01/96. O governo repassa um valor fixo anual para cada Agente que o município tenha, com número limite de Agentes. Existem ainda recursos vindos do próprio orçamento do Ministério da Saúde ou de projetos de cooperação técnica com organismos internacionais utilizados para apoiar o processo de capacitação dos recursos humanos envolvidos.

Como parte do processo de descentralização e municipalização das ações de saúde, na implantação e no desenvolvimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o gestor municipal tem as seguintes responsabilidades:

- Definir unidade básica de saúde para referência e cadastramento dos Agentes Comunitários de Saúde;
- Garantir infra-estrutura de funcionamento da(s) unidade(s) básica(s) de referência dos ACS;
- Comprovar a existência de Fundo Municipal de Saúde ou conta especial para a saúde;
- Contratar e remunerar os profissionais que compõem a equipe;
- Garantir a existência de profissional(ais) enfermeiro(s) com dedicação integral na(s) unidade(s) de referência, no âmbito de suas atribuições, que exercerão a função de instrutor supervisor na proporção de no máximo 30 ACS para 1 enfermeiro; e
- Garantir educação permanente para os profissionais envolvidos.

A adesão ao PACS deve ser solicitada, pelo município, à Secretaria Estadual de Saúde e, ao adotar a estratégia Agentes Comunitários de Saúde, o município assume os compromissos de: Valorizar a família e seu espaço social; Orientar a intervenção sobre os fatores de risco; Desenvolver ações intersetoriais, através de parcerias; Estimular o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania; e Organizar a comunidade para o efetivo exercício do controle social.

5. As Experiências de Sobral e Londrina

“Os fatos só são verdadeiros depois de serem inventados”.

Crença de Tizangara

Sobral

História e Características do Município

A História do Município de Sobral remonta ao século XVII, quando a estratégia de colonização portuguesa do sertão cearense se deu a partir da doação de terras para fazendas de criação de gado. A Fazenda Caiçara foi uma das populações que se instalaram na região do vale do rio Acaraú, em função das facilidades do pasto e, com a construção de diversas residências, aos poucos a fazenda se transformou no município de Sobral.

O grande crescimento e desenvolvimento do município ao longo do século XIX fizeram com que superasse Fortaleza e se tornasse o mais importante pólo comercial do estado. O lugar se destacou como ponto estratégico de comercialização das boiadas, charque e couro, favorecendo o enriquecimento do município e sua importância nos processos políticos e econômicos do nordeste.

Sobral se situa na Região Nordeste do Ceará, a 230 km de Fortaleza. Com pouco mais de 2.219 km de extensão, o município tem uma população de mais de 170 mil habitantes (IBGE, 2005). 86% da população reside em zona urbana e 14% em zona rural. A taxa média de crescimento da população é de 2,24% ao ano e a mortalidade infantil é de 19,0 para mil nascidos vivos (DATASUS, 2002).

Em relação à educação, o município tem taxa de analfabetos com mais de 15 anos de 26,44%, o que lhe dá uma posição média em relação ao Estado do Ceará (26,54%) e inferior se comparada à média brasileira (13,63%). O município é pólo regional de educação, contando com mais de 150 estabelecimentos de ensino, dos quais cerca de 40% é municipal e 12% estadual. Conta ainda com uma universidade federal, a Universidade do Vale do Acaraú.

Os dados sobre a infra-estrutura urbana se apresentam melhores: 94% das residências recebem abastecimento de água, 69,2% de esgoto e 80,2% têm coleta de lixo.

A rede de estabelecimentos de saúde se compõe de 118 unidades ambulatoriais e 7 hospitais. Da rede ambulatorial, 59% são municipais, 30% privadas, 3% estaduais, 6% filantrópicas e 2% estaduais. Da hospitalar, 4 são privadas, 2 filantrópicas e 1 é municipal. Em 2001 o município possuía 577 leitos, equivalendo a cerca de 3,71 leitos para cada 1000 habitantes. O número de profissionais ligados ao SUS é de 966.

O IDH do município é de 0.763, dando-lhe uma posição intermediária em relação ao Estado (0.772) e baixa em relação à média brasileira (0.830). 61,5% da economia do município é baseada em serviços, e 33,2% em indústria, principalmente de calçados e vestuário.

PSF em Sobral: histórico e processo de Construção

Anamaria Silva (2003) aponta que a implantação do PSF no estado do Ceará se utilizou da experiência de Agentes de Saúde que já vinha sendo desenvolvida há alguns anos no estado. O início da discussão sobre a implantação de um programa de médico da família no CE nasceu em 1992, em decorrência da construção do plano de saúde que seria desenvolvido em Fortaleza na busca de universalização da atenção primária para os grupos populacionais mais vulneráveis, com envolvimento dos Agentes de Saúde e das Unidades Básicas de Saúde da capital (SILVA, 1999). Em outubro de 1993, Luis Odorico de Andrade, então secretário de Quixadá, encaminhou ao Ministério da Saúde o projeto Saúde da Família e, em 1994, os municípios de Quixadá, Jucás, Cascavel, Fortim, Iço e Beberibe passaram a aderir a proposta com acompanhamento da Secretaria Estadual de Saúde. Aos poucos, o programa passou a ser definido como estratégico para todo o estado, buscando alterar o modelo de atenção à saúde com ênfase na participação da comunidade (ANDRADE, 1998).

Em Sobral, o PSF foi implantado a partir de 1997, com o objetivo de promover uma mudança de atenção em saúde e, portanto, melhoria da qualidade de vida da população. Até então, o Sistema Municipal de Saúde se baseava na concepção tradicional de saúde como ausência de doenças. As ações curativas focavam intervenção médica e hospitalização do paciente, o que exigia forte estrutura hospitalar.

Os serviços de saúde eram ainda realizados, em grande parte, por entidades filantrópicas, unidades privadas e governo estadual. A estrutura municipal de atenção à saúde se limitava a

postos de saúde localizados em escolas municipais e com precárias condições de atendimento (SILVA, 2003).

Em fevereiro de 1997, foi realizada a municipalização das unidades estaduais de saúde, mesmo que o município não tivesse ainda sido habilitado a exercer qualquer forma de gestão do SUS. Ainda neste ano, o município iniciou um processo de inversão do sistema de atenção, a partir de uma oficina de planejamento envolvendo governo e sociedade e que estabeleceu como estratégia norteadora para a atenção básica o Programa Saúde da Família. Apenas em 1998 o município foi habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, mas em 1997 foram criadas as primeiras equipes do PSF.

O processo de implantação das equipes alcançou 60% da meta em 1998 e em 2002 conseguiu a cobertura de 100% com 37 equipes implantadas e distribuídas em 28 unidades de saúde localizadas de forma a garantir o acesso de toda população do município à rede de atenção primária de saúde (SILVA, 2003).

Participação: envolvendo a sociedade e as equipes

Buscando envolver a sociedade nos processos de construção da política, a Secretaria de Saúde passou a incentivar a criação dos Conselhos Locais de Saúde em todas as Áreas Descentralizadas de Saúde. O objetivo destes conselhos era aproximar a comunidade da gestão do Sistema Municipal de Saúde e motivar o Conselho Municipal a trabalhar integrando as diversas localidades.

A nova dinâmica conseguiu formar e garantir atuação a mais de 20 colegiados e em 2000, a Conferência Municipal de Saúde deliberou pela consolidação das propostas dos conselhos locais e reformulação do Conselho Municipal – que passou a ter representantes indicados pela comunidade. A Secretaria de Saúde decidiu, ainda, descentralizar os processos de decisão do programa, garantindo participação às equipes e profissionais do PSF. Seguindo a experiência de Campinas-SP, a secretaria implantou o método da Roda, segundo o qual buscava-se democratizar o poder e alcançar a participação dos profissionais com reuniões sistemáticas dos trabalhadores.

Diversos colegiados de decisão e reformulação das políticas de saúde foram então criados: o colegiado gestor, formado pelo subsecretário e os coordenadores; o colegiado de gerentes, com todos os gerentes eleitos do PSF e de diversos setores; colegiado da Escola de Formação em Saúde da Família; e o colegiado das unidades de saúde.

A experiência foi reconhecida pelo Ministério da Saúde com o Premio Saúde Brasil – o Retrato da Família e, em 1999, foi finalista do Programa Gestão Pública e Cidadania.

Escola de Formação em Saúde da Família

A escola de Formação em Saúde da Família foi criada em 2001 pela necessidade sentida pelo sistema local de contribuir com o processo de construção do novo modelo de atenção à saúde, vinculado à Estratégia de Saúde na Família.

Segundo documentos oficiais, o objetivo é “fomentar e desenvolver processos educacionais que viabilizem a qualificação dos profissionais de saúde da família, gerando no exercício de sua prática, novas competências e posturas, adequadas ao modelo de atenção proposto”. Além disso, busca um sistema de saúde capaz de promover a saúde e não somente prevenir e curar doenças. A Escola foi criada com apoio da Universidade do Vale do Acaraú, Governo do Estado do Ceará e Prefeitura Municipal de Sobral por meio do decreto 435 que define sua estrutura como uma Organização Social. A pedagogia é toda baseada na educação de Paulo Freire e ela busca uma metodologia de tenda invertida, baseada na prática como suporte da teoria.

A Escola oferece diversos cursos:

1. Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Visa formar profissionais envolvidos na gestão de sistemas e serviços de saúde, capacitando-os para implantação e manutenção de sistemas integrais em saúde em rede regionalizada. O curso é dividido em 4 módulos: contexto e quadro conceitual da saúde; vigilância à saúde; instrumentos de gestão de sistemas e serviços; e ferramentas gerenciais.

2. Mestrado em Educação em Ciências para a Saúde

O curso, que também conta com parceria da Escola Nacional de Saúde Pública de Cuba e da Universidade Federal do Ceará, busca dar importância aos aspectos conceituais, metodológicos e técnicos da investigação educacional em ciências para a saúde, enriquecendo-se com os enfoques de disciplinas humanísticas e sociológicas que fornecem marcos de referência para melhor compreensão da complexidade do processo educativo. O mestrado é voltado para educação em processos de organização dos serviços de saúde, a partir de condições concretas de trabalho nas áreas de atuação dos alunos.

3. Residência em Saúde da Família

Busca capacitar os profissionais que atuam na saúde (médicos, enfermeiros, odontólogos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, educadores físicos, e outros) para atuarem na estratégia de Saúde da Família.

4. Curso de Especialização em Saúde Mental

Objetiva formar técnicos de saúde vinculados ao setor público para que atuem na implantação de estratégias de atenção à saúde mental no âmbito dos municípios, de acordo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira

5. Curso Teatro de Rua e Saúde

O curso de Teatro de Rua surgiu como uma proposta de educação popular para capacitar profissionais e pessoas da comunidade que atuam na construção do novo modelo de atenção à saúde, tendo como pilares a Estratégia Saúde da Família e a linguagem das Artes.

6. Curso Sequencial de Agentes Comunitários de Saúde

Objetiva gerar competências no ACS fortalecendo a experiência acumulada e somando novos conhecimentos para enfrentar os desafios da qualidade de vida da população. O curso busca desenvolver nos ACS um foco na saúde, integrando o conhecimento de diversas áreas para a promoção e desenvolvimento da melhoria da qualidade de vida da população. Além disso, o curso reformula os conhecimentos dos ACS nas áreas de mobilização comunitária (comunicação, trabalho com grupos, direito à saúde, recursos que podem ser mobilizados, etc.).

O curso, com duração de dois anos, é dividido em módulos. O primeiro deles pretende reforçar os valores essenciais dos Agentes e estimular seu crescimento profissional e seu trabalho em equipe, focando na integração entre os profissionais. O segundo módulo valoriza a experiência de trabalho comunitário dos Agentes, fortalecendo sua identidade social como promotor do desenvolvimento comunitário. A abordagem deste módulo, portanto, foca nos fundamentos da mobilização comunitária e da comunicação social, capacitando na leitura e produção de textos.

Além dos cursos acima citados, a Escola desenvolve também o **Núcleo de Comunicação e Arte**, que visa dar suporte na produção de estratégia de comunicação – com descentralização, socialização e disseminação de idéias através de materiais gráficos, radiofônicos e documentais. Para tanto, o Núcleo desenvolve: Revista Sanare – com experiências em políticas públicas; Informativo Hígia – jornal mural com informações para os trabalhadores da saúde; Site da Internet; Publicações, panfletos, cartilhas e banners; Produções Radiofônicas – disseminando informações de saúde; Produções Documentais – para uso em sala de aula; Educação à Distância; e Videoconferência (SOBRAL, 2005).

Visita a Sobral

A visita a Sobral foi iniciada com entrevista ao ex-Secretário de Saúde do município e um dos fundadores do Programa Saúde da Família do Ceará, Luis Odorico de Andrade. Em seguida, foram entrevistadas a coordenadora dos Agentes Comunitários de Saúde e a coordenadora do Programa Saúde da Família do município.

O município possui 48 equipes de saúde divididas em 31 unidades básicas de saúde (UBS). Cada equipe é composta de 1 médico, 2 enfermeiros, 6 a 10 ACS e dentista. Além desses profissionais, há 5 núcleos de saúde integrada que são compostos de fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, educadores físicos, massoterapeutas e terapeutas comunitários. Estes núcleos se dividem para atender a todas as unidades e auxiliar na integração de ações. Sobral tem cerca de 45 mil famílias, sendo cada ACS responsável por cerca de 200 delas e o Programa Saúde da Família tem 100% de cobertura.

Todas as equipes se reúnem semanalmente nas chamadas Rodas de Discussão. Nestas rodas estão presentes todos os profissionais das Unidades Básicas de Saúde e são discutidos assuntos pertinentes às políticas de saúde do município ou à área em que atuam. Além das reuniões de Rodas, semanalmente todos os gerentes das unidades de saúde se reúnem com a secretaria para analisarem o andamento da ação e conciliarem atividades.

Sobral possui 316 ACS. Eles são, por enquanto, mantidos pelo Governo do Estado, visto que o PSF do Ceará começou como estadual. No entanto, os municípios cearenses estão passando atualmente por um processo de municipalização do PSF. Todos os Agentes estão reunidos em uma associação, responsável pela contratação e pagamentos. A associação realiza reuniões mensais com todos os Agentes Comunitários para discutirem diversos assuntos – tanto de saúde como questões profissionais.

Por recomendação dos três entrevistados, foi escolhido o bairro Terrenos Novos para ser visitado.

O bairro fica no limite territorial do município e tem cerca de 4000 famílias. Algumas áreas do bairro têm ocupações regulares, onde as casas são de alvenaria e possuem abastecimento de água e esgoto; mas há também áreas consideradas rurais, onde as ocupações são irregulares e não possuem qualquer forma de infra-estrutura. Essas áreas são, em sua maioria, ocupadas por retirantes sertanejos que vêm a Sobral em busca de melhores condições de vida, mas acabam sendo segregados da mesma forma e vivem de subempregos ou programas sociais.

Terrenos Novos tem 4 equipes de saúde da família, totalizando 18 Agentes Comunitários, cada um responsável por uma área. No primeiro dia de visita ao bairro, a gerente do posto reuniu todos os ACS para se apresentarem e contarem seu trabalho para que, com base nessas informações, fossem escolhidos os Agentes a serem acompanhados.

No total foram realizados 13 períodos de visita, entre manhãs e tardes, com oito Agentes de Saúde diferentes. As escolhas foram feitas de forma a equilibrar entre Agentes de Saúde com pouca experiência (em média 4 meses de atuação) e Agentes Comunitários mais experientes (com até 10 anos de profissão); Agentes com formação no curso seqüencial ou como auxiliar de enfermagem e Agentes sem formação; e Agentes em áreas mais carentes e em áreas mais beneficiadas.

Nestes períodos foram visitadas 78 casas. Em cada uma delas eu entrava com os Agentes, em algumas vezes era apresentada, em outras não, e transcrevia todas as falas e ações dos Agentes e das pessoas durante a visita.

Além das visitas às famílias, foram realizadas observações em 3 Rodas de Discussão da unidade, uma reunião com os ACS a respeito da Conferência da Cidade, 2 reuniões de enfermeiras com todos os ACS da unidade, uma reunião da associação de ACS do município e uma reunião informal pelo aniversário de uma das Agentes. Também foram feitas observações na UBS, onde os Agentes se encontram no começo e no final de todos os períodos de trabalho. Nestes momentos, há interação entre os próprios Agentes, entre eles e os outros profissionais da equipe e entre eles e a comunidade ali presente.

Londrina

História e Características do Município

O Município de Londrina nasceu no fim dos anos 20, a partir de projetos de planejamento pré-estabelecidos pela Companhia de Terras Norte do Paraná, e cresceu com a economia regional cafeeira que marcou o início da colonização desta região. Londrina é um município de importância econômica regional tanto para o Paraná como para o Sul do Brasil.

Londrina se situa na Região Norte do Estado do Paraná, a 426 km de Curitiba. Com pouco mais de 1659,629 km², o município tem uma população de mais de 450 mil habitantes (IBGE, 2005). A população é dividida em 97% na zona urbana e 3% na zona rural. A taxa média de crescimento da população é de 1,8% ao ano e a mortalidade infantil é de 11,28 para mil nascidos vivos (DATASUS, 2002).

Em relação à educação, o município tem taxa de analfabetos com mais de 15 anos de 7,07%, o que lhe dá uma posição boa em relação ao Estado do Paraná (9,53%) e bastante alta se comparada à média brasileira (13,63%).

Londrina conta com 5 faculdades: a UEL - Universidade Estadual de Londrina e outras 4 Faculdades particulares: ISBL, CESULON, UNOPAR e Seminário Teológico de Londrina

Os dados sobre a infra-estrutura urbana se apresentam bastante positivos: 97,6% das residências recebem abastecimento de água, 78,6% de esgoto e 98,2% têm coleta de lixo.

O IDH do município é de 0,824, dando-lhe uma posição privilegiada em relação ao Estado (0,786) e em relação à média brasileira (0,757). 64% da economia do município é baseada em serviços, e 32% em indústria, principalmente de vestuário.

PSF em Londrina: histórico e processo de Construção

Analisando a construção dos programas recentes de saúde de Londrina, Silva (1999) aponta que até o final dos anos 60 os serviços de saúde eram organizados segundo a política de atenção médico-hospitalar, com forte divisão entre ações de cura e prevenção.

Em 1969, no entanto, começou-se um processo de descentralização dos serviços a partir de uma parceria entre a prefeitura e a Universidade Estadual de Londrina, que permitiu a construção das primeiras Unidades Básicas de Saúde (UBS) em bairros da zona urbana e, em seguida, em bairros da zona rural.

Em 1974, em parceria com a Fundação Kellog e com a OPAS, a universidade ampliou o atendimento médico na periferia da cidade com ações de atenção primária à saúde voltadas ao grupo materno-infantil. Ao longo dos anos 70, quinze UBSs foram sendo criadas em bairros periféricos do município.

O modelo de serviços adotado nas UBSs se baseava no estreitamento da relação entre os médicos e a comunidade. Silva (1999) aponta que nesta época a articulação de sanitaristas e estudantes das UBSs geraram algumas movimentações populares que se tornaram importantes para a abertura de mais 26 unidades de saúde ao longo dos anos 80.

Com a eleição de 1992, chegou ao poder a coligação “Londrina na Frente”, resultado da articulação entre o PT e outros partidos de esquerda. O apoio explícito do grupo ao movimento da reforma sanitária e de implantação do SUS conferiu a Londrina condições para consolidar o trabalho da construção da rede de saúde já iniciado. Em 1995 Londrina foi um dos primeiros municípios brasileiros a se credenciar na gestão semi-plena de saúde e, neste mesmo ano, um saldo positivo foi deixado pela gestão na área de saúde: elaboração do Plano Municipal de Saúde; criação de um sistema integrado de informações em saúde; criação de um sistema informatizado de prontuários, agendamento e exames; implantação de um sistema de geoprocessamento; oficinas de planejamento estratégico nas unidades de saúde; implantação dos programas de AIDS; implantação do NAPS e do PSF.

Em 1996, as novas eleições trouxeram ao poder um grupo político menos preocupado com a área de saúde (SILVA, 1999), o que tornou o processo mais lento e, aos poucos, acabou com a

primeira versão do PSF do município. Apenas em 2001 a inclusão do PSF voltou a se efetivar, com a entrada da nova gestão no governo.

Visita a Londrina

A visita a Londrina foi iniciada com uma conversa com a coordenadora de uma das unidades básicas de saúde, a Vila Casoni.

O município possui 102 equipes de saúde divididas em 53 (UBS). Cada equipe é composta de 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 4 ACS. Londrina tem cerca de 100 mil famílias, sendo cada ACS responsável por cerca de 250 delas, e o Programa Saúde da Família tem quase 80% de cobertura.

Cada uma das equipes se reúne semanalmente para discutir o andamento das ações. Londrina possui aproximadamente 400 ACS. Eles são terceirizados pela Santa Casa, mas mantidos com recursos municipais e do Governo Federal. Por recomendação da organização de saúde responsável por receber pesquisadores, foi escolhida a região chamada de Vila Casoni para ser visitada.

O bairro tem cerca de 10.000 famílias. A região tem apenas um ponto de zoneamento irregular onde existe uma favela. Além deste ponto, as diversas áreas da região são ocupadas por pessoas de classe média, considerando ainda que cerca de 21% delas têm algum plano de saúde. Os indicadores sociais do bairro também são bastante positivos, com quase 100% de abastecimento de água e esgoto e mais de 94% nos índices de escolaridade acima de 15 anos da população local.

Vila Casoni tem 3 equipes de saúde da família, totalizando 12 Agentes Comunitários, cada um responsável por uma micro-área. No primeiro dia de visita ao bairro, a coordenadora reuniu todos os ACS para me apresentar.

No total foram realizados 7 períodos de visita, entre manhãs e tardes, com cinco Agentes de Saúde diferentes. As escolhas foram feitas buscando não fugir muito dos padrões de Sobral, de forma que foram equilibradas entre Agentes de Saúde com pouca experiência (em média 4

meses de atuação) e Agentes Comunitários mais experientes (com até 4 anos de profissão ou que já tinham participado da primeira versão do programa); Agentes com formação como auxiliar de enfermagem ou de nível superior e Agentes sem formação.

Nestes períodos foram visitadas 26 casas. Em cada uma delas eu entrava com os Agentes, em algumas vezes era apresentada, em outras não, e transcrevia todas as falas e ações dos Agentes e das pessoas durante a visita.

Além das visitas às famílias, foram realizadas observações em uma reunião do grupo de hipertensos, uma reunião de avaliação do Ministério da Saúde, uma oficina de avaliação dos trabalhos do ano na UBS e diversos encontros e almoços informais na unidade, onde os Agentes se encontram no começo e no final de todos os períodos de trabalho e passam boa parte das manhãs. Nestes momentos, também há interação entre os próprios Agentes, entre eles e os outros profissionais da equipe e entre eles e a comunidade ali presente.

ACS – uma impressão inicial

Sobral e Londrina. A mais de 5000 km de distância, à mesma hora os Agentes Comunitários de Saúde se reúnem em suas unidades de saúde, onde diversas pessoas em fila passam pela triagem das enfermeiras para os encaminhamentos necessários.

Enquanto isso, os Agentes conversam entre si, contando resultados da tarde anterior ou as necessidades do dia de hoje; dão risada, esquecem o sol quente lá de fora, a terra batida, o tempo seco. Também verificam prontuários, solicitam remédios, conversam rapidamente com sua enfermeira e saem para a rua – quando não são segurados por pessoas da comunidade, que insistem em tirar dúvidas com eles sobre os serviços de saúde no posto.

Mesmo sob o sol escaldante, os Agentes vão para sua área. Sobem morros. Colocam o pé no chão. Carregam uma mala cheia de materiais básicos para seu trabalho – uma sombrinha, pacotes de soro caseiro, preservativos, rede para pegar larvas de dengue, alguns medicamentos, água e ficha de acompanhamento das casas visitadas.

Cada um tem sua rotina diária de visitas. Sabem onde devem passar, as casas que devem ser visitadas, as informações que devem levar. Mas nunca conseguem seguir o que programaram. Outras pessoas na rua pedem ajuda, param para conversar sobre algum problema da comunidade – um jovem ficou doente, uma mãe entrou em trabalho de parto antes da hora, uma criança nasceu.

Diversas ocorrências dão à rotina elementos de surpresa. Mas eles seguem. Entram nas casas sem bater. São sempre bem-vindos e recebem as melhores cadeiras. Recusam água, recusam café, recusam comida. Tiram os sapatos. Conhecem as pessoas.

São escutados atentamente por toda uma família que se reúne em volta deles, esperando melhores condições de vida. Eles fazem perguntas sobre a saúde,

tocam, cheiram, olham. Conversam sobre o dia. Trocam impressões sobre a rua. Sobre as pessoas. Sobre a nova vizinhança.

Por vezes dão conselhos, por vezes servem de confidentes. As crianças lhes pedem a bênção. Os adultos lhes pedem ajuda.

Realizam seus próprios diagnósticos e recomendam suas crenças – às vezes visita ao médico, às vezes um chá de ervas, às vezes uma rezadeira.

E diariamente eles resolvem caso a caso os problemas das famílias que conhecem, seus próprios vizinhos, seus colegas.

Depois das visitas pela manhã – que variam entre 6 e 10, dependendo da gravidade dos assuntos – retornam ao posto, onde fazem os encaminhamentos com enfermeiras, agendam consultas, tiram dúvidas e conversam com colegas sobre as impressões que tiveram. Algumas horas de almoço para aliviar o sol de até 40 graus sobre a cabeça de quem anda com o pé no chão.

A rotina da tarde não é diferente da manhã; só o sol ficou ainda mais forte e as famílias mais cansadas. Os Agentes voltam ao posto, recarregam suas malas e voltam à rua.

Novas visitas. Acompanham outros casos. Levam medicamentos. Avisam sobre consultas marcadas. Conversam no portão. E esperam por dias mais calmos. E mais frescos.

Quando têm reuniões nos postos, o alívio do descanso da tarde permite roupas mais arrumadas. Cabelos mais soltos. Mais pés no chão.

E quando as reuniões são mais amplas, em outros lugares, se arrumam com roupas ainda mais especiais. E impressionam pela beleza escondida diariamente em uniformes. E pela leveza da vida que levam fora das rotinas de trabalho.

E diariamente seguem seu trajeto. Resolver problemas. Reanimar vidas. Trazer esperança para a comunidade.

ACS e o Poder Público

Funções atribuídas e funções exercidas

Após analisadas todas as observações resultantes das visitas, foram agrupadas todas as funções que os Agentes de Saúde exercem em relação às políticas de saúde, independente de serem de sua atribuição original.

Em ambos os municípios, a base do trabalho dos Agentes está no acompanhamento de cada uma das famílias de sua área. No caso de Sobral, mensalmente, os ACS passam pelo menos uma vez por todas as casas (em média 200) de sua área de cobertura, acompanhando a saúde e realizando ações de educação e prevenção. Em alguns casos, os Agentes realizam visitas semanais - com gestantes, puérperas, crianças menores de cinco anos, idosos, hipertensos, diabéticos, hanseníacos e outros acamados. No caso de Londrina, cada Agente é responsável por cerca de 250 famílias e as visitas não seguem um calendário fixo e são realizadas de acordo com a necessidade de levar medicamentos, agendar consultas, levar exames ou a partir das demandas dos próprios pacientes.

Nas visitas, os Agentes Comunitários acompanham a saúde, muitas vezes realizam diagnósticos e encaminhamentos, controlam os procedimentos adotados em relação às doenças e fazem outros procedimentos. Além das visitas casa a casa, como os Agentes passam o dia caminhando pelas ruas de suas áreas, muitas vezes as pessoas lhes fazem perguntas ou chamam para suas casas, quando há alguma incidência que o Agente desconhecia.

Em todas as visitas e nas ruas, os Agentes realizam seu trabalho com base nas ações de educação e prevenção. Em cada uma das casas em que entram, fazem indicações sobre educação para saúde e higiene (prevenção de doenças, como limpar a casa, como manter a cozinha limpa, como cuidar das crianças, a forma de comer, de tomar banho e limpar banheiros, como tratar o lixo, etc.); educação alimentar (que tipo de alimentos devem ser ingeridos, como devem ser preparados, quais alimentos fornecem os nutrientes necessários, etc.); educação e controle para dengue (verificam tanques, baldes e outros possíveis depositários, fazem coleta de larvas e educam sobre como tratar a água para não reproduzir o

mosquito); e trabalhos de educação sexual (abordam temas de como prevenir gravidez, distribuem e ensinam a utilizar preservativos, fazem campanhas contra gravidez precoce, indicam para planejamento familiar e consultas de prevenção nas unidades de saúde, etc.).

As ações realizadas nas casas ocorrem em paralelo a outros encaminhamentos que os Agentes fazem. Quando, por exemplo, não conseguem resolver os casos sozinhos, os ACS são responsáveis por encaminhá-los a outros profissionais da saúde – por vezes levando enfermeiras e médicos para as visitas, por vezes agendando consultas nas unidades de saúde ou hospitais. Assim, diariamente, após realizarem as visitas, os Agentes voltam à unidade e passam para a enfermeira ou auxiliar de enfermagem responsável por sua área os casos que devem ser encaminhados para que sejam realizadas visitas nos domicílios. Além do encaminhamento destes casos, os Agentes são responsáveis, principalmente em Sobral, pelos agendamentos de consultas das enfermeiras e médicos, organizando as agendas e retornando as datas para a população.

Em ambos os municípios, todas as visitas realizadas pelos Agentes são cadastradas em uma folha de controle, a partir da qual se faz, mensalmente, um balanço e relatórios para a prefeitura. Dessa forma, em Sobral, na última semana do mês os Agentes se reúnem com suas enfermeiras para fecharem a prestação de contas e repassarem os dados para a secretaria de saúde. Em Londrina os casos são analisados mensalmente em cada equipe de Saúde da Família. São dados como o número de casas visitadas, número de gestantes, idosos, crianças, hipertensos, diabéticos e Hansenicos acompanhados, número de crianças pesadas, procedimentos adotados em alguns casos especiais, etc. Além de garantir que a prefeitura tenha uma base de dados sobre as ações de saúde, esta prestação busca verificar e garantir que todas as famílias que precisam estão sendo diretamente acompanhadas.

Por serem da comunidade e estarem capilarizados, há diversas atividades que não são de atribuição original dos ACS, mas que a prefeitura ou as equipes de saúde lhes pedem. Há ainda diversas atividades que a comunidade lhes solicita, por estarem próximos ao poder público, ou que eles mesmos acabam exercendo por conhecerem a comunidade.

Um dos principais trabalhos em Sobral que lhes é solicitado pela prefeitura e equipes de saúde, devido a sua capilaridade, é o de indicação para programas sociais. Assim, em Sobral, eles são os responsáveis por indicarem famílias para o Bolsa Família, para o programa de

distribuição de leite, para o Programa Trevo de Quatro Folhas⁶ e para receberem sopa nos postos de saúde. Os ACS fazem o levantamento e encaminham estas famílias para suas equipes que, com indicação da enfermeira, serão selecionadas para serem beneficiárias.

Os ACS em ambos os municípios também fazem encaminhamentos e organizam grupos de gestantes, hipertensos, diabéticos, adolescentes, hanseníacos, entre outros. Eles são os responsáveis por levantarem as pessoas que precisam, encaminhar e garantir que elas participem destes grupos nas unidades de saúde. Há, inclusive, diversas cobranças sobre eles se as pessoas de suas áreas não participam dos grupos, devendo, então, ser realizada uma busca ativa. Em uma reunião da Roda em Sobral, por exemplo, quando se discutia o motivo dos grupos estarem esvaziados, a enfermeira gerente da unidade cobra dos ACS não haver participação nos grupos e afirma que eles devem acreditar primeiro para poderem convencer as pessoas a freqüentarem e coloca, ainda, que *“seria bom para os ACS participar dos grupos, isso enriqueceria o trabalho de vocês”*.

Neste mesmo sentido está a visão em Sobral de que os ACS são responsáveis por preencherem cadastros para que a prefeitura consiga colher diversos dados. Recentemente, por exemplo, estava a cargo dos ACS preencherem um cadastro de analfabetos em todas as famílias que visitavam questionando se queriam ou não participar de programas de alfabetização. Este tipo de trabalho lhes é colocado como se eles fossem as únicas pessoas capazes de chegar à comunidade. Em uma reunião para cobrar o preenchimento das fichas, por exemplo, a gerente do posto de Sobral comenta que *“deve ser de grande interesse de todos nós alfabetizar essas pessoas porque isso melhora a qualidade de vida delas e o nosso trabalho”*. Por outro lado, há reclamações dos próprios ACS sobre este tipo de trabalho que, segundo eles, toma bastante tempo e os impede de exercerem seus trabalhos rotineiros.

Os ACS também realizam diversas atividades de mobilização da comunidade. Como é colocado diversas vezes por profissionais da saúde, eles, *“melhor do que ninguém, sabem quem são os líderes de suas áreas”* e conseguem chegar a eles. Assim, por exemplo, em Sobral os ACS ficaram encarregados de levantar os líderes que deveriam estar presentes na Conferência da Cidade. Os ACS também devem mobilizar a população a participarem atividades, eventos, campanhas, cursos, entre outras ações. Ainda no processo da Conferência, em Sobral, os ACS foram colocados pela secretaria de saúde para fazerem propagandas nas rádios convocando a população a participar das reuniões.

⁶ Programa municipal que objetiva garantir acompanhamento para gestantes, puérperas e crianças em risco.

Em Londrina, os Agentes também foram responsáveis por levantarem e contataram as lideranças para participarem das avaliações do PSF realizadas pelo Ministério da Saúde.

Esse tipo de mobilização também é bastante realizado em campanhas de saúde em ambos os casos onde, além de realizarem busca ativa e convidarem as pessoas nas casas, os Agentes fazem campanhas de rádio convocando a comunidade.

Por fim, todas as vezes em que estão no posto, outros profissionais de saúde e a própria população lhes solicita auxílio, de forma que acabam realizando diversas atividades nas unidades de saúde que estão além de suas obrigações originais. Quando faltam auxiliares de enfermagem, por exemplo, os Agentes auxiliam as enfermeiras a realizarem procedimentos como vacinas, curativos, indicação de medicamentos, etc. Algumas vezes também ajudam a recolher e marcar exames, arrumam salas e participam de grupos, ajudam a distribuir leite, chamam pacientes que não foram ao posto – mesmo que de fora de suas áreas -, tiram dúvidas e fazem encaminhamentos para a população presente no posto de saúde.

Algumas vezes, pode-se perceber que as enfermeiras e médicos colocam os Agentes em uma posição de “curinga”, em que servem para auxiliar em diferentes atividades necessárias. Estas ações e observações se repetem quando analisamos o discurso que o poder público – principalmente profissionais de saúde - têm em relação aos ACS.

Visões do Poder Público em relação aos ACS

Em diversas falas podem ser constatadas algumas visões do poder público em relação ao trabalho e às funções do ACS.

Há, em primeiro lugar, uma visão sobre a importância do trabalho deles enquanto pertencentes às equipes de saúde em ambos os municípios. Diversas falas demonstram que as equipes de saúde costumam colocar a atuação dos ACS como central para o programa saúde da família. Algumas das visões que o poder público atribui em relação a eles é de que são responsáveis por: realizar planejamento com as unidades, traçar perfil epidemiológico das regiões, realizar visitas, fazer diagnóstico comunitário, ajudar na questão educativa e de prevenção, entre outras.

Para a coordenadora dos ACS de Sobral, por exemplo, o trabalho dos Agentes é importante porque *“eles fazem o feed back da comunidade para o planejamento das ações dos núcleos”*. Já para a coordenador do PSF do município, eles têm o papel de *“realizar visitas domiciliares onde fazem o diagnóstico comunitário das famílias e das áreas de risco”*. Coloca-se ainda que eles são responsáveis pelos trabalhos de promoção de saúde formando grupos de tratamento, trabalham no combate à dengue e na inspeção domiciliar.

Como pôde ser observado em diversas reuniões de Roda em Sobral, há uma expectativa da equipe de saúde de que os ACS possam trazer para as unidades as necessidades da região e realizem diagnósticos para ajudarem no planejamento das ações. Há, ainda, uma visão de que, por pertencerem à comunidade, os Agentes vivenciem diretamente a realidade e funcionem como *“informantes”*. Como foi afirmado algumas vezes pelas enfermeiras da unidade, *“ele sabe quem deve ser medicado, visitado, alfabetizado, etc. Ele traz as ações e ajuda a construir o planejamento porque é ele quem vivencia a realidade da comunidade”*.

Em Londrina também aparece esta visão do poder público de que os Agentes de Saúde são essenciais no processo. Em conversa informal com a coordenadora do posto, antes de apresentar meu trabalho, ela afirma: *“eu gosto muito do trabalho dos ACS porque eles enxergam as coisas de outra forma. Os profissionais de saúde vêm com um peso, um ranço de sua história, mas os Agentes conseguem aprender mais fácil, gostam de aprender, conseguem mudar as coisas de forma mais simples”*.

Esta visão que o poder público coloca em relação ao trabalho dos ACS remonta às idéias apresentadas anteriormente de territorialização e espacialização das políticas públicas. Como foi apresentado no capítulo 1, na medida em que as políticas públicas são territorializadas, elas passam a compreender as dinâmicas e relações que existem no local e, portanto, passa a haver uma valorização da diversidade.

As diversas situações e depoimentos observados sobre os profissionais de saúde em relação aos Agentes Comunitários demonstra que se coloca neles a expectativa de, justamente, como afirmou Koga (2003) revisita à história, ao cotidiano, ao universo cultural da população que ali vive. Neste sentido, demonstra-se que, a partir do trabalho dos Agentes de Saúde, há um reconhecimento da atuação do Estado sobre as particularidades da sociedade, envolvendo os componentes culturais no desenvolvimento de suas ações. Isso, retomando ainda o que foi

apresentado por Koga, permite revelar um mundo desconhecido pelos diagnósticos normais de apreensão da realidade, questões que os dados objetivos não conseguem prever.

Esta mesma visão da atuação dos ACS aparece diversas vezes quando as equipes de saúde apresentam a idéia de que os Agentes realizam um elo entre a comunidade e a equipe. O termo elo, inclusive, aparece em diversas conversas e reuniões em que são solicitadas ações aos ACS.

Em uma reunião sobre um trabalho educativo, a coordenadora dos ACS afirma que os Agentes *“têm importância ímpar por seu elo, por seu acesso e por sua credibilidade. Eles são da comunidade e nunca perderam esse espaço”*. Sobre o assunto, em uma conversa informal entre profissionais da saúde, um educador físico em Sobral afirma que *“o Agente de Saúde é bom porque ele é um elo de ligação. É ele quem traz as necessidades e leva as possibilidades para a população. Ele é a base da promoção da saúde”*.

Essa idéia de elo ou ponte entre profissionais e a comunidade retoma a idéia da capilaridade dos Agentes de Saúde enquanto pessoas que conseguem compreender as dinâmicas locais e atuar de acordo com a realidade e com as necessidades da população.

Esta mesma visão de que os ACS conseguem chegar à comunidade aparece nas ações de mobilização da população. Como pode ser observado, há, por parte das enfermeiras, médicos e dos próprios ACS, uma cobrança para que sejam os mobilizadores por direitos da comunidade.

Em diversas atividades, como no processo da Conferência da Cidade de Sobral e no de avaliação em Londrina, bem como em outras ações de mobilização, as equipes de saúde colocam os Agentes na posição de mobilizadores, líderes ou identificadores das lideranças comunitárias.

Em reunião sobre a Conferência da Cidade, o coordenador afirmou que *“na Conferência, o ACS será o elo da comunidade para levar as informações e para estimular que a comunidade participe”*. Em outra reunião para os ACS, o mesmo coordenador afirma: *“como sempre, vocês são peças fundamentais para as lideranças, porque vocês são líderes e vocês têm grande influência na comunidade”*.

Na época da Conferência da Cidade, ainda, em algumas reuniões preparatórias, os organizadores estimulavam os ACS a mobilizarem a comunidade e, além disso, a estarem

presentes em todas as reuniões da conferência. Como afirmou a gerente da unidade em uma Roda, *“os Agentes de Saúde têm obrigação de estarem presentes”* e, confirmando a expectativa, uma das ACS responde *“se a gente não for, a comunidade vai estranhar que a gente não tá lá”*.

Em uma Roda da UBS em Sobral, ainda sobre o processo da Conferência, uma enfermeira discute a participação dos ACS nas pré-conferências afirmando que *“a gente sabe que pode contar com vocês nesses grupos. Vocês são muito importantes para mobilizar a comunidade. São imprescindíveis nesse processo”*.

Esta visão de que os Agentes Comunitários realizam mobilização por direitos retoma as teorias apresentadas sobre o novo conceito de cidadania. Neste conceito, uma das idéias presentes é da constituição de sujeitos ativos, ou seja, de sujeitos portadores de direitos e com informações e capacidades para exercê-los. Na medida em que se coloca nos Agentes de Saúde a responsabilidade de educar a população exercendo atividades de mobilização a partir do reconhecimento de lideranças e de levar a informação, o poder público está possibilitando que a sociedade seja capacitada para o reconhecimento e a informação sobre seus direitos. Ou seja, enquanto mobilizadores, os Agentes de Saúde conseguem promover na população a democratização da informação sobre seus direitos.

Além da idéia de acesso às informações, na visão do poder público sobre a atuação dos Agentes de Saúde está presente a idéia de promover direitos a partir do reconhecimento das diferenças, ou seja, do direito à igualdade e à diferença, também ligado ao conceito da nova cidadania. A partir do reconhecimento das diversidades e da compreensão que os Agentes têm das diversas dinâmicas locais, coloca-se no ACS a responsabilidade de atuarem de acordo com esse reconhecimento, respeitando as diferenças e promovendo a igualdade no acesso a informações e a serviços. Assim, a partir da atuação dos Agentes de Saúde, o poder público consegue, como coloca Lavallo (2003), constituir formas de interação com a população nas quais a diferença possa se expressar e se representar em uma negociação possível, onde os valores, argumentos e opiniões possam circular, se formar e onde se pode criar uma moralidade pública por meio da convivência democrática com as diferenças e os conflitos que elas carregam.

Em relação à ligação dos Agentes com a comunidade, há relatos de que a importância de seu trabalho se dá a partir da linguagem comum. Em julho de 2005 foi organizado um Encontro

Pedagógico para a Saúde Comunitária, coordenado por diversas lideranças de saúde de Sobral. Uma das atividades de grupo foi a discussão em torno de alguns temas básicos relacionados à saúde comunitária. Um dos grupos, cujo tema era a participação na saúde, tinha como integrantes diversos Agentes de Saúde, enfermeiras, líderes comunitárias e educadores físicos. A discussão caminhou no sentido da questão da linguagem e de como as políticas de saúde se tornavam pouco participativas pela deficiência no entendimento da linguagem tanto da comunidade como das equipes de saúde. Neste sentido, começou-se a ressaltar a importância dos ACS no processo, visto que compreendem ambas as linguagens. Uma das enfermeiras afirma, neste contexto, que *“a importância dos Agentes está em falar a linguagem que o outro entenda e é por isso que os Agentes ganham espaço nas equipes de saúde”*. Em seguida, um educador físico concorda, afirmando que *“as equipes de saúde deveriam aprender a linguagem dos Agentes Comunitários para se comunicarem melhor com a comunidade”*.

Essa idéia de reconhecimento pela linguagem está presente em autores como Spink (2001) e Geertz (2003), apresentados anteriormente, para os quais é por meio da linguagem que se constroem as dinâmicas no cotidiano. Geertz (2003), inclusive, traz o termo “tradução” para esse tipo de situação, a partir do qual um saber é transformado, traduzido em outro para que haja entendimento e diálogo.

A idéia de que os Agentes Comunitários de Saúde conseguem dialogar com comunidade e poder público remete à noção de que se não há linguagem comum, não se podem estabelecer relações de compreensão em que se possibilite o acesso a direitos e à informação. Desta forma, buscando garantir que a população tenha acesso aos serviços e a seus direitos, o poder público observa, na atuação dos Agentes de Saúde, a capacidade de chegarem à população por meio da compreensão da linguagem – que muitas vezes não se apresenta na relação entre outros profissionais de saúde e a comunidade. Esta compreensão e o uso de linguagem comum possibilitam que os Agentes cheguem efetivamente à população, compreendam seu cotidiano e consigam se comunicar, dialogar e, inclusive, compreender as necessidades da mesma, como será analisado adiante em relação aos saberes dos ACS.

Na visão dos profissionais de saúde sobre os Agentes, há certa admiração em relação ao envolvimento destes com a profissão. Em reunião entre a gerente da unidade e os ACS de Sobral, discutindo-se sobre o caso de uma criança doente, a gerente afirma que *“eu digo que só aprendi a trabalhar no PSF com o trabalho dos Agentes e o amor que eles têm na profissão”*. Em outra reunião, uma enfermeira elogia a sugestão de uma Agente de Saúde

“olha os Agentes de Saúde dando exemplo. Acho que vocês têm essa função”. Nesta mesma discussão, refletindo-se sobre a mobilização que os Agentes faziam para chamarem pessoas para os grupos de gestantes, a enfermeira ainda afirma *“temos que refletir porque só vocês conseguem trazer as pessoas”*.

Esta mesma visão pôde ser percebida em Londrina quando, na avaliação anual da UBS, um dentista faz uma reflexão de como garantir a continuidade nos tratamentos e afirma: *“para conseguir isso nós precisamos da ajuda dos ACS porque são eles que conseguem chegar e trazer as pessoas”*.

Além desta visão de que os ACS conseguem chegar às realidades locais, inatingíveis pelo poder público em diagnósticos objetivos de dados, há ainda uma visão de que os Agentes de Saúde são capacitados para trabalharem na questão de educação para a saúde. Em uma discussão sobre a realização do “Dia da Mancha” de Sobral (dia de identificação e tratamento dos hansênicos), estava sendo questionado se o programa deveria ser mantido mesmo sem a presença de médicos. Após algumas discussões, a gerente da unidade conclui afirmando que *“O ACS está capacitado para fazer aconselhamento, assim como a enfermeira. A gente não precisa perder o dia só porque não tem médico e, também, se a gente cancelar, a população vai achar que aqui só funciona com médico. A parte educativa é muito mais dos Agentes do que dos médicos e por isso devemos sim manter o Dia”*.

O que se percebe, analisando de forma geral a visão que o poder público em ambos os municípios tem do trabalho dos Agentes, é de, ao mesmo tempo, serem profissionais da saúde e pertencerem à comunidade. Ou seja, eles são capacitados para atuarem como profissionais da saúde – realizando promoção, educação, identificação e encaminhamentos –, mas também são bastante importantes e utilizados por serem da comunidade, atuarem como lideranças, estarem capilarizados, terem contato diretamente com a população e se tornarem, portanto, um elo entre o poder público e a população em ações que vão além das políticas de saúde.

ACS e a comunidade

Funções atribuídas e funções exercidas

As funções exercidas pelos ACS em relação à comunidade vão bem além do atendimento usual e programado de visita às casas, realização de atendimentos, encaminhamentos e acompanhamentos. Por serem da comunidade e conhecerem os serviços de saúde, eles são a todo o tempo questionados sobre diversos serviços.

Quando estão nas unidades de saúde, por exemplo, as pessoas ali presentes costumam lhes pedir indicações, ajudas sobre procedimentos, pedem para que sejam atendidos, solicitam medicamentos e tiram dúvidas, mesmo considerando que há profissionais no posto encarregados por cada uma dessas atividades. Houve diversas cenas, por exemplo, em que os Agentes de Saúde eram chamados por pessoas de suas áreas que lhes pediam para agilizarem o atendimento, ajuda para preencherem fichas ou auxílio quanto aos encaminhamentos que deveriam dar para serem atendidos. E, quando podem, os Agentes levam essas pessoas às enfermeiras e lhes explicam o caso pessoalmente, solicitando um atendimento mais rápido ou especial. Por vezes, ainda, alguns Agentes acompanham os atendimentos das pessoas de sua área para entenderem melhor o caso e para saberem como proceder posteriormente.

Quando estão percorrendo suas áreas, os ACS também costumam ser parados por pessoas da comunidade que lhes questionam sobre os serviços ou pedem algum tipo de auxílio. Foram presenciados diversos momentos em que os Agentes eram chamados por pessoas nas ruas que tiravam dúvidas sobre os serviços de saúde, sobre quem deveriam procurar, como, quando, etc.

Este mesmo tipo de situação não se limitava aos serviços de saúde. Os Agentes também são questionados sobre outros serviços como obtenção de documentos, procedimentos sobre inscrição nas escolas, nas creches, procedimentos para solicitar recolhimento de lixos, tratamento de água, entre outros serviços.

Situação 1 (Sobral)

Em visita a uma mãe com criança pequena, por exemplo, foi presenciado o seguinte diálogo:

Mãe: *o que eles dão de comida na creche? É só mingau?*

ACS: *não, tem lanche.*

Mãe: *mas eu gosto de dar suco de manhã para ele.*

ACS: *mas eles dão se as crianças não comerem mingau. E no almoço eles dão sopa, comida. O Dr Nilton (médico da unidade) foi até lá fazer o cardápio das crianças. Mas você precisa decidir mesmo se quer colocar ele na creche para eu pedir a indicação para o Dr. Nilton, se não ele pega a vaga de outra criança.*

Situação 2 (Sobral)

Em visita a uma mãe que precisa tirar os documentos para receber auxílio social:

Mãe: *mas como eu faço para conseguir os documentos?*

ACS: *você tem que ir lá na casa do cidadão.*

Mãe: *mas onde é? Como é?*

ACS: *tem que ir lá e levar a criança. Você sabe onde fica, né? Então, funciona das 8 às 17hs, aí você leva a criança e os teus documentos e tira lá os documentos dela.*

Situação 3 (Sobral)

Os Agentes também cobram que sejam tirados os documentos. Em uma casa onde a mãe já deveria ter registrado a criança, a Agente pergunta:

ACS: *você foi na casa do cidadão fazer o registro dele? Deu certo?*

Situação 4 (Sobral)

Há diversas cenas ainda em que os Agentes cobram das mães e pais para registrarem seus filhos, como:

ACS: *e porque você ainda não fez o registro dele?*

Mãe: *porque o pai quer esperar ter mais de um mês.*

ACS: *mas no cartório eles querem que faça com menos de um mês, porque é um direito do cidadão. Quanto mais cedo registrar, melhor.*

Apesar de não ser sua obrigação enquanto Agentes de Saúde, os ACS estão sempre a par destas questões e conseguem dar indicações para a população acerca do acesso a diferentes direitos e serviços. Isso se coloca por estarem presentes na comunidade que os vê como uma forma de acesso que, por diversas vezes, se comprova nos diálogos dos Agentes com a comunidade, como será demonstrado.

Além dos serviços que lhes são solicitados por serem das equipes de saúde, os Agentes realizam diversas ações que estão ligadas ao fato de serem da comunidade – independente de lhes ser solicitado. Estas ações são relacionadas a suas capacidades individuais, suas formas de ver o mundo e suas impressões sobre as questões de saúde no contexto em que estão inseridos.

Alguns Agentes ainda realizam um trabalho voltado para assistência e auxílio, quase como uma terapia, acompanhando os casos e ajudando as pessoas em seus problemas individuais e familiares. Os Agentes costumam saber as histórias e os cotidianos de todas as famílias que acompanham e, nas visitas, questionam sobre como estão de trabalho, nas escolas, se a família está bem, se melhorou alguma situação, etc.

Situação 5 (Sobral)

Em visita a uma mãe desempregada, por exemplo:

ACS: *você vai voltar para o emprego anterior?*

Mãe: *não.*

ACS: *você faz o que? Lava, passa, cozinha e cuida da casa?*

Mãe: *sim.*

ACS: *se souber de alguma coisa te aviso.*

Situação 6 (Londrina)

Agente em visita a uma senhora:

ACS: *só vim aqui dar um recado. Chegou o resultado do seu exame e a enfermeira tinha marcado consulta para hoje. Mas eu desmarquei porque conheço a senhora e sei que precisa avisar com bastante antecedência se não sua filha não consegue te levar lá. Então vim aqui*

avisar e ver que dia sua filha pode te acompanhar lá na unidade. Fala com ela que eu ligo aqui mais tarde para saber o melhor dia.

Essa fala demonstra o conhecimento da Agente sobre o cotidiano da família em questão, mostrando a proximidade que se estabelece nas relações.

Situação 7 (Sobral)

Em visita a uma puérpera, com bebê de dois meses, que estava sendo vítima de agressão pelo marido, foi observado o seguinte diálogo:

ACS: *o homem saiu? Então a gente conversa melhor. Que vida é essa que tu quer?*

Mãe: *eu vou embora.*

ACS: *tu não acha melhor mesmo? E ele te bateu agora por que?*

Mãe: *porque tava bêbado.*

ACS: *foi um murro na sua boca ontem?*

Mãe: *sim.*

ACS: *por que começa?*

Mãe: *por nada, de repente.*

ACS: *e o bebê? Ele não mexe na criança?*

Mãe: *não. Ele fica aí deitado.*

ACS: *e tu não faz nada?*

Mãe: *ontem eu quase matei ele. Peguei a faca, mas aí pensei que se acontece alguma coisa iam me tirar meu bebê. Outro dia peguei um copo e ele quebrou em mim.*

Marcela: *e tu faz isso com a criança aí? Tu tem que tomar uma decisão. Ou fica assim ou vai embora pra tua mãe logo.*

Mãe: *ele vai me pastorar lá seu eu for.*

Marcela: *e aquele dia que você foi fazer a denúncia?*

Mãe: *voltei. Não fiz não.*

Marcela: *sabia. Isso é opcional da vida. Ou tu fica assim ou decide junto com a justiça para ter uma vida melhor. Você não tem o que comer, só briga, apanha e o neném aqui. O neném sente tudo o que acontece. Ele sabe, tem o fator psicológico. Você tem que se amar para amar alguém. Homem não é tudo na vida não. Você tem que se libertar. Você já podia ir dar parte, o pessoal da SOS vem aqui e conversa com ele porque ele ta envolvendo a criança. O conselho tutelar pode ate vir aqui e levar a criança porque vocês ficam se pegando aqui. Tu com faca, ele com gogó de vidro. É uma irresponsabilidade e agressão com a criança.*

Situação 8 (Sobral)

Durante um visita, uma senhora conta para a Agente de Saúde sobre os problemas que está tendo com suas filhas adolescentes, mães solteiras, que estão brigando com ela e que não cuidam de seus filhos. No dia seguinte a Agente visita as filhas para entender e conversar sobre o que está acontecendo:

ACS: o que ta acontecendo contigo? Tu ta diferente, não tô te reconhecendo. Ta até querendo expulsar tua mãe daqui.

Filha: mas ela é que ta enchendo meu saco. Se ela tá incomodada, ela que saia. Eu também tenho direito dessa casa.

ACS: vocês têm que se entender. Cada um tem uma parcela de culpa. Falta entendimento e conversa. Tu tá com a cabeça virada. Tu tinha objetivo de vida e hoje não tem mais nada.

Filha: tu é que não tem problema. Tu não tem filho, não mora de favor, não tem tua mãe enchendo o saco.

ACS: tu virou uma adolescente de novo. Tem que ter paciência.

Filha: tu tem que ver meu lado. Tenho filho sem pai, não trabalho.

ACS: mas tu tem que procurar, é muito dependente. Tem que voltar a estudar, procurar emprego. Eu falo pra você abrir os olhos. Vocês tão sendo muito desajuzadas.

Situação 9 (Sobral)

Em outra casa cuja mãe tem dois filhos adolescentes com problemas, a mãe conta o que os filhos estão fazendo (envolvimento com drogas):

ACS: ele tá na adolescência que é a fase de experimentar tudo. Eu vi ele na rua e fiquei preocupada.

Mãe: eu tô perdendo minha vida por meus filhos.

ACS: não fica angustiada.

Mãe: eles deixam os carros passar pos cima de mim. Eu desde ontem que tô com vontade de ligar pro SOS para pegar a menina lá na minha irmã. E ela ainda quer viajar e levar minha filha junto.

ACS: Tu tem que ver o que pode fazer por ela. Ela é sua filha independente de tudo. Hoje a gente tem que saber que um dia a filha transa e não depende da gente proibir ou deixar. A gente precisa abrir os olhos para o que pode acontecer se ela transar e não se prevenir. A gravidez, as doenças. O mesmo acontece com as drogas que tão no nosso dia a dia. A gente tem que tomar cuidado porque tem um monte de gente usando por aí. Eles não são maus, mas a gente tem que tomar cuidado.

Mãe: me contaram que viram meu filho cheirando cola outro dia.

ACS: desde pequeno a gente cria e é bem mais difícil sem pai. Os filhos sentem falta do apoio dele e a gente tem que esclarecer que a droga pode matar. Tem que abrir os olhos e não adianta proibir, mas sim dizer o risco.

Foram observadas ainda diversas cenas em que os Agentes aconselham em relação a drogaditos, a alcoólatras, desempregados, adolescentes rebeldes, etc.

Outra ação recorrente dos Agentes, e que não está em sua condição original de trabalho, é em relação à mobilização de lideranças. Como apresentado anteriormente, muitas vezes a prefeitura coloca a eles o trabalho de identificar e mobilizar as lideranças por pertencerem à comunidade e conhecerem as pessoas. Essa atividade pôde ser acompanhada devido ao processo de Conferência da Cidade em Sobral e de uma avaliação para o Ministério da Saúde em Londrina.

Situação 10 (Sobral)

Em visita a um casal de idosos, por exemplo:

ACS: Eu vim fazer um convite a vocês. Tu sabe que é importante na área, que é uma líder aqui e dia 18 é a conferência.

Senhora: o que é isso?

ACS: é o momento que a equipe de saúde e as lideranças e outros profissionais se reúnem para buscar resolver os problemas do bairro. É bom que as pessoas que falam e sabem os problemas da comunidade dêem sua opinião. Você é uma peça fundamental porque é uma líder de minha área.

Situação 11 (Sobral)

Em outra ocasião, andando pela rua uma Agente encontra um dos líderes comunitários:

ACS: você que é liderança do bairro precisa participar do dia 18.

Ele afirma que já sabe e que não faltará.

Situação 12 (Sobral)

Em visita a uma mulher, conversando sobre a coleta de lixo do bairro, a Agente dialoga com a líder comunitária:

ACS: dia 18 a gente vai ter lá no Cirão (escola municipal) um grande encontro para articular propostas para a vida social do bairro (Conferência da Cidade). E o prefeito tá convidando todo o mundo que pode falar e eu gostaria que tu participasse porque tu coloca sua opinião. E também tem uma equipe no posto tratando do lixo da comunidade e eu vou me informar da data e te aviso.

Em Londrina, o mesmo tipo de situação pôde ser presenciado quando as Agentes ficaram encarregadas de convidarem as lideranças comunitárias para serem entrevistadas por uma equipe de avaliação do Ministério da Saúde. Neste contexto, foram acompanhadas algumas visitas em que as Agentes convidavam as lideranças comunitárias – principalmente pessoas ligadas à igreja – para participarem da avaliação.

Além das ações a serviço da prefeitura ou das políticas de saúde apresentadas anteriormente, pode ser observado e constatado em entrevistas e conversas informais que, principalmente em Sobral, grande parte dos Agentes de Saúde exercem alguma atividade enquanto lideranças comunitárias. Dessa forma, além de buscarem mobilizar a comunidade para algumas atividades eles mesmos exercem atividades como lideranças.

Situação 13 (Sobral)

Ainda na situação 11, na mesma conversa sobre a coleta de lixo do bairro, a Agente comenta com uma residente da comunidade:

ACS: Já faz tempo que eu sou Agente e brigo com isso, mas só eu falando não adianta.

Neste mesmo diálogo a Agente ainda afirma:

ACS: mas nessa luta e união um dia a gente consegue.

Os Agentes ainda fazem um trabalho de educação para direitos. A palavra direito aparece diversas vezes nas visitas e diálogos com a população e eles tentam sempre afirmar esta questão, como pode ser observado nas situações seguintes.

Situação 14 (Sobral)

Em uma discussão na unidade sobre a distribuição de leite e sopa para as pessoas carentes, os Agentes dialogam entre si:

ACS 1: essas coisas funcionam muito como assistencialistas e tem gente que tem vergonha porque não quer receber coisa como caridade. Cabe a nós mesmos mudar a forma que é ofertado. Se mudar a caridade e colocar como direito da desnutrição, que não é favor, fica diferente. Se for como cidadão, vai mudando. A gente precisa mudar essa realidade porque o leite eles entendem como direito. Não podemos botar na cabeça que sopa é caridade. É um

direito que a prefeitura garante pra equidade. É obrigação de quem tá aqui entender como direito.

ACS 2: eu ia fazer minha colocação nesse sentido que as pessoas vêem como os que morrem de fome tendo um favor e o leite como direito.

Situação 15 (Sobral)

Em visita a uma nova gestante que escondera a gravidez:

ACS: mas por que tu não contou que tava grávida?

Mãe: tava com vergonha.

ACS: mas aí tu tem direito a ter acompanhamento do médico, da enfermeira, do Agente, de fazer pré-natal, ter visita.

Situação 16 (Sobral)

Em visita a uma criança recém nascida que não tem ainda registro em cartório, a Agente coloca:

ACS: no cartório eles querem que faça (registro) com menos de um mês porque é um direito do cidadão. Quanto mais cedo registrar, melhor.

Situação 17 (Sobral)

Em uma discussão sobre a coleta de lixo, afirmando que a população não consegue se acostumar com a coleta, a ACS afirma:

ACS: não dá para entender. É falta de costume. Quando eles se acostumarem que têm direito do carro (de coleta de lixo)... o pior é que a maioria das pessoas vêm do sertão e lá não tem costume de se comprometer com isso.

Visões da Comunidade em relação aos ACS

Analisando as situações, podem-se traçar algumas perspectivas da visão da comunidade em relação à atuação dos ACS.

Em algumas falas pode-se perceber que a comunidade em geral tem a visão de que os Agentes Comunitários resolvem tudo o que precisam, de que trabalham bastante e desempenham um

bom trabalho, sabem que podem contar com eles havendo um reconhecimento de seu trabalho e, como consequência, estabelecem uma relação bastante próxima dos Agentes.

Situação 18 (Sobral)

Essa confiança de que os Agentes podem resolver tudo aparece, por exemplo, em uma visita a um senhor com hipertensão. Após dar algumas instruções sobre como se tratar e ir a uma consulta, a esposa pergunta à Agente:

Mulher: *mas como a gente faz quando chegar lá no posto?*

Marido: *ah, pode deixar que tando lá no posto a A. (ACS) ajeita tudo.*

Situação 19 (Londrina)

A valorização do trabalho dos Agentes também aparece no seguinte caso, quando, ao chegar na casa de uma das pacientes, o vizinho comenta:

Vizinho: *que chique, recebendo visita médica em casa!*

Isso também pode ser observado na medida em que a população recorre aos Agentes para resolverem diversas questões ligadas ou não à saúde, como foi mostrado anteriormente. Além da visão positiva do trabalho dos Agentes, existe também uma visão de que os Agentes desempenham bastante trabalho, como pode-se observar em seguida.

Situação 20 (Sobral)

Em consulta a um paciente com hanseníase na unidade de saúde, a enfermeira conversava com o paciente enquanto seu pai esperava conversando com a Agente de Saúde de sua área. A Agente comenta que estava bastante cansada de andar tanto.

Pai: *mas por que, o que tu tem feito?*

ACS: *tenho ido muito à tua casa e às casas dos outros lá da área (em tom de brincadeira). Aí eu fico muito cansada de andar o dia todo.*

Pai: *mas tu trabalha muito mesmo. Eu te encontro sempre voltando às 19hs para casa, em horário que já não devia tá trabalhando.*

Situação 21 (Sobral)

A valorização do trabalho dos Agentes também pôde ser observada enquanto andávamos na rua e encontramos uma senhora com sua criança. Ela primeiramente mostra a criança para a Agente:

Mãe: *olha, já tá andando!*

ACS: *que linda! Mas eu tô triste porque vocês me deixaram, não gostam mais de mim (referindo-se ao fato de que a família mudara de área e agora era atendida por outro Agente).*

Mãe: *não é nada disso. Você é um amor. É ótima e não podia fazer mais do que faz.*

Existe também uma confiança de que os Agentes realizarão seu trabalho, ou seja, uma expectativa de que sua rotina é sempre cumprida e de que as pessoas fazem parte desta rotina.

Situação 22 (Sobral)

Em visita a uma gestante, a Agente pergunta se ela foi à consulta da semana anterior. A gestante responde:

Gestante: *eu não fui semana passada porque fui fazer ultra-som, mas aí pensei 'C. (ACS) vai vir aqui na semana que vem e eu aviso a ela'.*

Sobre a rotina e a confiança no trabalho dos Agentes, foram presenciadas diversas situações em que as pessoas paravam nas ruas pedindo para os Agentes irem a suas casas, ou seja, a própria comunidade solicita o trabalho dos Agentes por confiar neles.

Por vezes, inclusive, essa confiança se torna até um prejuízo à saúde, na medida em que algumas pessoas deixam de ir a médicos por não gostarem e confiam apenas nos Agentes de Saúde.

Situação 23 (Sobral)

G. tem 45 anos, gestação de risco com 8 meses, perdeu 4 crianças em abortos e teve recentemente uma hemorragia. Recusa-se a ir ao médico e não deixa nenhum médico ou enfermeira entrar em sua casa, não fez nenhum exame de pré-natal. Confia apenas no Agente de Saúde que a visita diariamente.

ACS: *eu me preocupo muito com você porque são duas vidas.*

G: *mas tu não me venha aqui com médico não!*

ACS: *Deus abençoe que dê tudo certo, mas se não der, a culpa vem pra mim porque não te convenci a ir no posto. E eu vou falar o que? Eles acham que eu não é que não queria que tu fosse no posto. Eu já te disse que o risco é muito grande.*

G: *mas eu faço outro. E namoro quanto quiser e faço outro.*

ACS: *sim, eu sei, mas ainda são duas vidas. E depois que sangrou tem mexido muito?*

G: *não, depois não mexeu mais não.*

ACS: *e nem se teu pai vier aqui tu não vai ao médico?*

G: *nem se deus aparecer aqui e descer do céu.*

ACS: *deus tá mandando pessoas aqui nas portas pra te alertar, mas tu não aceita. Deus tá tentando e tu não quer ouvir. Bom, pense na sua vida, na criança, no seu pai que precisa de você. Tu sabe que é a mais esclarecida da família. Eu sou seu amigo, tu sabe que eu venho aqui como amigo.*

G: *a Inês (ACS) veio outro dia aqui, eu pensei que ela fosse falar alguma coisa, mas não falou.*

ACS: *eu disse a ela que tu fica brava com isso.*

G: *se eu for para o médico, ele vai dizer que tá morto e eu tenho medo. Não quero não. Não gosto mais de médico desde o dia em que fui na Santa Casa e vi meu irmão morto numa cama e eles dizendo que tava vivo.*

ACS: *tá certo que sua lembrança é doída, mas tu tem que se cuidar. É tua vida.*

G: *eu não me importo não. Eu não sei ler, mas eu respeito todas as pessoas. Tem muita gente por aí, médico, que sabe ler e é ignorante.*

Essa confiança também se estende para um nível pessoal entre os Agentes e a comunidade. Como foi apresentado anteriormente, diversas vezes os Agentes se tornam confidentes e auxiliam as famílias em questões particulares que vão além da saúde.

Situação 24 (Sobral)

Em conversa informal com uma gestante, ela confirma:

Gestante: *Tenho muito espaço para desabafar com minha Agente de Saúde, e sempre vou na casa dela.*

Situação 25 (Londrina)

Em relação à confiança estabelecida com os Agentes, em visita a uma senhora idosa, ela confessa em voz baixa para a Agente de Saúde:

Sra: então, queria dizer também que vou sair agora correndo para ir no banco buscar o dinheiro da aposentadoria sem ele (seu filho) ver. Se ele chegar aí me avise.

A confiança também pode ser vista a partir das ligações que as famílias estabelecem com os ACS, que se tornam bastante próximos dos cotidianos de cada uma das famílias. Há relatos, inclusive, de alguns Agentes Comunitários comentando que as famílias reclamam bastante quando há trocas de Agentes. Em todas as consultas e visitas realizadas nas unidades de saúde pergunta-se às pessoas o nome dos Agentes e todos sempre sabem quem são seus Agentes, onde eles moram, o que fazem etc.

Quando, por exemplo, algum Agente entra de férias, outro passa a realizar as visitas por aquele período. Em algumas visitas acompanhadas nesta situação, pôde-se perceber um grande desconforto das famílias em saber que seus Agentes estavam de férias em ambos os municípios. O mesmo desconforto pôde ser notado quando os Agentes estavam realizando cursos e ficavam uma semana fora das áreas. Ao avisar as famílias, elas reagiam com bastante preocupação, questionando o que deveriam fazer caso acontecesse algo, ou quem deveriam procurar ou, inclusive, se poderiam ir à casa dos Agentes de noite se alguém adoentasse.

A visão de que os Agentes Comunitários são do poder público e a idéia de que estão próximos à comunidade possibilita que se chegue no conceito de nova cidadania tratado anteriormente. Na medida em que a própria comunidade reconhece os ACS como alguém que lhes dá acesso aos serviços, eles passam a ser um vínculo da comunidade com os serviços públicos – não apenas de saúde, mas os serviços de forma geral, como pôde ser demonstrado. Desta forma, os ACS são vistos pela comunidade como profissionais que permitem o acesso a direitos, à informação, etc. Há um reconhecimento neles enquanto Agentes, enquanto elo com o poder público.

Esse processo reforça a idéia de garantir que a população tenha acesso a seus direitos e às informações necessárias para garanti-los. Além disso, o conceito de nova cidadania está presente aí na medida em que a população percebe a prática dos ACS como atividades individuais, de família a família, com reconhecimento. Ou seja, a própria comunidade percebe na atuação dos Agentes a idéia de diferença e equidade – os Agentes garantem acesso aos

serviços, mas tratam cada família particularmente, reconhecem as histórias, as trajetórias e acompanham cada caso. Há, portanto, uma visão da comunidade de que os Agentes Comunitários conseguem, ao mesmo tempo, garantir equidade respeitando as diversidades.

Além de uma ligação de confiança, a comunidade estabelece uma relação de reconhecimento dos Agentes enquanto pertencentes à comunidade. Referências às famílias, às histórias e às rotinas dos Agentes são bastante comuns nas visitas. Assim, por exemplo, costumam conversar sobre a comunidade da igreja que freqüentam, sobre a família dos Agentes, sobre os pais, filhos e maridos, etc., estabelecendo conexões entre os Agentes e a comunidade.

Situação 26 (Sobral)

Em visita a um casal de idosos, por exemplo, a senhora apresenta ao marido:

Senhora: *essa é a C., Agente de Saúde da comunidade.*

Senhor: *ah, você que é a C., eu conheci seu pai desde pequeno.*

Situação 27 (Sobral)

Essa conexão pode ser percebida também em visita a uma mulher a Agente e elas conversam sobre a igreja. Em seguida a moça conta:

Mulher: *nós vamos na sexta para o sertão.*

ACS: *traga uma galinha e um porco para mim. Eu não posso ir por causa de meu avô.*

Situação 28 (Londrina)

Ou, ainda, pode-se perceber a conexão em visita a uma senhora, quando ela pergunta para a ACS:

Sra: *que dia tem outra reunião na igreja que nesta eu não fui?*

Em seguida outra senhora também presente na casa pergunta para a Agente Comunitária em que escola tinha matriculado sua filha e se estava gostando da escola. Elas começaram, então, a conversar sobre o assunto.

A visão de que os Agentes pertencem à comunidade também se estabelece na expectativa que se coloca aos Agentes de participarem das atividades comunitárias. Como já foi demonstrado anteriormente, no convite para participarem da conferência da cidade uma Agente afirma:

ACS: se a gente não for (na reunião) a comunidade vai estranhar que a gente não tá lá.

Existe também uma imagem de que os Agentes de Saúde por vezes exercem um papel de controle das famílias, imagem que está ligada ao fato de eles visitarem constantemente as casas e de saberem todas as ocorrências.

Situação 29 (Sobral)

No posto de saúde duas Agentes, A. e F., conversam sobre a situação de J. que tem 90 anos. Ela está senil e vive colecionando lixo em sua casa. Foram encontrados diversos depositários de dengue, bem como uma cobra em sua sala.

A. comenta com F. que em visita no dia anterior J. reclamara que F. queria levá-la a um asilo e que ela certamente não iria. A. conta que J estava bastante brava com F.

Em seguida vamos a uma visita na casa de J. acompanhando a enfermeira para avaliar sobre a possibilidade de enviá-la a algum asilo municipal. Enquanto conversavam sobre a situação da casa, J. afirma:

J: Ninguém vai me tirar daqui. Eu não tenho mãe, pai, nada, mas tenho um filhinho e uns netos e não quero ir para convento nenhum. F. (Agente de Saúde) me disse que vai me levar, mas eu não vou.

A visão de controle também pôde ser observada em algumas outras situações. Entrando em uma casa para realizar visita, um homem bêbado, deitado na rede grita para dentro da casa: “mulher, chegou a polícia atrás de você”. Ou uma criança para a mãe em outra visita: “mãe, é o SOS saúde”.

Situação 30 (Londrina)

Esta visão também aparecem em uma reunião do grupo de hipertensos quando uma mulher comenta com a outra:

Mulher: *eu vim correndo da cidade para o grupo, porque precisa vir aqui para pegar os remédios. Se a gente não vem, eles não dão os remédios depois...*

Por fim, parece prevalecer uma imagem de admiração e agradecimento ao trabalho dos Agentes. Esta visão pode ser verificada em diversas situações.

Situação 31 (Sobral)

Visita a uma puérpera de outro bairro que veio passar o restante da gestação com sua mãe nos Terrenos Novos. A Agente lhe dá instruções sobre como proceder na volta para sua área de origem. A puérpera agradece:

Mãe: *eu queria te agradecer. Gostei muito de ter você como Agente nesses dias. Muito obrigada.*

Situação 32 (Sobral)

Andando pela rua uma senhora chama a Agente de Saúde. Apresenta-se como nova moradora da área. Depois de conversarem sobre a saúde dela, a senhora pega a mão da Agente, levanta, abraça e beija dizendo:

Sra: *muito obrigada. Eu não vou esquecer de você, ainda mais porque você tem o nome de minha mãe.*

Situação 33 (Londrina)

Entramos na casa de uma senhora acamada e quando vê a Agente ela diz:

ACS: *oi, meu xodozinho.*

Depois de um tempo de conversa, a senhora pergunta o que eu estava fazendo ali. Digo que estou conhecendo o trabalho das Agentes e a senhora diz:

Sra: *o trabalho dessa Agente é muito especial.*

Esta admiração e reconhecimento também se percebem quando as crianças pedem a bênção para os Agentes, ato que vai além da religião.

Situação 34 (Sobral)

No Encontro Pedagógico de Saúde Comunitária, uma líder comunitária coloca sua opinião sobre o trabalho dos Agentes em sua área:

Líder: eu acho que para ser ACS precisa gostar de cuidar das pessoas, ter conversa. Admiro muito os Agentes de Saúde, mas eles também precisam fazer seu papel sem pensar só no salário. Também tem a questão de andar de casa em casa que é complicada porque o profissional não pode ficar fofocando. Precisa ter ética no trabalho. Na minha comunidade o difícil é o povo porque o povo quer tudo na mão, não quer se deslocar. Essas pessoas não ajudam o trabalho do Agente de prevenção. É preciso ajudar porque não adianta só o Agente fazer.

Essa relação de confiança e reconhecimento dos Agentes enquanto parte do cotidiano das famílias traz à tona as teorias apresentadas de Milton Santos sobre o local, apresentadas no capítulo 2. Para ele, a localização é um feixe de forças sociais que exercem sobre um local e, ainda, um espaço é indivisível dos seres humanos que ele habitam e o transformam. O espaço, para ele, inclui a conexão materialista de um homem com o outro. O trabalho dos ACS permite que, ao mesmo tempo em que participem da dinâmica local, tragam conhecimentos exteriores. Assim, eles se constituem nesta noção de espaço e de forças sociais, realizando conexão entre as pessoas e, ao mesmo tempo, conseguem introduzir nestas dinâmicas locais as informações necessárias para garantir cidadania à população.

O trabalho realizado pelos Agentes é, portanto, reconhecido pela população como algo que pertence a seus cotidianos, que é indivisível das dinâmicas locais, na medida em que os próprios ACS pertencem a esse espaço e a essa dinâmica. A própria comunidade estabelece com os Agentes uma relação mais próxima que se sustenta pelo reconhecimento das relações e do pertencimento dos Agentes àquele espaço. Na medida em que a própria população reconhece isso, o trabalho dos Agentes passa a ser integrado ao cotidiano da comunidade.

Analisando de forma geral a visão que a comunidade tem do trabalho dos Agentes é bastante semelhante com a visão que o poder público tem deles. Por um lado, são vistos como alguém do poder público – que vão além de serem profissionais de saúde – para quem se podem solicitar serviços, informações e, por outro lado, são vistos como alguém da comunidade com quem se estabelecem relações bastante próximas e em quem se confia como atuante enquanto liderança comunitária.

ACS por ACS – visão dos Agentes sobre seus trabalhos

A visão que os Agentes têm em relação a seus próprios trabalhos aparece em diversas conversas, formais e informais, tanto em Sobral como em Londrina.

Em entrevista com alguns ACS sobre o que é ser Agente foram colocadas frases como “*não trocaria por nada*”, “*é um trabalho muito importante*”, entre outras frases que valorizam o ser Agente de Saúde.

Sobre o trabalho em si, há uma visão dos Agentes de que o que realizam é importante, de que fazem acompanhamento e ajudam as pessoas. Neste sentido, em conversas informais com os Agentes ou em reuniões de equipe foram presenciadas em ambos os municípios frases como:

“O trabalho da gente é na informação e a gente tem que conscientizar. A gente faz um trabalho de acompanhamento”.

“Estou bastante cansada já de trabalhar, mas vou continuar para poder ajudar as pessoas”.

O orgulho do trabalho que realizam também aparece quando, por exemplo, uma Agente realiza o seguinte comentário depois de ser indagada se os Agentes conseguem atuar dentro das áreas de risco (drogas e prostituição):

ACS: Claro que não tem problema, a gente faz um trabalho bem legal lá, então as pessoas gostam da gente.

Ou, ainda, outra Agente que afirma:

ACS: gosto muito do que faço e trabalhar na saúde é por gostar, não é por salário, se não, não vai.

Em Londrina os Agentes Comunitários de Saúde têm grande orgulho do trabalho que estão realizando em relação à organização das informações. Por ser um PSF novo, coube aos ACS atuais levantar e ordenar todos os dados da comunidade. Assim, eles organizaram pastas de trabalho para cada um onde têm o registro de todos os dados e realizam os acompanhamentos das famílias. Este orgulho por serem responsáveis pelas informações apareceu algumas vezes

quando as Agentes me chamavam para mostrar seus cadernos e os prontuários coloridos, marcando as divisões das equipes e dos casos.

Por vezes os Agentes se colocam no papel de acompanhar e cuidar das famílias, tornando seu trabalho imprescindível para a saúde das mesmas. Nestes casos, de alguma forma, pode-se remeter à idéia de controle apresentada anteriormente no exercício dos ACS:

Situação 35 (Sobral)

Em visita a uma puérpera, a moça conta que voltará para seu bairro agora que a criança nasceu e pergunta à ACS como deve proceder em relação à equipe de saúde da família.

A Agente explica a ela:

ACS: Assim que você chegar lá deve procurar o Agente de Saúde para falar que você voltou e eles ficarem já de olho.

Situação 36 (Sobral)

A mesma constatação foi feita em outra situação com diferente Agente e família, em que a Agente afirma:

ACS: Procure o seu ACS assim que chegar para você não ficar solta.

Situação 37 (Sobral)

Este tipo de controle que os ACS assumem em relação a seu trabalho também pôde ser verificado na fala de uma Agente de Saúde após dar bronca em uma moça que não cuidava da mãe. Depois de dizer a ela que chamaria o SOS criança se ela não tomasse uma atitude, a Agente comenta comigo:

ACS: tem umas que se a gente não der de autoridade...

Situação 38 (Sobral)

Na fala seguinte também se pode constatar uma idéia de controle na prática dos ACS:

ACS: não tem mãe que engana. A gente tem olho clínico e a gente sabe que amamenta e quem está grávida antes de eles contarem.

Situação 39 (Londrina)

Na situação seguinte, a Agente também demonstra um exercício de controle sobre a paciente. Em visita a uma senhora idosa, a Agente vai até o quarto com a senhora e troca os remédios que estão em pequenos copos plásticos. Em seguida pergunta a ela como está tomando cada um dos remédios e os deixa em ordem para que tome nos horários e nas quantidades certas.

Na saída ela me conta:

ACS: preciso vir aqui toda semana porque ela sempre toma errado e eu preciso conferir se está sobrando ou faltando remédio.

Situação 40 (Sobral)

A visão de que são importantes para a promoção da saúde pode ser constatada em situações como: em quase todas as visitas, a Agente entra na casa sem bater, mas neste caso a porta está fechada. A Agente bate na porta e diz:

ACS: boa tarde, abre aqui o portão. Não reclama que a gente não vem aqui. É o SOS do Agente de Saúde.

Os próprios Agentes, portanto, se vêem como detentores de saberes diferenciados dos saberes da comunidade, de forma que se acham necessários no trabalho que exercem.

Ao mesmo tempo, os Agentes de Saúde valorizam seu trabalho enquanto parte da equipe de saúde da família. Neste sentido, conseguem ver a si mesmos como um profissional que está na base do trabalho comunitário. Assim como colocado na visão do poder público em relação aos Agentes de Saúde, os termos como *elo*, *ponte* e *porta de entrada* aparecem constantemente no discurso dos ACS sobre seu trabalho, demonstrando como acreditam realizar uma ligação entre a comunidade e o poder público.

Situação 41 (Sobral)

Discutindo sobre o trabalho dos Agentes de Saúde, em Sobral, uma Agente afirma:

ACS: o Agente Comunitário é a porta de entrada da saúde.

Situação 42 (Sobral)

O mesmo pode ser observado na fala de uma líder dos Agentes de Saúde na reunião mensal da associação de ACS. Na ocasião, estava-se discutindo a municipalização dos Agentes de Saúde e qual sua importância no processo. Buscando fortalecer o grupo, a Agente fala:

ACS: Nós respeitamos e precisamos do trabalho dos médicos e enfermeiros, mas se nós não estivermos na área, o médico e o enfermeiro não vão saber nada, quem é quem e quais os problemas. O médico e enfermeiro já acham pouco o salário deles para ir para campo. E somos nós, nós somos a ponte, o elo, nós é que chegamos na comunidade. Somos nós que pisamos em terra quente, embaixo do sol. Somos nós que fazemos. E temos que ter essa consciência porque quando o médico der um grito com a gente, a gente não deve abaixar a cabeça porque eles não são nosso patrão, são parceiros de nossa equipe. Todos precisam respeitar e não temos que abaixar a cabeça. Temos que nos valorizar. O que eu digo aqui, eu digo lá e disse isso já para o secretário de estado. E sabe por que? Porque eu sou profissional. Ele paga e eu trabalho e reconheço muito meu trabalho. Nenhum deles faz o trabalho que vocês fazem, somos nós que fazemos isso.

Em seguida outra Agente faz um comentário:

ACS: a gente não precisa temer ninguém se a gente trabalhar direito. Se a gente tem certeza de nosso trabalho correto, não tem que temer. Por isso precisa mostrar trabalho.

Situação 43 (Londrina)

Isto também se comprova em Londrina, quando, indo a uma visita de uma senhora com Alzheimer, a Agente me conta que ela desconfiava da doença, mas que o médico demorou muito tempo para acreditar no diagnóstico da Agente, até que um exame confirmou. Depois de contar a história, a Agente me diz:

ACS: eu é que sei destas coisas. Eu to todo dia aqui visitando as casas e eu é que sei quando alguma coisa está diferente.

Pode-se perceber também que os Agentes de Saúde estabelecem um envolvimento pessoal e comunitário em seu trabalho.

Situação 44 (Sobral)

Em discussão no Encontro Pedagógico de Saúde Comunitária sobre como é ser Agente de Saúde uma Agente coloca que:

ACS: O nosso trabalho precisa de boa dose de amor e não só preocupação com o dinheiro. Quando eu entrei, já trabalhava gratuitamente na pastoral (da criança). É um trabalho muito bonito, mas precisa ter amor e se preocupar com o trabalho. É muita coisa se você quiser ser responsável. ACS não é só visitar as famílias, mas é a preocupação com a comunidade e os

problemas dela. Quando a gente faz com amor, tem que conhecer cada família e saber o que cada uma delas precisa.

Nesta mesma discussão outra Agente afirma:

ACS: para ser um profissional precisa primeiro ser um líder comunitário para saber o que é comunidade, o que é servir a comunidade. A comunidade ainda não é esclarecida sobre a saúde. Falta conhecerem as rotinas. Ela não consegue ainda entender as várias propostas de trabalho da saúde, como os conselhos. A comunidade deveria ser sempre parceira dos serviços de saúde.

Em todas as ações está presente também um engajamento comunitário que aparece em discussões dos Agentes de Saúde sobre problemas da comunidade.

Situação 45 (Sobral)

Após uma visita a uma casa recém reformada, a Agente Comunitária me conta:

ACS: eu nunca conseguia fazer banheiro nessa casa, mas briguei tanto que construíram um quarto a mais e um banheiro com dinheiro da prefeitura.

A mesma Agente, em outra discussão, afirma, sobre a implantação de serviços de água e esgoto no bairro:

ACS: já faz tempo que eu sou Agente e brigo com isso, mas só eu falando não adianta. Eu sempre briguei para ter água e esgoto no bairro, chorava, parecia uma louca brigando nas reuniões para que fizessem encanamento e tratamento de água.

Este envolvimento comunitário reforça ainda mais a idéia apresentada anteriormente de que os Agentes Comunitários de Saúde garantem o acesso da população a serviços e direitos. Aqui podemos novamente retomar o conceito de nova cidadania, na medida em que os ACS permitem o acesso da comunidade a seus direitos de forma equitativa e, ao mesmo tempo, diferenciada, como pode ser visto em seguida.

O envolvimento comunitário vai além do engajamento em torno de ações. Diversas frases e gestos dos Agentes comprovam que eles se colocam em uma posição próxima da comunidade e das famílias atendidas.

Descrevendo a relação dos Agentes com as famílias, por exemplo, uma das Agentes afirma:

ACS: no começo a gente tinha até resistência com as famílias, mas hoje elas recebem a gente bastante bem.

Isso pode também ser percebido em frases como:

ACS: Não troco por nada ser Agente de Saúde porque a família se torna sua própria família.

Ou, ainda, em conversas informais com uma Agente:

ACS: gosto muito do meu trabalho porque eu fico muito perto das famílias.

Outra Agente afirma:

ACS: conheço todo o bairro e todos os ACS conhecem as pessoas que moram aqui.

Depois de um longo dia de visitas, voltando à unidade de saúde, um Agente confessa:

ACS: gosto muito do que faço porque vejo a satisfação que as pessoas têm com meu trabalho.

Situação 46 (Sobral)

Na saída de uma visita bastante longa, uma Agente de Saúde diz:

ACS: gosto muito do trabalho por ser bem recebida nas casas e isso é uma grande satisfação, já que o salário é pouco.

A mesma Agente de Saúde, em seguida, me conta estar triste porque saiu de férias e não sabe decor o nome de diversos recém nascidos de sua área. Como se fosse uma grande falha não saber o nome de “suas crianças”, ela diz, encontrando solução:

ACS: Mas aí eu peço para ver o cartão (de saúde) deles porque a mãe não pode perceber que eu não lembro do nome.

Em conversa informal com uma Agente de Saúde ela afirma:

ACS: o Agente de Saúde adquiriu confiança grande inclusive de a população se confidenciar e falar de sua vida íntima.

Ou, ainda, na saída de uma visita a uma idosa bastante doente, a Agente confessa:

ACS: é difícil, a gente pega um vínculo, um amor com esse povo...

Alguns termos frequentemente utilizados pelos Agentes tornam essa relação ainda mais próxima, como: você é meu amigo, minha família, minhas crianças, quero te ajudar, eu me preocupo com você, entre outras.

Situação 47 (Sobral)

Observando a lista de novas famílias inscritas para receber o leite, uma Agente de Saúde afirma para outra:

ACS: *Gosto muito de ver minhas famílias com leite.*

Situação 48 (Sobral)

Em visita a uma mulher que se recusava a ir à unidade de saúde, um Agente afirma:

ACS: *Eu sou seu amigo, você sabe que eu venho aqui como amigo.*

Após dar bronca em uma gestante que não fora à consulta de pré-natal, a Agente afirma:

ACS: *Eu to tentando ajudar, mas você tem que deixar eu ajudar.*

Há ainda outras frases que são constantes nas visitas e que demonstram o envolvimento que os Agentes de Saúde colocam em relação a seu trabalho e à comunidade, como: “*mas você me prometeu*”, “*eu me preocupo com você*”, “*você me enganou e não foi na consulta*” e, ainda, “*eu tava louco pra te ver*”. É comum, também, encontrar Agentes que chamem as pessoas de “*meu amor*” durante as visitas.

Podem ser observados alguns gestos que demonstram a proximidade que os Agentes se colocam das famílias. Em quase todas as visitas, tanto em Londrina como em Sobral, os Agentes entram nas casas sem bater. Abrem a porta e chamam as pessoas, ou entram e as procuram pela casa. Foi bastante comum, inclusive, encontrar pessoas descansando quando entrávamos nas casas e acordá-las para as visitas. Os Agentes também costumam receber e dar abraços e beijos nas famílias, o que reforça a idéia da proximidade estabelecida.

Como os Agentes moram na comunidade em que trabalham, há muitas vezes uma relação que vai além da comunitária e se estende para a familiar. Foram acompanhadas, por exemplo, diversas visitas a parentes dos Agentes de Saúde. Nestes momentos, apesar de conversarem

sobre assuntos familiares, os Agentes conseguem manter uma postura tão profissional quanto em outras visitas, realizando todos os procedimentos necessários.

Situação 49 (Sobral)

Um caso complicado foi em relação a uma Agente cujo avô estava com câncer terminal. Além de ser parente, por ser Agente da área, fizemos a visita de rotina. A Agente entra, pede a bênção, conversa sobre coisas de família e em seguida faz o atendimento ao avô. Mede sua pressão, conversa, tenta alimentá-lo e dá algumas instruções. Quando saímos de lá a Agente me confessa:

ACS: É muito complicado tratar do meu avô. Eu já tentei convencer ele a ir no médico sendo uma Agente de Saúde, mas ele não quer. Além disso, eu já pedi para alguém vir fazer isso por mim porque ele não me ouve já que sou neta dele. E não é porque eu sou Agente, mas é uma vida que está em jogo.

O envolvimento dos Agentes Comunitários com as famílias, observado pelos próprios Agentes, reforça a idéia de que eles se enxergam como pertencentes à comunidade – o que já tinha sido tratado na visão da comunidade sobre os Agentes de Saúde. Retomando o que Milton Santos (2004) fala sobre o assunto, quando trata da constituição das dinâmicas do espaço, os próprios Agentes de Saúde reforçam essa idéia na medida em que eles próprios se reconhecem como participantes das dinâmicas e dos cotidianos da comunidade, de forma que conhecem as famílias e se sentem parte delas, tornando o trabalho mais próximo das relações localmente estabelecidas.

Apesar de valorizarem seu trabalho enquanto profissionais da saúde, por vezes os Agentes também vêem limite naquilo que fazem – seja limite pela sobrecarga de atividades, seja limite pelo conhecimento que têm.

Situação 50 (Sobral)

F. tem 15 anos, acabou de ter uma criança. Ambas estão desnutridas. Ela mora em uma pequena casa de pau a pique e não tem dinheiro para comprar comida. O Agente de Saúde a visita constantemente, por vezes levando leite de sua própria casa para ela. Mas quando me leva para conhecer a situação dela, justifica os problemas e seu limite afirmando:

ACS: Já tentei de tudo. Mas nós somos assim, os Agentes de Saúde, a gente ajuda no que dá, mas não consegue tudo, nem Jesus conseguiu...

Situação 51 (Sobral)

Este limite também se coloca em relação à profissão. Em um dia bastante atribulado na unidade de saúde, uma enfermeira pede brincando para o Agente de Saúde que realize uma consulta por ela. Ele responde:

ACS: Até gostaria, mas eu não fui treinado pra isso.

Situação 52 (Sobral)

Em conversa na unidade de saúde, uma Agente conta para outra sobre o caso de uma gestante com mastite que está fazendo um tratamento e que ela precisa ajudar a drenar e fazer massagens. Ela vai contando como funciona a drenagem e diz em certo momento com bastante agonia:

ACS: eu acho que não estou preparada para isso.

Situação 53 (Sobral)

A visão de que o trabalho dos ACS é por vezes limitado aparece em uma discussão sobre a continuidade do Dia da Mancha (dia da hanseníase) que seria cancelado pela falta de médicos.

Enfermeira: mesmo não tendo médico, vocês acham que o dia da mancha só se faz com médicos e devemos cancelar? Porque dessa vez a gente podia ver cuidado. Seria um dia de promoção da saúde. O que os ACS acham?

ACS 1: acho que se as pessoas souberem que não tem médico, eles não vem. Tanto é que hoje a unidade tava vazia, só tinha criança. Eles desaparecem (se referindo ao fato de que nesta semana não havia médicos na unidade).

Enfermeira: mas vocês não percebem que isso é porque a comunidade não está pronta para a promoção da saúde? Qual é o nosso papel? É só a doença? Se for assim logo a gente perde tudo o emprego. Precisamos começar a trabalhar que não é só tratar da doença o nosso papel.

ACS 2: mas a enfermeira não pode nem passar remédio.

ACS 3: a gente tá o tempo todo conscientizando as pessoas do nosso papel maior que a doença.

ACS 1: eu acho que é válido porque a gente fortalece que não é só o médico que faz saúde.

Auxiliar de enfermagem: mas a gente tem que ver a cabeça das pessoas, porque eu acho que eles não vêm. Não podemos receitar nada e esse não é o momento. Vai confundir a cabeça da população. Não vai ter resultados.

ACS 4 (baixo ao meu lado): não é nada disso.

Enfermeira: a ação não é só médica e isso precisa ser explicado. O Agente de Saúde está capacitado para fazer aconselhamento, assim como a enfermeira. A gente não precisa perder

o dia só porque não tem médico e, também, se a gente cancelar, a população vai achar que aqui só funciona com médico. A parte educativa é muito mais dos Agentes do que dos médicos e por isso devemos sim manter o Dia.

ACS 3: não custa nada tentar.

Nesta discussão há, em um primeiro momento, um questionamento e uma desvalorização do trabalho dos Agentes e de suas capacidades, desvalorização esta feita pelos próprios Agentes. Em seguida eles vão reconhecendo sua importância e valorizam seu trabalho enquanto educadores e promotores da saúde.

Os limites que os próprios Agentes Comunitários colocam em relação a seus saberes e suas atribuições pôde também ser verificado em Londrina. Neste caso, ainda, os limites de atuação dos ACS parecem ser maiores pela forte atuação dos auxiliares de enfermagem na equipe.

Situação 54 (Londrina)

Após me perguntarem sobre as atribuições dos ACS em Sobral, uma das Agentes justifica o fato de não estar trabalhando de tarde:

ACS: a gente faz até onde pode, até nosso limite. O resto a gente fica dependendo da boa vontade dos outros.

Em seguida o auxiliar de enfermagem entra na sala e a Agente lhe pergunta:

ACS: você já viu o que eu te dei? Preciso ir pra rua com aquilo.

Auxiliar: não vi nada, não deu tempo.

ACS: depois não reclama que eu não faço nada.

Situação 55 (Londrina)

Este mesmo tipo de limite de atuação aparece em uma discussão entre enfermeiras e ACS em Londrina. Conversando sobre a obrigação da unidade de saúde dar os prontuários às famílias se elas desejarem, a Agente comenta com a enfermeira:

ACS: mas isso quem pode fazer é você. Nós somos Agentes de Saúde, não podemos fazer isso. Isso é da sua categoria.

Situação 56 (Sobral)

Por vezes também aparecem discussões relacionadas à sobrecarga de trabalho dos Agentes de Saúde que colocam limites em relação a suas capacidades de trabalhar.

Na situação 20, por exemplo, pôde ser presenciada a reclamação de uma Agente sobre seu cansaço e excesso de trabalho.

No fim de uma tarde, depois de atender a diversos chamados e problemas, voltando à unidade de saúde uma Agente me diz:

ACS: Estou muito cansada, muito carregada do trabalho. É muito difícil lidar com as dificuldades das famílias e às vezes eles me chamam demais e precisam de mim.

Situação 57 (Londrina)

Em uma discussão sobre o tempo de trabalho dos ACS, uma Agente faz o seguinte comentário também abordando a questão da sobrecarga de trabalho:

ACS: Não aguento mais essa vida de ACS. Quero minha carta de alforria.

Nesta fala começa a aparecer uma questão ligada ao poder dos Agentes de Saúde, que também pode ser vista na situação seguinte.

Situação 58 (Sobral)

Em reunião entre a gerente da unidade e os Agentes de Saúde, a gerente cobra pontualidade afirmando que a prefeitura está cobrando maior controle dela. Os Agentes discutem:

ACS 1: eu acho que é só você que tá pegando em nosso pé, mais nada. Os Agentes das outras unidades só trabalham de manhã e só a gente fica abestalhado trabalhando o dia todo.

Gerente: mas o errado são eles. Não nós.

ACS 2: eu acho que a gente tem que ter responsabilidade.

ACS 1: pois eu encontrei 6 Agentes e eles contaram que não trabalharam no feriado. Eu perguntei o que a gerente deles acha e eles disseram que ela não diz nada.

Gerente: e você acha isso bom?

ACS 1: eu acho. Aliás, amanhã eu vou começar uma revolução aqui e vou ser líder de todo o mundo. Vamos brigar aqui.

Na discussão acima, além da questão da sobrecarga de trabalho, está presente a idéia de poder e autonomia no trabalho dos ACS, e que se reforçam em outras cenas.

Situação 59 (Sobral)

Depois de reclamar de sua enfermeira que lhe pedira atividades extras, um Agente afirma:

ACS: *Ficou decidido em Roda que ninguém aqui pode me mandar calar porque ninguém paga meu salário.*

Situação 60 (Sobral)

Esta idéia também aparece em uma discussão entre ACS sobre a participação dos diversos profissionais no planejamento das ações, quando a Agente comenta com as outras:

ACS: *é claro que a gente participa. A gente tem o direito de opinar nas reuniões da unidade.*

Em relação às capacidades no trabalho, os ACS comentam algumas vezes sobre o aprendizado que têm.

Situação 61 (Sobral)

Contando sobre o curso seqüencial dos Agentes de Saúde, uma Agente diz:

ACS: *Tenho aprendido muito e é muito bom ver que eu posso aplicar na prática as coisas que eu to aprendendo.*

Situação 62 (Sobral)

Recentemente o Ministério da Saúde implantou um curso de formação técnica para os Agentes de Saúde que passaram a ser categoria profissional.

Quando souberam do curso, alguns Agentes ficaram alvoroçados, pois teriam que conciliar ao trabalho (por três semanas) e o curso (por uma semana) a cada mês. Na discussão sobre a formação, uma das Agentes diz:

ACS: *Pois eu fico é muito feliz de saber que posso estudar. Ainda mais porque eu gosto muito de ser Agente e acho que o curso só vai ajudar.*

Essa mesma visão aparece em diversas visitas nas quais os Agentes comunicam às famílias que estarão ausentes na próxima semana devido ao curso. Nestas ocasiões colocam frases como: “*eu vou lá para aprender a cuidar melhor de vocês*”, ou “*vou lá e quando voltar vou ser melhor Agente ainda*”.

Nestas frases também está presente a idéia de gostar do trabalho que realizam, o que se repete diversas vezes e por diversos momentos.

Situação 63 (Sobral)

Quando um dos Agentes de Saúde não estava bastante envolvido com o trabalho, os outros Agentes se reuniram e começaram a criticá-lo. Na ocasião, uma das justificativas apresentadas pelos Agentes para que ele não ficasse no trabalho foi:

ACS: é injusto ele ficar aqui porque ele está roubando a vaga de alguém que gostaria e faria com prazer o trabalho.

Algumas outras visões que os Agentes Comunitários têm de seu trabalho podem ser identificadas abaixo.

Situação 64 (Londrina)

Durante o mês de novembro, o Ministério da Saúde estava realizando em Londrina uma avaliação do PSF. Para isso, os ACS deveriam preencher uma pesquisa escrita e, para facilitar o trabalho, cinco das Agentes decidem fazer isso junto. Sentadas em uma sala elas discutiram e responderam a algumas das questões. Entre uma série de perguntas relativas à unidade – que, em grande parte, não sabiam responder - aparecem questões relativas a seus trabalhos que, de certa forma, dá uma amostra de como elas analisam sua atuação. Entre as respostas que elas colocam estão:

- Há dificuldades de toda a equipe por aceitarem o trabalho dos Agentes.
- A população valoriza bastante o trabalho dos Agentes de Saúde.
- Para trabalhar no PSF tem que ser contratado apenas para isso.
- Trabalho no PSF porque compartilho a idéia de que o PSF poder melhorar o sistema de saúde.

Analisando de forma geral, a visão que os Agentes têm de seu próprio trabalho é de que são profissionais da saúde e do poder público de bastante importância para garantir o acesso da população a direitos e serviços. Ao mesmo tempo, o que se repete em relação ao poder público e à comunidade, os Agentes se colocam como o elo, como as pessoas que conseguem chegar na comunidade e funcionar como porta de entrada por serem da comunidade e conhecerem as demandas e necessidades da população.

ACS e seus Saberes

Analisando os diálogos estabelecidos entre os ACS e a comunidade, podem-se resgatar diversos elementos que dizem respeito aos saberes que os Agentes utilizam em suas práticas cotidianas. Criação de referências, uso de saberes próprios e saberes adquiridos, triangulação e tradução de termos são alguns dos elementos presentes na análise do cotidiano de trabalho dos Agentes, como poderá ser visto em seguida.

Uma primeira constatação é de que os Agentes de Saúde utilizam-se de saberes adquiridos enquanto profissionais da saúde e se apropriam destes discursos e procedimentos em suas práticas cotidianas. Entre esses saberes estão presentes o uso de termos da medicina tradicional, recomendação de procedimentos etc.

Nas seguintes situações podem-se constatar alguns momentos em que os saberes da saúde são utilizados.

Situação 65 (Sobral)

Em visita a uma puérpera, a Agente faz uma recomendação:

ACS: a gente também tem que tirar o queixinho dele porque dói quando ele mama errado. Para não ferir tem que ajudar. Mas tá indo tudo bem com o peito, eu já olhei.

Situação 66 (Sobral)

Em uma reunião na unidade de saúde, a Agente se baseia em saberes adquiridos na saúde e afirma:

ACS: na hora da sopa (distribuição de sopa para desnutridos) podia aproveitar para fazer uma hora de cativa, falar da higiene, de vermes e doenças. Podia usar o momento para ser educacional. Fazer as crianças se lavarem, limpar mãos, o nariz.

Situação 67 (Sobral)

Algumas vezes, os Agentes utilizam-se de termos bastante complexos para explicarem procedimentos ou realizarem diagnósticos. Após visitarmos uma criança com alguns problemas físicos, a Agente me conta:

ACS: essa criança teve sérios problemas, a mãe teve gonorréia e meningite na gravidez e com isso ele ficou com algumas lesões.

Situação 68 (Sobral)

Em visita a uma casa, a Agente vai até o jardim e comenta, dando bronca na dona da casa:

ACS: isso está cheio de dengue.

Ela entra na casa, recolhe as larvas da água, vai olhar o jardim e dá instruções, perguntando também sobre os galhos e as plantas e sobre quem iria tirar o lixo dali.

Situação 69 (Sobral)

As recomendações aprendidas pela prática de saúde continuam nas seguintes situações:

ACS: de quem é esse bico (chupeta) e essa mamadeira no chão? Tá sem tampa e fica tudo cheio de bactéria. Tem que lavar e esquentar.

Situação 70 (Sobral)

Ou ainda quando uma Agente diz para uma puérpera:

ACS: a gengiva dele vai coçar logo por causa dos dentinhos.

Situação 71 (Londrina)

Em uma roda de Agentes, um diálogo demonstra a propriedade que eles têm sobre saberes e termos médicos. Uma das Agentes conta para as outras:

ACS 1: Meu marido está fazendo aquele exame para o coração, o Holter.

ACS 2: mas por que?

ACS 1: ele fez eletrocardiograma e deu uma alteração. O eletro dele está cheio de falhas, não há continuidades nos batimentos.

ACS 2: ah, quer dizer que agora ele vai ser meu paciente? Terei que visitá-lo em casa? Com o maior prazer...

Situação 72 (Sobral)

Uma mãe vem avisar a Agente que a filha está com dor de ouvido.

ACS: tu precisa dar remédio e vir na consulta com urgência, porque se não, tua criança pode ficar surda.

Situação 73 (Sobral)

Uma gestante de risco conta que está com muita dor de cabeça.

ACS: mas é na nuca?

Mãe: não, é na cabeça toda, vai mudando.

ACS: Daniele (enfermeira) disse que quando a dor dá na cabeça toda é porque é pressão. Você precisa ir com urgência ao posto medir sua pressão.

Situação 74 (Sobral)

A mãe, assustada com a perda de peso do filho recém nascido, pergunta para a Agente de Saúde se isto é normal e ela responde:

ACS: é que na diferença de ele estar dentro e sair da barriga ele perde alguns gramas, mas pouquinho, porque ele sente a diferença. Mas depois sobe de novo. Com 15 dias pese ele de novo para ver se subiu ou caiu de peso.

Apesar de utilizarem constantemente os saberes comunitários juntamente com saberes da saúde, como será demonstrado em seguida, por vezes os Agentes acabam privilegiando os saberes da saúde como se fossem mais avançados que os saberes comunitários.

Situação 75 (Sobral)

Em uma visita a uma família com duas crianças, a Agente pergunta para a mãe porque raspava o cabelo do filho. A mãe responde que a criança estava com piolho e a Agente comenta:

ACS: mas no posto tem remédio de piolho. Você ainda é da época da propaganda de TV que cabelo com piolho se raspa? Não precisa mais não. E agora depois de raspar cresce tudo enroladinho.

Situação 76 (Sobral)

A mesma situação pode ser vista na seguinte visita:

Mãe: eu tenho medo porque ela arrota muito e me disseram que isso dá febre.

ACS: não, isso é lenda. Quando as nossas mães e avós ficavam perto das crianças e elas arrotavam e depois tinham caroço, elas achavam que era por causa do arrote. Mas não é verdade, é só tabu. Os médicos dizem que não tem nada a ver. Só não pode deixar os peitos cheios de leite que pode dar caroço, mas não tem nada a ver com soluço.

Mãe: é que toda vez que ela áa mamando e ela arrota, as pessoas ficaram dizendo que é perigoso.

ACS: tem muito falatório por ai, mas não tem a ver. Precisa sim é dar leite e não deixar o peito cheio.

Em todas essas situações está presente um discurso ligado ao aprendizado que os Agentes de Saúde tiveram enquanto profissionais da saúde. Por diversas vezes, pode-se perceber que esses discursos são apenas réplicas das recomendações dadas por médicos e enfermeiras. Esses mesmos discursos também estão presentes em materiais institucionais e em reuniões de capacitação e aprendizagem. Podemos compreender essas práticas remetendo ao conceito de verticalização de saberes apresentado por Milton Santos (2004). Quando analisa o espaço, o autor coloca sobre ele a incidência das forças horizontais e verticais, considerando que as primeiras são fruto de dinâmicas internas e as segundas são forças que incidem a partir do ambiente externo. Neste caso, o uso dos saberes adquiridos enquanto profissionais de saúde – e muitas vezes sua sobreposição aos saberes comunitários – pode ser visto como uma incidência dos saberes externos nas dinâmicas locais. Ou seja, nestes casos apresentados anteriormente, os Agentes Comunitários se tornam reprodutores de saberes produzidos e adquiridos fora das dinâmicas cotidianas da comunidade, trazendo novos elementos para essas dinâmicas. Esse processo poderá ser visto com maior profundidade em seguida, quando os Agentes passam a intercalar saberes locais com saberes técnicos.

Durante grande parte das visitas, pode-se perceber que a prática dos Agentes de Saúde não se restringe ao uso de saberes técnicos da saúde. Nas visitas costuma-se dar uma variação entre saberes da saúde e saberes próprios ou locais, criando-se referências e tornando o discurso mais compreensível para a comunidade.

Um dos elementos bastante presentes nos diálogos dos Agentes com as famílias é a criação de referências. Por diversas vezes os Agentes referenciam suas falas em algo compreensível ou que faz parte do cotidiano das famílias.

Um dos exemplos disso é em relação à religião. Falas que retomam religiosidade são bastante comuns nas visitas. Por vezes apenas falam de Deus, aconselham a rezar, por vezes dizem que

estão rezando e fazem promessas para algum paciente melhorar. São comuns frases como “*Deus abençoe que dê tudo certo*”; “*Graças a Deus*”; “*Fique com Deus*”; “*Vai ficar bem, graças a Deus*”. A palavra fé aparece em diferentes conversas com a comunidade, como, por exemplo, em um caso bastante complicado em que a ACS explica para a família as dificuldades e afirma “*só com fé mesmo para sobreviver*”.

Em alguns momentos, os próprios ACS se colocam na posição de rezar para as pessoas melhorarem. Foi presenciada, por exemplo, uma conversa entre uma ACS e uma enfermeira. A Agente conta para a enfermeira que passara a noite rezando e fazendo promessas para uma menina melhorar e, “*graças a Deus*”, de manhã estava tudo bem. Também foram presenciadas cenas em que os Agentes recomendavam à população que, além de consultar um médico, fosse a uma rezadeira para que a doença passasse mais rápido.

Há ainda conversas em que os Agentes invocam poderes maléficos para explicar a doença (“*disseram que ele está possuído*”), sem que isso signifique um abandono do tratamento. Por vezes, também, a igreja se torna assunto nas visitas, tratando sobre o novo pastor, a igreja nova, as missas e festas que serão celebradas, etc.

Durante grande parte das visitas acompanhadas em Sobral, quando entrávamos em casas com crianças, elas costumavam pedir a bênção para os Agentes, o que também acontecia por vezes nas ruas onde crianças passavam e encontravam os Agentes de Saúde de suas áreas. Há, inclusive, casos de Agentes de Saúde que se tornaram padrinhos ou madrinhas de crianças que acompanhavam.

Alem da religião, os Agentes costumam criar referências em relação às famílias ou a situações comuns de vida.

Situação 77 (Sobral)

Um exemplo foi presenciado em visita a uma família bastante carente. A Agente recomenda que as crianças passem a tomar leite na UBS e a mãe diz:

Mãe: mas a enfermeira disse que a gente não podia porque não era desnutrido.

ACS: mas em alguns casos que a gente conhece e acha que também tem que tomar, pode ir sim. Vocês vivem com um salário só por mês com tanta criança. Precisa alimentar. Não é só para desnutridos não, se a gente acha que deve e recomenda, então pode.

Há algumas outras situações em que os ACS estabelecem referências:

Situação 78 (Sobral)

Em visita a uma mulher que não queria fazer pré-natal, o Agente, retomando a função anteriormente apresentada de controle, diz:

ACS: vou avisar teu pai que tu não quer ir no médico. Ele vai ficar bem bravo com você.

Situação 79 (Sobral)

Em outra situação, a Agente explica para a gestante quem é a enfermeira que deve ser procurada:

ACS: mas você deve ir lá. A enfermeira é a Josalba, filha do seu Carneiro. Ela vai ajeitar tudo pra você.

Além do estabelecimento de referências, os Agentes utilizam-se de diversos saberes comunitários – não adquiridos enquanto profissionais da saúde – para indicar tratamento sem que isso, novamente, signifique prejuízo ao tratamento normal da saúde. Um dos exemplos disso é na recomendação de formas de tratamento alternativa, como remédios caseiros e outros procedimentos.

Em muitas visitas e diálogos se repetem discursos que variam entre o saber adquirido enquanto profissional de saúde e o saber que vem das vivências comunitárias. Vale dizer que há, ao mesmo tempo, no discurso dos Agentes um papel didático de ensinar as famílias e tornar o conhecimento mais acessível a elas. Os Agentes, portanto, estabelecem suas rotinas de trabalho variando o discurso entre os saberes e tornando as instruções mais compreensíveis para a população, como poderá ser visto em seguida.

Situação 80 (Sobral)

Neste primeiro caso, ao mesmo tempo em que o ACS recomenda procedimentos adquiridos na saúde, ele faz recomendações próprias a outros saberes. Em visita a uma criança com dor de garganta, observou-se o seguinte diálogo:

Mãe: o pequeno está bem, mas a maior está com dor de garganta.

ACS: *e o que você está dando a ela?*

Mãe: *chá de quiabo.*

ACS: *não quer levar ela ao médico?*

Mãe: *não adianta porque ela já ta tomando remédio e é só esperar.*

ACS: *mas é remédio caseiro. Tem certeza que adianta?*

Mãe: *acho que sim. Eu já dei antes e funcionou.*

ACS: *nem sempre é bom remédio caseiro, mas dê a ela também mel, não deixa ela descalça e nem na terra quente.*

Quando o ACS questiona a funcionalidade do remédio caseiro, ele está se baseando em informações que adquiriu enquanto profissional da saúde. Em seguida, no entanto, ele se abstém destas informações e recomenda o uso de mel e de sapatos, que não são recomendações usuais adquiridas pelo profissional da saúde.

Situação 81 (Londrina)

Em Londrina os Agentes também se utilizam, embora em menor escala, dos saberes localmente adquiridos. Em visita a um senhor anêmico, por exemplo, a Agente afirma:

ACS: *tem que comer as verduras escuras, como couve, beterraba e comer bastante fígado para melhorar.*

Situação 82 (Sobral)

Este mesmo tipo de situação pôde ser observado em outra visita, quando a Agente recomenda para uma criança com gripe:

ACS: *então dê um suquinho para elas sempre. Quando chegar o dinheiro do bolsa família, compre laranja e dê suco. Se for limão, não faz muito forte.*

Em seguida a Agente recomenda que a mãe lave a criança com aroeira para melhorar uma coceira.

No dia seguinte, a mesma Agente conta para a enfermeira, se referindo à mesma família:

ACS: *ontem eu fui lá na casa deles e fiz até um caldo de feijão para as crianças pra ensinar quanto colocar de óleo e como cozinhar pra ter bastante vitamina.*

Situação 83 (Sobral)

Em outra visita a Agente faz sugestão para uma criança com assadura:

ACS: *para melhorar, usa sabão de coco no banho, depois passa um oleozinho de neném ainda molhado.*

O mesmo tipo de recomendação apareceu em diversas visitas, nas quais os Agentes ensinavam as famílias a cozinhar, como cuidar da comida, que tipo de alimentação dar, como dar banho, etc.

Situação 84 (Sobral)

Em visita a uma família com duas crianças, a Agente une saberes afirmando:

ACS: a outra tá com coceiras também? Leve ela amanhã para ver isso. Isso é escabiose, passa de um para o outro. Tem que lavar as roupas separado, engomar ou colocar no sol. Se não fizer isso, passa de um para o outro.

Neste diálogo, a Agente faz um diagnóstico da saúde afirmando que é escabiose (termo médico). Em seguida recomenda que a mãe lave as roupas, engome e coloque no sol, procedimentos que não são comumente presentes nas recomendações tradicionais da saúde.

Situação 85 (Sobral)

Em visita a uma puérpera, uma Agente também mostra saberes que vão além dos transmitidos pelos profissionais de saúde:

ACS: tu precisa limpar todo dia a boca dele. Pega uma fralda fervida, mas não muito quente e vai passando com teu dedo na boquinha dele.

Em outra visita, esta Agente continua utilizando saberes da saúde e saberes locais:

ACS: para melhorar (a assadura), usa sabão de coco no banho, depois passa um oleozinho de neném ainda molhado. E é bom evitar esse mormaço para ela (tinha começado a chover).

Essa mesma Agente, agora na unidade de saúde ajudando uma enfermeira, utiliza seus saberes adquiridos como profissional da saúde para dar recomendações a um hanseniano, enquanto a enfermeira o examina:

ACS: depois do tratamento, tu precisa ficar 5 anos no PSF, tomar os remédios direitinho e qualquer reação precisa vir aqui no posto.

Como se pode perceber, há diversas recomendações dos ACS que vão além dos saberes que adquiriram em treinamentos ou nas práticas de saúde e estão ligadas a ensinamentos anteriores e próprios do cotidiano das pessoas, mas, ao mesmo tempo, os Agentes se utilizam de saberes adquiridos como profissionais e variam entre ambos em suas práticas.

Situação 86 (Sobral)

A Agente conversa com uma mãe que suspeita que seu filho esteja envolvido com drogas e mistura recomendações das políticas de saúde com suas próprias vivências (vide Situação 9):

ACS: tu tem que falar que com cola ele pode ter derrame ou pode parar a respiração. Maconha dá seqüela no cérebro e no pulmão. E quando usa, ele passa a depender disso e tem que usar todo dia. Ele tá na adolescência que é a fase de experimentar tudo. Eu vi ele na rua e fiquei preocupada.

Em seguida a mãe conta que a filha está pensando em viajar sozinha e a Agente continua:

ACS: viajar não pode porque precisa de documento. Tu tem que ver o que pode fazer por ela. Ela é sua filha independente de tudo. Hoje a gente tem que saber que um dia a filha transa e não depende da gente proibir ou deixar. A gente precisa abrir os olhos para o que pode acontecer se ela transar e não se prevenir. A gravidez, as doenças. O mesmo acontece com as drogas que tão no nosso dia a dia. A gente tem que tomar cuidado porque tem um monte de gente usando por ai. Eles não são maus, mas a gente tem que tomar cuidado.

Na continuação, a mãe comenta que é difícil criar as crianças sem o pai e a Agente complementa unindo saberes:

ACS: desde pequeno a gente cria e é bem mais difícil sem pai. Os filhos sentem falta do apoio dele e a gente tem que esclarecer que a droga pode matar. Tem que abrir os olhos e não adianta proibir, mas sim dizer o risco. É difícil para as famílias saber que tem drogas, mas vocês têm que apoiar os filhos e tentar entender porque ele faz isso. A vida do adolescente é uma busca e ele vê isso na rua, não tem lazer nem nada. Aí não adianta bater mesmo.

Situação 87 (Sobral)

A união de saberes também é observada em uma visita desta mesma Agente que recomenda a ida da criança a uma rezadeira, ao mesmo tempo em que indica a ida ao posto de saúde.

ACS: pode dar mel. Mas se continuar com febre e não conseguir comer, você leva para rezar e depois dá umas gotinhas (de paracetamol) e leva no posto.

Situação 88 (Sobral)

Esta união de saberes também aparece na recomendação da ACS para uma gestante:

ACS: Tu tem que começar a preparar suas mamas porque quando ele nascer pode rasgar tudo. A pele do seio é muito sensível, então tem que dar banho de sol para fortalecer porque o sol tem vitaminas que fortalecem. E também tem que fazer massagem para não sofrer muito. Por que não foi no grupo? Me enganou, hein?

Situação 89 (Sobral)

A mesma ACS recomenda para outra gestante, que teve o primeiro filho há 5 anos:

ACS: precisa massagear principalmente no bico do peito, rodando para ficar bem bicudo. Se não, quando encher de leite ele vai desaparecer e vai ficar plano. No próximo pré-natal ela (a enfermeira) te ensina outras massagens. Amanhã eu lhe espero (no grupo de gestantes) que vai ser bem interessante e é importante porque você já foi mãe faz 5 anos e hoje é tudo diferente. Você tem que aprender tudo sobre o desenvolvimento do teu bebê. Já tem que conversar com ele, fazer carinho na barriga porque ele já sente tudo, toda felicidade, preocupação, alimentação. Começa a alisar porque ele já entende o que acontece.

Este tipo de recomendação aparece com bastante semelhança em algumas visitas com outros Agentes de Saúde que também intercalam os saberes adquiridos enquanto profissionais de saúde e seus saberes de vivências:

Situação 90 (Londrina)

Uma senhora e sua mãe recebem a visita da Agente Comunitária:

Mulher: que bom que vocês vieram aqui. Tô com muita dor aqui (mostra as costas). É rim, né?

ACS: assim fica difícil de avaliar. Você podia ter marcado de ir lá no posto hoje. Mas eu vou falar com a Dra. Sonia (médica) para pedir alguma coisa para a senhora tomar.

Mulher: eu to tomando paracetamol já. Eu acho que o problema é porque to tomando muita água.

ACS: não, imagina, água é o que faz bem para o rim. Precisa tomar bastante água mesmo. E paracetamol pode tomar, mas qualquer outra coisa eu preciso perguntar para ela e a gente precisa ver seu prontuário. E a senhora (para a mãe da mulher)?

Mãe: ta doendo aqui como sempre (mostra a lateral da barriga).

ACS: mas essa dor já tá faz tempo. Eu já disse para a senhora que a dor é pela posição que a senhora fica. Não pode ficar sempre parada sentada assim que pressiona mesmo a barriga. Eu já trouxe o médico aqui e ele já disse que é isso mesmo. Eu vou ver se trago o médico aqui de novo, mas é bom dar um chazinho pra ela para aliviar a dor. E semana que vem eu volto aqui. Se piorar, vocês ligam lá no posto.

Situação 91 (Sobral)

A união de saberes também se demonstra nas seguintes situações:

ACS para uma puérpera: e tu ta se lavando? Tu tem privacidade no quintal? Tem que lavar com leite e ficar com o peito no sol pra cicatrizar.

Situação 92 (Sobral)

Uma Agente de Saúde para uma puérpera:

ACS: se você acostumar ele com isso (dormir no colo), ele vai acostumar com a quentura da mãe e não vai mais deixar. Ele tem também que acostumar com o dia e a noite, porque na barriga ele não sabia o que era claro e escuro. Então tu tem que acostumar ele com a casa clara, movimentando ele de dia. E tem sempre que dar de mamar. A mama tem tudo o que a criança precisa. Tu vê que a gordura dele é diferente de quem não mama e ele também fica mais difícil de pegar gripe.

Situação 93 (Londrina)

Em conversa entre uma Agente e uma senhora reclama que está muito esquecida e acha que os remédios podem estar interferindo em sua memória. A Agente responde:

ACS: mas isso é normal. Você viu que saiu no Fantástico (programa de televisão) que até os jovens de 16 anos são esquecidos? O que dizer de nós então... mas a gente pode ver com o médico e qualquer coisa encaminhar para algum medicamento que ajude.

Situação 94 (Sobral)

Uma Agente recomenda para outra puérpera:

ACS: quando a criança nasce, às vezes o peso sobe e às vezes permanece. Mas leve ele para ver o que mudou no posto. Quando você for dar a mama, relaxa. Acho que você é bem capaz de por ele no peito e sair fazendo as coisas de casa. Mas quando mamar, é só mamar. Nada mais. Relaxa, estica as pernas. Ele precisa de 30 minutos exclusivos só para ele.

Essa mesma Agente recomenda para outra puérpera: *tu vai fazer o que eu te ensinei. Vai lavar o peito com leite e fica no sol. Põe o bebê no berço e desacostuma ele de ficar direto no braço.*

Em seguida adverte a mãe que pôs a criança para dormir: *tu não botou ele para arrotar. Deitado tu deixou, deitado ele ficou. Coloca na cama e ele acorda, abre os olhos direto. Tu tem que colocar ele no sol bem cedo pra acordar e acostumar com o dia. Ele tá bem esperto. Tu conversa com ele?*

Situação 95 (Sobral)

Outra Agente também se utiliza destes saberes e frases populares para comentar uma reclamação de uma puérpera: *ele caga tanto porque tu não deixa ele cagar tudo de uma vez. Fica trocando ele antes de ele acabar. Tem que deixar ele cagar tudo primeiro. E se ele tá te machucando no peito, é que tu tá fazendo mal pega. Tem que por o dedo na boca dele antes*

de ele soltar o bico. Tu tem dado banho de sol nele? Viu como ele mudou de cor da última vez? E ele ainda dorme no teu peito?

Situação 96 (Sobral)

Outra situação representativa do uso de saberes locais com saberes da saúde se deu durante uma visita a uma senhora idosa. A enfermeira e uma Agente faziam a visita enquanto outra Agente de Saúde esperava para ir a outra visita. Enquanto as duas responsáveis por aquela casa examinavam a senhora, a outra Agente de Saúde foi até o sofá e colocou a mão na testa de uma criança deitada e afirmou que ela estava ardendo em febre.

A enfermeira deixa a senhora e vai examinar a criança, constatando que tem uma febre bastante alta. Na saída da casa pergunto à Agente como ela sabia que a criança estava com febre se ela estava deitada ali quieta e a Agente responde de forma bem óbvia:

ACS: vi a menina deitada lá com cara de triste e criança que tá triste tá doente.

Esta mesma Agente, em outra situação, explica para a puérpera, utilizando saberes comunitários:

ACS: a criança é assim, do jeito que você acostumar ela no primeiro mês, assim ela fica. No segundo mês já aprendeu tudo

Em todos estes diálogos são intercaladas falas relacionadas ao aprendizado enquanto profissional de saúde (como dar o peito, como muda o peso, fazer massagem, etc.) e recomendações que utilizam saberes além dos tradicionais da saúde e que estão ligados a aprendizados da comunidade ou de vivências próprias dos Agentes (acariciar a barriga, falar com a criança, tomar sol com leite no peito, etc.).

Isto demonstra como os Agentes intercalam os saberes e utilizam-se de ambos para, inclusive, se fazerem compreender pelas famílias.

Neste mesmo sentido de se fazerem compreender e utilizar saberes populares, os Agentes também se utilizam de alguns ensinamentos e frases populares nos diálogos com a comunidade.

Visitando uma mãe que tinha feito a prevenção para outra gravidez, a Agente comenta:

ACS: pois tu tá de parabéns por ter ido fazer a prevenção. Mulher que se ama e ama seu filho faz a prevenção.

Ou ainda convencendo uma moça de que deveria ir ao pré-natal, mas alegara falta de tempo:

ACS: tempo é importância que a gente dá para as coisas. Se a gente não dá importância, não tem tempo mesmo. Tem que dar prioridade.

Em visita a uma puérpera, a Agente recomenda que ela faça exames de prevenção e comenta:

ACS: é bom quando você quer engravidar e consegue, mas quando não quer, é a pior coisa. E só custa o primeiro para virem os outros.

Conversando sobre o perigo de deixar os idosos doentes morando sozinhos, uma Agente comenta com o auxiliar de enfermagem:

ACS: idoso sozinho é idoso entregue.

Não é apenas nos diálogos que podem ser presenciadas situações em que se intercalam saberes da saúde e saberes locais. Há diversas ações que demonstram isso. Existem Agentes, por exemplo, que fazem teatro de bonecos ou mamulengos quando visitam as crianças para que elas se distraiam e permitam ser examinadas.

Há também outras formas de adaptação de que os Agentes se utilizam que vão além do que aprenderam na saúde. Todas as visitas de Sobral são registradas nas planilhas dos Agentes que devem ser assinadas pelas famílias visitadas. Como nem todas as famílias sabem escrever, e não tendo outros recursos, uma das Agentes decidiu começar a pintar os dedos das famílias com caneta para carimbar suas digitais nas folhas. Logo essa prática foi adotada pelos demais Agentes de Saúde que não contam com “almofadas” de carimbo, mas conseguiram se adaptar da melhor maneira possível.

A utilização de saberes que vão além da saúde tradicional não se restringe a situações de visitas à comunidade, eles também aparecem em conversas informais dos Agentes de Saúde.

Situação 97 (Sobral)

Em uma manhã, chegando ao posto com uma garrafa de água com gás, alguns Agentes correm para conversar comigo perguntando se eu estava passando bem. Pergunto o porquê de tal questionamento e uma Agente explica, com aprovação dos demais:

ACS: é porque água com gás se toma quando a gente tem dor de barriga. Não pode ficar tomando assim sempre, é um remédio.

Em todas essas situações apresentadas, pode-se perceber que a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde está inserida nas dinâmicas do local, ou seja, eles participam ativamente do cotidiano das pessoas e, dessa maneira, conseguem trazer os elementos produzidos localmente para as políticas públicas.

Retomando neste ponto algumas reflexões produzidas por Milton Santos, discutidas no capítulo 2, podemos lembrar que, para o autor, a cidade se produz a partir do cotidiano, das diferentes existências. Assim, a força do local se recria e renova a cada opção cotidiana de sobrevivência e a cada informação decorrente das escolhas. O território, para ele, se produz pelas vivências e experiências, confrontando-se as diversidades, diferenças e identidades. O cotidiano, para Milton Santos (2004), é resultado de práticas concretas e virtuais que se dão em um lugar e a partir do qual se estruturam os espaços de vida. É no cotidiano, portanto, que se dão os conflitos e as negociações, pois nele estão presentes as inter-relações, e, assim, o cotidiano se faz compartilhado das diversas instituições e pessoas que exercem sua própria ação, têm seus desejos, seus valores e suas formas de estarem no mundo.

A atuação dos ACS se dá diretamente ligada a esse cotidiano, na medida em que eles fazem parte das dinâmicas locais, compreendem as relações e, inclusive, estão inseridos nelas. Assim, conseguem a todo o tempo utilizar saberes adquiridos por conviverem com este cotidiano e trazer novas reflexões adquiridas em sua formação e em suas relações com os profissionais da saúde. Há, portanto, na ação dos Agentes Comunitários uma inter-relação de saberes, construídos local e exteriormente, e é em suas práticas cotidianas que eles realizam uma negociação entre os saberes e produzem suas próprias ações baseadas em sua forma de ver o mundo.

Nesta análise de uso de saberes podemos também recorrer às idéias de Milton Santos (2004) quando trata das verticalidades e horizontalidades do território. Retomando o que já foi apresentado, para ele as horizontalidades são os pontos agregados localmente, resultados de forças centrípetas locais e que se dão a partir da interação homem-espaço localmente construída. As verticalidades, para ele, são os pontos que asseguram um funcionamento global da sociedade, ou seja, ela se constitui de forças centrífugas que são fatores de desagregação, globalizantes e que retiram da região elementos do seu próprio comando a serem buscados fora dali.

Quando os Agentes de Saúde utilizam-se de saberes localmente constituídos para integrá-los a saberes adquiridos pela ciência médica, podemos ver a interação das verticalidades e horizontalidades no território. Ou seja, os ACS participam das dinâmicas locais, estão inseridos nos processos localmente construídos (e reconhecidos como tal) e são portadores desses saberes em seu trabalho com a comunidade (horizontalidades), ao mesmo tempo em que são formados externamente com saberes produzidos longe do território e que se coloca como o saber cientificamente comprovado e universal (verticalidades). Em sua prática, os Agentes estão por todo o tempo variando entre ambos os saberes e somando-os para constituir um novo saber que possa dialogar com ambos. Dessa forma, ao mesmo tempo em que ele se utiliza das forças horizontais presentes no espaço, eles trazem elementos da verticalidade e levam para a verticalidade os elementos da horizontalidade. Assim, pode-se dizer que os Agentes Comunitários conseguem realizar ações integradoras dessas forças reforçando as dinâmicas internas e trazendo novos elementos para essa dinâmica.

Milton Santos (2004) vai ainda além em sua análise e complementa as observações que podem ser feitas do trabalho dos ACS. Para o autor, existe uma tendência de união vertical dos lugares, com imposição dessa ordem vertical a partir de forças hegemônicas. Mas, ao mesmo tempo, as horizontalidades conseguem se fortalecer e se reconstróem a partir das ações localmente criadas, aumentando as ações em prol do interesse coletivo. Para ele, portanto, o território se torna sede da resistência por ser um lugar de encontros e relações, onde se podem misturar as interpretações de mundo e onde são comparadas as diferenças.

Essa análise incrementa a idéia de que os Agentes Comunitários servem para, ao mesmo tempo, reforçar as dinâmicas locais trazendo novos elementos. Ou seja, eles conseguem garantir que esses saberes locais sejam preservados e sejam, inclusive, constituintes da política pública. Por outro lado, eles não permitem que haja uma estagnação em torno desses saberes localmente produzidos, ou seja, eles permitem que haja inovações, novos elementos que tornem os processos locais ainda mais dinâmicos.

A ação dos Agentes Comunitários de Saúde permite, portanto, que as horizontalidades tenham espaço na política pública, criando, como diz Milton Santos, uma resistência em relação aos saberes localmente construídos, respeitando-se as diferenças e trazendo novos elementos para as relações locais.

Para isso, Milton Santos (2004) ainda introduz novos elementos na discussão sobre horizontalidades e verticalidades que também podem ser observadas na análise da ação dos ACS. Para o autor, essas idéias introduzem as noções de conflito, negociação e diferença presentes no território, onde aparecem as contradições e delas se chega a soluções. O território passa a ser o lugar do exercício das contradições e das negociações para chegar-se a soluções positivas para todos os lados. A atuação dos ACS permite que a negociação e as contradições apareçam de forma mais explícita e com igualdade entre as partes. Os próprios ACS se tornam os agentes deste processo, na medida em que passa por sua própria atuação esta negociação entre saberes e eles acabam utilizando-se e respeitando os diversos saberes.

Ou seja, a atuação dos ACS é em si negociação entre saberes, entre forças horizontais e verticais, possibilitando que ambos se concretizem nas práticas cotidianas. Este processo pode ser comprovado quando Milton Santos (2004) traz a idéia de que a análise correta das dinâmicas locais consiste em combinar os suportes universais com necessidades localmente postuladas.

Geertz (2003) também retoma este tipo de dinâmica quando trata dos saberes locais. Como afirma o autor, os saberes são enraizados quando se tornam propriedade geral e acessível a todos aqueles que têm uma consciência prática. Assim, para ele, os saberes devem se construir a partir da compreensão de significados localizados, próprios de cada contexto cultural em que são constituídos. Neste sentido, os Agentes Comunitários de Saúde constroem saberes que podem ser apropriados pela comunidade na medida em que se utilizam nas suas práticas dos saberes adquiridos pela profissão enraizando-os nas práticas cotidianas.

Geertz (2003) também retoma esta idéia quando apresenta sua análise sobre o senso comum. Para o autor, como foi apresentado, o senso comum faz apenas sentido quando inserido dentro da lógica local de construção de saberes. Neste sentido, os Agentes Comunitários de Saúde baseiam suas práticas no uso do senso comum construído enquanto pertencentes à comunidade, ao mesmo tempo em que agregam novos elementos a esse senso comum. Assim, os ACS utilizam os saberes adquiridos pela profissão ressignificando-os com base em seus próprios conhecimentos, no senso comum da comunidade em que estão inseridos, tornando os saberes apropriados e inseridos nas diversas situações.

Esta prática pode ser vista ainda quando os Agentes passam a desempenhar uma função de tradução ou uma função didática, tornando os conhecimentos mais acessíveis para a

comunidade e para os profissionais de saúde. Aqui retoma-se a idéia de tradutor de Geertz, como pode ser visto em diversas situações apresentadas em seguida.

Situação 98 (Sobral)

Em uma visita a uma puérpera, por exemplo, a Agente explica para a mãe sobre a assadura:

ACS: Para melhorar, precisa lavar com água e secar bem todas as vezes que ele fizer xixi ou coco. Com xixi é só com água mesmo, com coco é com sabão também. Você lava, seca bem e coloca uma fralda seca. E o talco, o médico disse para não usar coisas com perfume. Além disso, o talco tampa os poros do pulmão. O pulmão é cheio de furinho, que nem a nossa pele onde nascem os pelos que é cheio de furinho para respirar. O talco é tão fino que pode tampar os furinhos do pulmão. É melhor usar goma que usar talco.

No momento em que vai explicar para a mãe o que é o pulmão da criança, a Agente de Saúde utiliza-se de comparações mais simples para que seja entendida. Assim, ela transforma seu saber sobre pulmão em algo facilmente apropriável pela comunidade.

Situação 99 (Sobral)

O mesmo acontece na seguinte situação de uma Agente explicando a uma mulher como proceder com sua filha, quando emprega, de forma bastante didática, termos simples e compreensíveis:

ACS: você deve sempre falar com ela, explicar o que você fez, porque, para que. Tudo isso vai ficando na cabeça dela, porque até os 3 anos de idade se forma o sistema neural, e assim você deixa ela equilibrada. Com aleitamento você passa amor e segurança. Também evita câncer de mama e ajuda a recuperar o seu útero. Com a sucção ajuda a criança a falar melhor, a fortalecer os ossos da cara.

Situação 100 (Sobral)

Isto também é visto quando a Agente explica para a senhora idosa o que é o grupo de hipertensos:

ACS: mas quando isso acontece, tem que voltar no posto, porque sua pressão fica descontrolada. Você pode ter trombose ou até um AVC. Tá tendo um grupo de hipertensos, que são quem tem pressão alta, toda 2ª feira e eu vim aqui para lhe convidar. Todos estão indo. Aí você leva o cartão para a gente agendar uma consulta.

Apesar de utilizar a denominação médica – hipertenso – a Agente traduz isso dizendo que são as pessoas que têm pressão alta.

Situação 101 (Sobral)

Essa mesma Agente repete a explicação sobre hipertensos em diversas visitas. Em uma delas a Agente ainda complementa as explicações de forma bastante didática e tornando-a mais compreensível:

ACS: tu lembra do grupo de hipertensos? As pessoas que tomam remédio para pressão? Então, tem reunião na segunda feira. E tu já pensou em participar da caminhada? Não é importante? Ela facilita nossa saúde. Essa caminhada que eu faço para ver vocês e a que a senhora faz para ir na Vila União (bairro do município) é uma caminhada que cansa, mas a outra caminhada é para relaxar. Faz exercícios para relaxar e faz bem para a gente e trabalha o corpo. Você precisa disso para circulação e controle da pressão. Tem gente até que deixa de tomar remédio depois da caminhada. Você tem que ir que vai gostar, vai se sentir bem. Vamos pensar nisso?

Situação 102 (Sobral)

Na situação seguinte outra Agente também utiliza-se de termos corriqueiros para explicar como é realizado um exame:

ACS: no posto também tu pode também fazer prevenção, ou exame de secreção se ainda não tiver tido relação. A prevenção é um aparelhinho que eles colocam, mas a menina que não tiver tido relação eles pegam pelo cotonete.

Situação 103 (Sobral)

A Agente explica para a mãe como medicar criança e, após dar recomendações bastante médicas, ela faz uma associação que ajuda a mãe a compreender como utilizar o medicamento:

ACS: Dr. Nilton (médico) não indica AS porque afina o sangue. Paracetamol é melhor. Caso dê febre nela e enjoô, você dá paracetamol. Se a criança pesar 8 kg, são 8 gotas, se pesar 7 kg, são 7 gotas, entendeu?

Situação 104 (Sobral)

Ainda traduzindo saberes em relação a procedimentos médicos, a Agente explica para uma adolescente:

ACS: com injeção (de hormônio) atrasa porque é muito hormônio, e engorda. Tem também a de um mês que é melhor. Você não confia tomar ciclo 21?

Adolescente: *o que é isso?*

ACS: *comprimido.*

Adolescente: *mas não engorda?*

ACS: *nada. Tu tem que tomar quando ficar menstruada. Tem que tomar no primeiro dia da menstruação e aí toma por 21 dias e menstrua de novo.*

Situação 105 (Londrina)

Em visita a uma mulher com pressão alta que não está se medicando, a Agente tenta convencê-la da necessidade de tomar os remédios. Como não conseguia convencê-la, a Agente afirma:

ACS: *a senhora precisa tomar os remédios, se não vai ficar vendo um monte de caracoizinhos como a senhora já reclamou. E sabe por que? Porque a pressão sobe e os caracóis aparecem (quando a pressão sobe, as pessoas costumam dizer que estão vendo caracóis).*

Em seguida a Agente volta aos termos médicos e explica à paciente como se medicar:

ACS: *a senhora tem que tomar um de manhã e um de noite porque o remédio só faz efeito por 12 horas, se não tomar duas vezes, o remédio fica um tempão sem funcionar. E se a senhora não tomar e passar mal, quem vai tomar conta da Maria (filha que tem paralisia cerebral)?*

Situação 106 (Sobral)

Uma situação semelhante foi presenciada com um Agente de Saúde que explica sobre a medicação para uma senhora que o chama na rua dizendo que não entendeu como tomar o remédio do jeito que o médico recomendou:

ACS: *(pega os três remédios, examina a receita) tu tá vendo esse laranja? Ele lembra suco que a gente toma de manhã, então tu toma esse laranja todas as manhãs e esses dois remédios brancos tu toma com leite, que também é branco, na hora de dormir.*

Ainda no sentido de tornar as práticas inseridas nos cotidianos das pessoas, um elemento comum nas atuações dos Agentes Comunitários diz respeito à idéia de triangulação.

Como pôde ser observado em diversas situações em ambos os municípios, apresentadas em seguida, por sua ligação com a comunidade e com o poder público, os ACS exercem uma triangulação entre saberes, intermediando a relação entre os profissionais de saúde e a comunidade. Esta triangulação pode estar associada à idéia de tradução apresentada acima, mas ela vai além no sentido de intermediar relações e não apenas traduzir os saberes adquiridos na saúde para saberes comunitários. Neste sentido, são bastante comuns cenas em

que os Agentes conversam com um paciente e com a enfermeira ou médico ao mesmo tempo dizendo para um o que o outro disse, como pode ser observado nas seguintes situações:

Situação 107 (Sobral)

Um paciente com hanseníase chega à unidade de saúde e procura sua ACS dizendo que precisa se consultar. A ACS leva o paciente à enfermeira e, enquanto a enfermeira examina o paciente, a Agente comenta:

ACS: eu tenho acompanhado ele há alguns meses. Ele está com muita mancha já, mas tá tomando o remédio direitinho. Mas ele tá sentindo alguns efeitos do remédio e ficou preocupado.

A enfermeira responde à Agente de Saúde que isto é bastante comum, visto que o remédio é bem forte, mas que ele deve continuar com acompanhamento mesmo depois de o remédio acabar.

A Agente fala então para o paciente que está sentado na frente da enfermeira:

ACS: depois do tratamento tu precisa ficar 5 anos no PSF, tomar os remédios direitinho e qualquer reação precisa vir aqui no posto.

Em uma visita da enfermeira, acompanhada pela Agente Comunitária de saúde, este tipo de triangulação aparece diversas vezes, como se pode observar na cena a seguir:

Situação 108 (Sobral)

ACS: você já tá bem desinchada, hein? Como você está? Parou de sangrar?

Mãe: sim.

Enfermeira: (para o bebê) olha a preguiça... vem cá, neném. Pesa quanto, M. (Agente de Saúde)?

ACS: 4.250kg.

Enfermeira: e tá mamando bem?

Mãe: sim.

Enfermeira: ainda bem. E tá dando banho de sol?

ACS: não, só uma vez.

Enfermeira: tá ficando amarelo. Precisa tomar banho de sol. (pega a criança no colo e examina). Quando caiu o umbigo?

Mãe: ontem.

Enfermeira: tá melado. Você tá limpando quantas vezes?

ACS: *uma só.*

Enfermeira: *precisa ser mais de uma. E quem dá banho e quantas vezes?*

Mãe: *minha mãe, uma vez.*

Enfermeira: *pode dar mais. Tá muito quente. (tira a fralda e examina o bebê).Depois do banho, puxa o pipi devagarinho para não inflamar. Onde bota a fralda com o xixi? (M. pega e coloca sobre o móvel sem esperar a resposta da mãe). Tá com quantos dias?*

ACS: *8*

Enfermeira conta a respiração dele.

Enfermeira: *tá com respiração normal. Só acho a coloração dele que precisa mesmo de banho de sol para limpar a pele. Tá tudo normal. Bote ele no peito. M., ele já fez o teste do pezinho?*

ACS: *só na quinta feira.*

Enfermeira: *sempre que ele mamar e doer, você bote o dedinho na boca dele porque ele tá mamando errado. (Enfermeira pergunta para ACS) O que você tá achando da cor dela?*

ACS: *a cor dela é essa mesma.*

Enfermeira: *a pressão tá boa e você não se sentiu mais mal. Tudo bem. Só não pode comer sal, nem farinha, nem coca ou café para não dar cólica. Você tá bem com ele? Sem dificuldades?*

Toca o celular da enfermeira e ela pede para a ACS atender.

Enfermeira: *M, ela teve problemas de glicemia?*

ACS: *sim.*

Enfermeira: *ela tá com as vacinas em dia?*

ACS: *sim, tudo certo.*

Enfermeira: *e leve ela para medir glicemia de novo.*

ACS: *ok.*

Enfermeira: *e qualquer dificuldade procure a M. e ela vai marcar consulta para amanhã. Tem mais alguma pergunta, M?*

ACS: *só do sol. Toma de tarde ou de manhã?*

Enfermeira: *tem que ser de manhã bem cedinho.*

ACS: *de tarde não é bom.*

Enfermeira: *não. É só 10 minutos de sol e quando sair precisa mamar porque ele vai ter sede. E o sol relaxa.*

ACS: *você tem saído da cama?*

Mãe: *só para ir ao banheiro.*

ACS: *mas é bom andar mais, se movimentar.*

Enfermeira: *sim, você precisa andar, não tá doente. Ande bastante pela casa. O pai dele já sabe?*

Mãe: *não.*

Enfermeira: *deus abençoe vocês e que a família seja muito feliz.*

ACS: *em um mês vamos fazer planejamento familiar.*

Enfermeira: *é para você saber como ser feliz sem ser engravidando. Você é uma mãe dedicada. Qualquer coisa procure a gente.*

Na saída da casa a enfermeira pergunta à Agente se ela sabe quem é o pai da criança e a Agente conta que é um homem casado e por isso ela está escondendo a criança.

Nesta situação há diversos momentos em que a enfermeira faz questões para a Agente de Saúde – que poderiam ser questionadas para a mãe. Dessa forma, a ACS acaba sendo colocada no diálogo e funciona como elo entre a enfermeira e a mãe.

Situação 109 (Londrina)

Uma senhora chega à unidade de saúde e pede para chamar sua Agente Comunitária. A Agente vai até ela.

Sra: *preciso que você me arranje a receita para aquele medicamento. Tá acabando.*

A Agente chama o médico na sala e, perto da senhora, conta o caso para o médico e lhe solicita a receita. O médico e a paciente não estabelecem qualquer diálogo. O médico vai até a sala, preenche a receita e entrega à ACS que vai à farmácia pegar o medicamento.

Nesta situação, embora a paciente tivesse capacidade de falar diretamente com o médico, é a ACS quem intermedeia toda a relação, estabelecendo ambos os diálogos.

Situação 110 (Sobral)

Isto também pode ser visto na situação seguinte, quando uma Agente visita um senhor com hipertensão:

ACS: *o sr tá bem? Como vai essa força?*

Senhor: *ontem tava com pressão alta, mas o médico já passou o remédio.*

ACS: (Agente olha a receita) *então amanhã você avisa a enfermeira que foi ao médico e que ele pediu para aumentar a dosagem do medicamento. Aliás, entregue esse papel pra ela que ela vai entender isso* (a Agente pega um papel e escreve que a pressão aumentou e que o médico recomendou aumento da dosagem do medicamento e entrega o papel ao senhor).

Nesta situação pode-se observar que a Agente transmite a informação para a enfermeira que poderia ser transmitida pelo próprio paciente, mas ela serve como intermediária ou mediadora para que a enfermeira compreenda o que está acontecendo em termos médicos.

Situação 111 (Sobral)

Em visita a uma mulher a Agente conversa:

ACS: e tu? Tem que decidir também tua vida. O que falaram da adenóide?

Mulher: sei lá, o que o dr Nilton (médico) falou ninguém entendeu nada.

ACS: é? Então, acho que ele disse que com adenóide só depois dos dois anos é que dá pra ver o que é e se precisa fazer algo.

Nesta situação, assim como na anterior, a Agente de Saúde interpreta e diz em outras palavras o que o médico disse a respeito do tratamento em questão.

Situação 112 (Sobral)

Outra situação em que a triangulação esteve presente foi em uma das reuniões da Conferência da Cidade. No grupo que estava discutindo políticas de saúde, havia 8 homens e uma mulher, que era Agente de Saúde da área. Estavam sendo discutidos os rumos que deveriam ser tomados para a saúde na região.

Um dos homens diz: como ta hoje não dá pra ficar. É muito ruim porque a gente tem que pegar uma moto pra chegar até o posto, ai não dá tempo, gasta dinheiro, é tudo muito longe.

O mediador pergunta: *como assim? Mas o que podemos fazer com isso?*

E a Agente intervém: *ele tá dizendo que o posto de saúde é muito distante da nossa região e que a gente só consegue chegar de transporte. Por isso, ele acha que devia abrir um posto perto de nossa região.*

Este mesmo tipo de intervenção da Agente de Saúde foi observado durante toda a reunião, em que ela interpretava e dizia em outras palavras aquilo que as pessoas estavam colocando como prioridades para a saúde.

Em as visita a uma senhora em Londrina, por exemplo, embora estivéssemos acompanhadas do auxiliar de enfermagem que falou durante toda a visita, a paciente apenas respondia olhando para a Agente Comunitária de saúde que, por outro lado, não fez comentários durante toda a visita. Nesta situação pode-se perceber que há uma ligação entre a paciente e a Agente

Comunitária, na medida em que a senhora estabelece uma relação apenas com a ACS que já conhece há tempo.

A análise destas situações de triangulação pode nos remeter às teorias apresentadas de Milton Santos (2004) e Geertz (2003), na medida em que os Agentes Comunitários possibilitam que as práticas sejam enraizadas nos cotidianos, que dialoguem com o senso comum e que sejam traduzidas para que haja compreensão de acordo com a realidade das pessoas. No entanto, a análise das situações de triangulação pode ir além se nos remetermos às teorias também apresentadas da Análise de Interfaces, trabalhada por Long (1999).

Como foi dito, esta teoria explora como as diferenças de interesses, interpretações culturais, saberes e poder são mediadas e transformadas na intervenção das políticas públicas. A teoria enfatiza que a implementação das políticas é sempre mediada por características dos atores locais, juntamente com características dos atores externos e pela negociação entre ambos e outros atores relevantes.

Este tipo de processo de mediação pode ser diretamente relacionado com a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, reforçando-se nas situações de triangulação acima descritas. Em suas práticas, os Agentes funcionam como mediadores de saberes, transformando os saberes técnicos em saberes que podem ser apropriados pela população e vice-versa.

Avançando ainda na análise de interfaces para compreender as situações acima, podemos nos remeter aos elementos apresentados por Long (1999) que compõem a análise (vide página 45). Para ele, a análise de interfaces foca nas ligações e redes, parte de um conflito e de uma negociação e parte da idéia de que há diferença de interesses e saberes. Todos esses pressupostos podem ser verificados na atuação dos ACS. Ou seja, há em suas práticas o estabelecimento de redes e ligações – com a comunidade e com o poder público – com os quais são estabelecidas negociações para superarem conflitos de saberes e de práticas, na medida em que há diferenças entre os saberes comunitários e os saberes técnicos. Vale dizer que a todo momento os Agentes Comunitários se tornam mediadores utilizando ambos os saberes e unindo-os na criação de uma prática mais viável.

Em seguida, Long (1999) coloca que a análise de interfaces considera que o conhecimento emerge da interação, do diálogo e da reflexividade, sendo uma construção social que resulta e é moldada pelas experiências e encontros que emergem das interações entre os atores. Assim, para ele, a construção do conhecimento está presente em todas as situações sociais onde há

diferenças de conhecimentos. Para Long (1999), ainda, esse processo é mais comum em situações de confronto entre os detentores de um conhecimento científico e os que são portadores de valores, crenças e outras formas de conhecimento.

Este elemento da análise de interfaces pode ser diretamente observado nas práticas dos ACS. Por serem detentores de ambos os saberes (técnico e comunitário/local) os Agentes não apenas se tornam mediadores dos conhecimentos, mas conseguem construir um novo conhecimento que se baseia em ambos. É a partir dessa construção de saberes que o Agente Comunitário consegue realizar triangulação, ou seja, ele permite que haja diálogo entre os saberes dos profissionais de saúde e da comunidade, apropriando-se de ambos em suas práticas cotidianas.

Pode-se, portanto, analisar as situações de interface como resultado da produção de um novo conhecimento por parte dos ACS que se baseia em conhecimentos técnicos adquiridos (ou forças verticais) e nos conhecimentos do senso comum, das práticas comunitárias cotidianas (forças horizontais).

Estes processos podem ser mais explicados em outro elemento da análise de interfaces apresentada por Long (1999). Para o autor, a interface se compõe de diversos discursos que são criados, transformados e desafiados. Para ele os discursos servem para gerar padrões culturais que são mobilizados nas práticas. Assim, a análise de interfaces permite traduzir as implicações dos conhecimentos e poder, misturando discursos opostos e analisando as práticas discursivas e os diferentes envolvimento. Esta análise afirma, ainda, que os processos de intervenção ocorrem em diversos sentidos, a partir das interações, havendo negociações e transformações dos mesmos ao longo dos processos de implementação das ações.

A prática dos Agentes Comunitários de Saúde permite observar estes elementos da análise de interfaces, na medida em que os ACS traduzem conhecimentos, funcionam como negociadores dos processos e permitem, portanto, que haja a negociação de saberes para que ambos sejam respeitados e considerados nas práticas cotidianas da saúde. A atuação dos ACS, assim, garante que os processos ocorram em diversos sentidos, somando-se conhecimentos sem que haja sobreposição deles nas práticas cotidianas.

Embora não seja objetivo dessa dissertação traçar as diferenças ou fazer uma análise comparativa da atuação dos Agentes em ambos os municípios, as visitas permitiram verificar

algumas semelhanças, já apresentadas anteriormente, e algumas diferenças. Entre as principais diferenças está o nível de formação dos Agentes. No caso de Sobral, há predominantemente Agentes com baixo nível de formação (nível médio) e que, por outro lado, têm vida comunitária bastante ativa. Há, inclusive, diversos Agentes que participam de conselhos, de associações de bairros, que são ativos em suas igrejas entre outras atividades comunitárias.

No caso de Londrina, por outro lado, os Agentes têm, predominantemente, um melhor nível de formação, havendo, inclusive, Agentes com curso universitário. Por outro lado, nenhum dos Agentes conhecidos em Londrina tem ou teve qualquer atividade comunitária. Em conversas informais, nenhum deles afirmou que já conhecia ou era conhecido pela comunidade ou que tem atividades comunitárias intensas.

Além da diferença no nível de formação dos Agentes, há diferenças claras em seu nível de autonomia e na relação que estabelecem com outros profissionais. No caso de Sobral, percebe-se uma grande autonomia na atuação dos Agentes Comunitários. Na maioria das vezes eles realizam as visitas sozinhos e são responsáveis por grande parte dos serviços de saúde que as famílias recebem em suas casas.

Já no caso de Londrina, por haver um fortalecimento da atuação dos auxiliares de enfermagem nas equipes, os ACS acabam ficando com uma função mais restrita. Assim, na maioria das vezes a visita é realizada em conjunto com os auxiliares ou com enfermeiras e os Agentes têm baixa participação nestas visitas.

Neste sentido, ainda, pode-se perceber que há em Londrina uma união maior entre os diversos profissionais. Ou seja, apesar de eles terem pouca autonomia de ação, eles têm mais contato com os demais profissionais e parece haver maior integração entre eles. Isso pode ser percebido, principalmente, em momentos informais onde se percebe a grande proximidade que há entre as diversas categorias. Nas reuniões de equipe, por exemplo, não se faz uma separação entre os profissionais nas rodas, ou seja, há uma mistura entre eles.

Já no caso de Sobral, percebe-se uma grande divisão entre as diversas categorias profissionais que, tanto em momentos profissionais como em momentos informais, se relacionam de forma diferente. Nas Rodas de Discussão, por exemplo, há uma clara segmentação dos profissionais por lugares em que sentam. Nestas Rodas, ainda, dificilmente há participação de médicos que costumam restringir seus trabalhos ao atendimento em consultório. Quando, por exemplo, a unidade abre ou na hora de fechar, percebe-se também que os Agentes se juntam em separado

das enfermeiras, que costumam esperar os Agentes irem embora para saírem da unidade – independente de terem ainda trabalho a fazer.

Valse ressaltar que não se está afirmando que haja qualquer animosidade entre os profissionais em Sobral, mas sim que há uma diferenciação clara entre as categorias sem que isso signifique prejuízos à forma como se tratam.

Discussão e Conclusões

“Eu te invento, ó realidade”.

Clarice Lispector

Alguns outros autores também têm buscado analisar a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde. A bibliografia demonstra que existe uma série de pesquisas sendo realizadas no intuito de compreender o trabalho dos ACS sob diversos enfoques. A maioria destes estudos, no entanto, foi realizada sob o enfoque da saúde em si, seja pelo lado médico, seja pela visão de um programa público de saúde ou até pelas relações profissionais entre estes Agentes e o Estado. Apesar disso, podem-se traçar alguns paralelos e comparações em relação ao presente estudo e algumas outras pesquisas que estão sendo realizadas.

Silva e Dalmaso (2002) realizaram um amplo estudo sobre os ACS no PSF de São Paulo. Analisando a construção das identidades profissionais dos Agentes, as autoras chegam a diversas conclusões referentes a quem eles são, seus saberes e seus fazeres. Baseando o estudo na construção e regulamentação das profissões – com base em autores como Durkheim, Freidson, Macdonald e outros – elas partem para a análise de qual saber orienta a prática dos Agentes Comunitários, contribuindo para a construção de suas identidades. As autoras afirmam que o saber orientador da prática dos ACS é um saber operante, diferente do saber específico adquirido no ensino formal. Os Agentes, portanto, estão em um contexto onde têm um saber técnico bem definido e, portanto, isso compõe a construção de sua identidade.

As autoras, então, partem para uma apresentação da construção da identidade profissional segundo diversos enfoques: conforme a organização - burocrática ou profissional - segundo a institucionalização da profissão e segundo o pertencimento a determinado grupo. Em relação aos ACS, elas identificam que o Agente Comunitário de Saúde tem uma identidade comunitária e realiza tarefas não apenas no campo da saúde.

“Sua capacidade de liderança e sua história de iniciativas de ajuda comunitária seriam partes integrantes e importantes do seu perfil. Portanto, como requisito da política que lhe deu origem, o conjunto das atividades típicas dos ACS tem de ser ancorado nesse perfil social (...) o ACS constitui um trabalhador *sui generis*” (SILVA e DALMASO, 2002:92).

A partir de pesquisa realizada em três estados e na capital federal, Nogueira (2000) analisou o papel dos ACS e suas relações de trabalho. O autor argumenta que o “papel que o ACS exerce na relação com a comunidade tem que ser contemplado como prioridade na sua caracterização, que abrange dois aspectos fundamentais: a) identidade com a comunidade; e b) pendor para a ajuda solidária” (NOGUEIRA et al., 2000:13).

Diversos depoimentos colhidos em sua pesquisa demonstraram que o ACS faz o “elo – a ponte entre as ações do centro de saúde, os profissionais de saúde e as necessidades e prioridades da comunidade”. Para ele, portanto,

“a denominação do Agente Comunitário de Saúde criou uma idéia de um novo profissional, com formulação de competências para atuar na interação serviço/comunidade. A idéia de que o ACS é um trabalhador genérico pode ser entendida tanto no sentido de que se trata de um não-profissional quanto no de que suas funções transcendem o campo de saúde, na medida em que, para serem bem realizadas, requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população” (2000:13).

Nogueira ressalta que a importância da atuação do ACS está em seu papel social de ser mediador entre as distintas esferas de organização de vida social. Ele resume, então, que o papel do ACS é um elo entre os objetivos das políticas sociais e os objetivos próprios aos cotidianos da comunidade; “entre as necessidades de saúde e de outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado” (NOGUEIRA, 2000:13).

A partir de uma extensa pesquisa etnográfica realizada em cinco municípios no Estado da Bahia, buscando analisar as práticas e discursos dos ACS, Trad et al. (2002) afirmam que as atribuições dadas aos Agentes pelo PSF provocam um movimento bi-direcional: por um lado, os ACS informam à população os modos de fazer estabelecidos pelo sistema médico oficial e, por outro, munem os profissionais de saúde de elementos-chave para a compreensão dos problemas de saúde das famílias e das necessidades da população.

Neste sentido, as autoras concluem que o treinamento dos Agentes deve muni-los de saberes diversos em torno do processo de saúde-doença e, por outro lado, saberes que permitem o processo de interação cotidiana com as famílias e o reconhecimento de suas necessidades. Neste contexto, um aspecto importante da relação do ACS com a equipe do programa está na sua vinculação com um saber popular a saúde e no conhecimento de que dispõe sobre a dinâmica social da comunidade onde habitam.

A partir destas análises, as autoras também fazem uma analogia entre os ACS e o conceito de tradutor de Geertz (2003). Para elas, o entendimento do trabalho dos agentes passa por uma compreensão do significado que uma “intermediação de um agente proveniente das classes populares assume na comunicação de saberes desenvolvidos em um universo técnico-

científico específico, com aspectos fortemente influenciados por práticas presentes em outra classe social” (TRAD et al., 2002). E é neste contexto que se torna essencial vincular ao trabalho de saúde um profissional que habite na própria localidade.

“Essas pessoas compartilham o mesmo contexto social e cultural e um mesmo universo lingüístico. Essa partilha facilita a identificação de fatores responsáveis ou intervenientes no adoecimento das pessoas do bairro, assim como o desenvolvimento de estratégias mais eficazes no âmbito da adesão às recomendações médicas.” (TRAD et al., 2002:19).

A partir desta intermediação realizada entre saberes, diversos autores que estudam os ACS reforçam que, como consequência de sua atuação, os Agentes possibilitam aumento da garantia de direitos, participação e cidadania das populações mais carentes. Para Nogueira (2000:14), por exemplo, “essa função de ponte (do ACS) pode ser concebida de maneira mais vasta, compreendendo o acesso aos direitos de cidadania de modo geral”.

Trad et al. afirmam, ainda, que o fato de os ACS serem membros da comunidade torna as fronteiras entre os habitantes e os serviços de saúde muito mais porosas, na medida em que eles são mediadores entre a comunidade e os profissionais de saúde. As autoras colocam que a prática do ACS pode ser compreendida a partir da lógica relacional discutida por Da Matta (1991):

“Ela se aplicaria tanto para compreender o sentimento de valorização, e poderíamos acrescentar de proteção e de amparo, experimentado por aqueles que se sentem parte da rede de relações, como o sentimento de indignação daqueles que foram, por alguma razão, excluídos da mesma. Isso se torna ainda mais evidente por serem essas pessoas membros dos grupos sociais a quem tradicionalmente faltou a possibilidade de acesso a direitos básicos de cidadania, sendo esse acesso quase sempre facilitado pela intermediação de pessoas dotadas de uma certa influência, ou seja, pelo mecanismo de apadrinhamento” (TRAD et al., 2002:21).

A partir das análises apresentadas no presente trabalho, podem-se tirar algumas conclusões que permeiam as discussões apresentadas por estes autores. Na análise sobre a visão do poder público, da comunidade e dos próprios Agentes sobre seu trabalho, a presente pesquisa também permite concluir que existe uma visão de que os Agentes Comunitários são, ao mesmo tempo, reconhecidos como profissionais da saúde e têm grande atuação como Agentes da comunidade em si. Assim, há a visão de que os Agentes desenvolvem trabalhos que vão além das políticas de saúde e que permitem maior integração e apropriação das práticas por parte da população. Estabelece-se, portanto, uma legitimidade de que os Agentes são da

comunidade e que, assim sendo, estabelecem relações de confiança e de proximidade com a população.

Em relação a seus saberes, as análises permitem inferir que os Agentes Comunitários também realizam esta transição entre a comunidade e o poder público na hora de criarem e utilizarem seus saberes. Como foi demonstrado, a partir do uso de referências, de traduções ou de triangulações os ACS variam entre os saberes adquiridos enquanto profissionais de saúde e aqueles saberes adquiridos por suas vivências, inclusive, comunitárias. Há, portanto, uma intercalação de saberes que permite aos Agentes legitimarem suas práticas tanto com a população como com o poder público. Além desta legitimidade, a intercalação permite que os ACS estabeleçam um elo, ou uma ponte, entre estes atores, facilitando o diálogo e a troca de saberes e de conhecimentos.

A partir das análises feitas sobre o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, podemos constatar que eles conseguem conectar a política pública aos cotidianos da comunidade na medida em que, por um lado, possuem ambas as linguagens que possibilitam um diálogo e, por outro, conhecem os cotidianos das pessoas possibilitando inserir as práticas da saúde nestes cotidianos.

Como foi demonstrado, as atribuições dadas aos Agentes pelo poder público possibilita um movimento em duas direções: ao mesmo tempo em que transmitem informações e cuidam da saúde da população a partir do sistema médico oficial, eles conseguem trazer para a política pública alguns elementos do cotidiano e da vida das pessoas, permitindo que as políticas sejam estabelecidas de acordo com as necessidades, demandas e vivências locais.

Como afirmou Trad et al. (2002), e as presentes análises confirmam, os Agentes compartilham o mesmo contexto social e cultural e um mesmo universo lingüístico, de forma que se facilita a identificação dos fatores ligados ao adoecimento das pessoas da comunidade, bem como o desenvolvimento de estratégias de atuação mais eficazes para a política pública.

A partir destas conexões, os Agentes realizam um papel de mediação em que funcionam como elo ou ponte (como inclusive é afirmado por diversas pessoas envolvidas com o trabalho), entre a comunidade e a política pública, levando a uma territorialização das políticas. Essa territorialização permite trazer para as políticas públicas aspectos que englobam as relações vividas no território, ou seja, as significações construídas na comunidade em torno da experiência vivida naquele espaço, como afirma Milton Santos (2004). Ainda remetendo a

este autor, como o território revela o drama das vidas cotidianas, as ações nele promovidas conseguem abarcar com mais força as complexidades estabelecidas.

É a partir desta perspectiva que a ação dos Agentes de forma territorializada permite que os ACS estabeleçam ações e relações que vão além das práticas da saúde, trabalhando a partir das referências de direitos, educação, mobilização, entre outras. Assim, por estarem inseridos na comunidade, os Agentes garantem que as políticas de saúde não se restrinjam à idéia da saúde como cura de doenças, mas sim que a promoção de saúde esteja ligada à promoção de ambientes e situações melhores para as pessoas.

Gera-se, portanto, a partir de sua atuação, dupla consequência, como também foi encontrado por Nogueira (2000): para as políticas públicas e para as dinâmicas locais. Em relação às políticas públicas, na medida em que elas são realizadas dialogando com as necessidades e com a realidade dos territórios, elas garantem melhores resultados, já que as pessoas se apropriam das políticas como parte de seus cotidianos. Além disso, uma política territorializada permite garantir a idéia já apresentada da nova cidadania, ou seja, estas políticas garantem respeito tanto à igualdade como à diferença compreendendo as complexidades estabelecidas no território.

Em relação às dinâmicas locais, a atuação dos Agentes Comunitários permite que as próprias dinâmicas se apropriem das práticas, aumentando a aceitação e o envolvimento da população com algo que reconhece como legítimo e benéfico para si. Este respeito permite também que as dinâmicas locais sejam preservadas e equilibradas entre as forças horizontais e verticais do território, tratadas por Milton Santos (2004).

No intuito de garantir a melhoria das políticas públicas, sua apropriação e o respeito a saberes, as análises anteriores permitem reforçar a idéia de o poder público estabelecer canais de mediação entre a população e a política pública por meio de Agentes Comunitários. A inserção de pessoas que vivenciam os cotidianos e as dinâmicas locais e, ao mesmo tempo, garantem uma entrada de políticas públicas no território é importante para que as políticas consigam melhores resultados e se territorializem, legitimando-se.

Uma importante questão que se levanta a partir da análise dos casos é se os Agentes Comunitários *fazem* uma ponte ou se eles próprios *são* a ponte entre os saberes e as políticas públicas. No primeiro caso, significa dizer que eles são intermediários que auxiliam na construção de pontes, ou seja, que existe em sua atuação um papel de educador de forma que,

a partir do momento em que eles deixarem de atuar, já haverá uma ponte construída que permitirá continuidade das trocas entre saberes. No segundo caso, significa dizer que os ACS são intermediários necessários nestas trocas e que sem eles as trocas não ocorreriam.

Apesar de ser uma questão bastante complexa que necessita análise mais aprofundada, podemos traçar algumas perspectivas iniciais neste trabalho. A partir das situações observadas, pode-se dizer que, neste momento, os agentes *são* eles próprios a ponte. Isso se comprova principalmente com a atuação dos Agentes nas triangulações e nas traduções de saberes. Pode-se perceber que ambas as práticas ocorrem somente a partir do momento em que os Agentes exercem seu papel, ou seja, essas trocas efetivam-se por intermédio da atuação dos Agentes de Saúde. Isto também se demonstra nas situações onde outros profissionais de saúde estão envolvidos no atendimento à comunidade: nestas situações pode-se perceber que existem ainda discursos muito diferentes entre os saberes, como foi demonstrado anteriormente, e que os Agentes permitem que haja melhor entendimento entre eles.

A percepção de que os Agentes *são* a ponte pode trazer algumas conseqüências positivas e outras negativas, pensando em termos de políticas públicas. Há, por um lado, a garantia de que Agentes Comunitários permitem a troca entre os saberes, levando a respeito entre os mesmos e a melhores resultados e aceitação das políticas públicas. Por outro lado, se as trocas entre os saberes ficam restritas somente à atuação dos Agentes Comunitários, a política em si tem um grande limite, na medida em que precisa de intermediários para acontecer. Neste caso, não haveria um processo de aprendizado mútuo, de efetivo desenvolvimento, diálogo ou inclusão.

No entanto, a atuação dos Agentes Comunitários, embora ainda seja como a ponte e que se faça necessária, parece caminhar para um aprendizado de ambas as partes. As observações permitem inferir que os Agentes têm conseguido levar para os outros profissionais de saúde aprendizados sobre os saberes locais que, aos poucos, vão sendo incorporados e respeitados. Desta forma, por exemplo, é que se comprova a grande aceitação e valorização que os demais profissionais têm do trabalho dos ACS e, inclusive, a responsabilidade que lhes colocam nas práticas e nos discursos.

Por outro lado, a comunidade também passa por um aprendizado por meio dos ACS, na medida em que consegue aceitar as práticas da medicina tradicional adequando-as a seu contexto local. A própria aceitação e o respeito ao trabalho dos Agentes Comunitários é um

aprendizado para a comunidade que, a partir deles, se coloca como portadora de direito a serviços públicos.

Para que as políticas avancem ainda mais é necessário, entretanto, que os processos de mútuo aprendizado sejam mais efetivos para que as trocas possam ir além e não fiquem restritas ou dependentes da atuação dos Agentes Comunitários. O maior envolvimento dos profissionais de saúde nas práticas comunitárias, por exemplo, pode ser um caminho. Outra possibilidade, que aos poucos avança, é investir na formação destes profissionais para que estejam mais conectados e tenham mais respeito às realidades locais. Essa discussão, no entanto, é bastante profunda e merece reflexão posterior.

O objetivo do presente trabalho era buscar processos de troca e respeito entre saberes, com garantia de diversidade e equidade, analisando se e como os ACS conseguiriam estabelecer a mediação entre os saberes. Assim, as análises apresentadas anteriormente permitem concluir que os Agentes podem sim efetivar o diálogo entre saberes garantindo que as políticas públicas promovam a “nova cidadania”. Vale ressaltar que, diferentemente de outros trabalhos sobre os ACS, esta pesquisa não pretendeu se aprofundar nas políticas de saúde. Desta forma, as conclusões daqui tiradas pretendem servir de base para a atuação de quaisquer tipos de Agentes Comunitários em políticas públicas.

Após estas constatações e algumas conclusões levantadas anteriormente, cabe aprofundar o presente trabalho em futuros estudos que consigam gerar mais subsídios para esta discussão e que, inclusive, ajudem a traçar perspectivas para outras áreas. Neste sentido, levantamos abaixo algumas possibilidades de pesquisas futuras que podem ajudar nas presentes análises.

Em primeiro lugar, é importante compreender como são construídos estes saberes – locais e técnicos – dos ACS. Para tanto, seria importante aprofundar em um estudo de quais as redes e os espaços de formação de conhecimento em que estes profissionais estão inseridos. Entre algumas redes e espaços que já foram identificados, podemos citar as organizações de igreja e outros cultos (como rezadeiras, curandeiras, etc), pastorais, cursos de formação em saúde, os próprios cursos de formação dos Agentes Comunitários, as unidades de saúde, as organizações de bairro, conselhos gestores de políticas públicas, entre outros. Todas estas redes parecem influir na formação dos saberes dos Agentes de Saúde, de maneira que, em suas práticas, eles trabalham com diferentes referenciais a partir de suas formações.

Uma pesquisa futura poderia analisar como se dá a construção destes saberes e como o uso destes referenciais permite aos Agentes Comunitários atuarem a partir das realidades e dos saberes da comunidade, conseguindo dialogar com os saberes locais e com os saberes da saúde. Este levantamento permitiria analisar se existem diferenças das práticas de acordo com diferentes formações dos Agentes ou das redes em que estão inseridos.

Outro ponto importante seria o de compreender como outras políticas públicas podem se apropriar desta lógica dos saberes locais para também territorializarem suas ações. Como foi dito, o objetivo da presente pesquisa não era fechar a análise em políticas de saúde, mas sim usá-las como referência para políticas públicas como um todo. Para que esta pesquisa possa ir além nisso faz-se necessário analisar como pode se efetivar o uso de Agentes Comunitários em outras áreas – como educação, desenvolvimento econômico, etc.

Nesta perspectiva, seria importante também reforçar o primeiro ponto apresentado, ou seja, além de analisar quais as áreas em que se podem utilizar a prática dos Agentes, é importante analisar como deve ser a formação e como estes Agentes podem atuar em suas atividades para garantir melhores resultados das ações.

Outra questão importante que deriva da anterior é de compreender quais os limites que uma política pública pode ter entre o uso de saberes locais e técnicos. Ou seja, até onde e como os saberes locais devem ser reforçados sem que haja uma coação dos mesmos pelo poder público. E, por outro lado, até onde os Agentes podem ter saberes autônomos dos saberes técnicos. É importante encontrar este equilíbrio entre forças e saberes para que não haja nem imposição nem descaso em relação a nenhum dos saberes.

Para todas estas pesquisas faz-se necessário aprofundar no estudo destes e de outros Agentes de Saúde, compreendendo melhor sua formação e sua prática para que se possam estabelecer possibilidades de inseri-los em diversas políticas públicas e garantir sua territorialização, o direito à igualdade e diversidade e o respeito a saberes.

O presente trabalho, portanto, possibilita analisar como a inserção de pessoas da comunidade em políticas públicas permite ao poder público melhorar resultados tanto para a comunidade quanto a suas próprias ações. Este trabalho também permite traçar algumas possibilidades de como esses Agentes podem se tornar um elo, garantindo que as políticas públicas cheguem e efetivem as ações com a comunidade a partir, principalmente, do respeito à diversidade de saberes.

Bibliografia

ANDRADE, F. M. *O Programa de Saúde da Família no Ceará*. Fortaleza, 1998.

ANDRADE, Julia. Por uma outra Política Pública de Cultura: Plural e Territorial. In SOUZA, Maria Adélia (org.). *Território Brasileiro*. Usos e abusos. Edições Territorial, Campinas, 2003.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de e BARRETO, Ivana Cristina de Holanda. A Promoção da Saúde e o Movimento de Cidades/Municípios Saudáveis: proposta de uma nova tipologia à luz da relação com o processo brasileiro de construção do SUS. Disponível em www.esf.org.br. Acessado em 05/12/2005

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de e CANUTO, Ondina Maria Chagas. Políticas Multisetoriais e a Promoção da Saúde. Disponível em www.esf.org.br. Acessado em 05/12/2005

ARANTES, A. A. *O que é cultura*. Coleção primeiros passos. Editora brasiliense, São Paulo, 1981.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. *O Processo de Descentralização das Políticas Sociais no Brasil e seus Determinantes*. Tese de doutorado apresentada ao Departamento de Ciência Política do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP, 1998.

AUTÉS, Michel. Le territoire, un nouveau mode de gestion des populations. In AAVV. *Lê RMI a l'épreuve des faits*. Paris, syros, 1991. In KOGA, Dirce. *Medidas de Cidades*. Cortez, São Paulo, 2003.

BALANDIER, G. *Tradição e modernidade em Antropologia Política*. Edusp, 1969.

BALBIM, Renato. A Quinta Dimensão do Espaço Cotidiano e as Práticas Espaciais. In: SOUZA, Maria Adélia (org.). *Território Brasileiro*. Usos e abusos. Edições Territorial, Campinas, 2003.

- BENEDICT, Ruth. O Crisântemo e a Espada. São Paulo, Perspectiva, 1972. In: LARAIA, Roque de Barros. *Cultura. Um conceito antropológico*. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1986.
- BLUMER, H. *Symbolic interactionism*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1969. In SPINK, Peter. *O Lugar do Lugar na Análise Organizacional*. Revista de Administração Contemporânea, 5, Edição Especial, 11-34, 2001B.
- BOAS, Franz. The Limitation of comparative method of anthropology. Science, N. S. vol. 4, 1973. In: LARAIA, Roque de Barros. *Cultura. Um conceito antropológico*. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde . *Manual do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Comunidade Solidária. Programa de Agentes Comunitários de Saúde . *Programa de Agentes Comunitários de Saúde* . Brasília, 1997.
- CAMAROTTI, Ilka e SPINK, Peter. *Estratégias Locais para a Redução da Pobreza: construindo a cidadania*. Programa Gestão Pública e Cidadania, EAESP-FGV e Fundação Ford, São Paulo, 2000.
- CASTILLO, Ricardo. Tecnologias da Informação e Organização do Território. In: SOUZA, Maria Adélia (org.). *Território Brasileiro*. Usos e abusos. Edições Territorial, Campinas, 2003.
- Chandrakirana, Kamala. *Comentário na Conferência Culture and Public Action*, Junho, 2002.
- COBB, Roger W. and ELDER, Charles D. Issues and agendas. In: THEODOULOU, Stella and CAHN, Matthew A. *Public policy: the essential readings*. Upper Saddle River, NJ, Prentice Hall, 1995.
- COLL, Augustí Nicolau. *Propostas para uma diversidade cultural intercultural na era da globalização*. Cadernos de proposição para o século XXI. Instituto Polis, São Paulo, 2002.
- DAGNINO, Evelina. Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In _____ (org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. Paz e Terra, São Paulo, 2002.

- DAGNINO, Evelina. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In _____ (org.). *Anos 90: Política e sociedade no Brasil*. Brasiliense, São Paulo, 1994, pp. 103-115.
- DIEGUES, Antonio Carlos. *Desenvolvimento sustentável ou sociedades sustentáveis*. Da crítica dos modelos aos novos paradigmas. São Paulo em Perspectiva, vol. 6/1-2, 1992.
- DOWBOR, Ladislau. *O Mosaico Partido*. A economia além das equações. Editora Vozes, Petrópolis, 2002.
- DOWBOR, Ladislau. *Governabilidade e descentralização*. Revista do Serviço Público, v.118, pp. 95-118, jan/jul. 1994.
- DRAIBE, Sonia Miriam. *Metodologia de análise comparativa de programas sociais*. Campinas, NEPP-UNICAMP, 1991. (Trabalho aprestando em Seminário da CEPAL, em Santiago, Chile, 6-8 maio de 1991).
- DRAIBE, Sonia Miriam. *Uma Nova Institucionalidade das Políticas Sociais?* Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reforma dos programas sociais. São Paulo em Perspectiva, 11:3-21, 1997.
- DRAIBE, Sonia Miriam. As Políticas Sociais nos Anos 1990. In: BAUMANN (org). *Brasil: uma Década em Transição*. Editora Campus/Comision Econômica para América Latina y el Caribe, Rio de Janeiro, 1999.
- FARAH, Marta Ferreira. *Parcerias, Novos Arranjos Institucionais e Políticas Públicas Locais*. Cadernos Gestão Pública e Cidadania, volume 18. EAESP-FGV e Fundação Ford, São Paulo, 2000.
- FARAH, Marta Ferreira e BARBOSA, Helio. Apresentação. In: FARAH, Marta F. e BARBOSA, H. *20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania*. Programa Gestão Pública e Cidadania. EAESP-FGV e Fundação Ford, São Paulo, 1999.
- FARAH, Marta Ferreira. *Governo Local e Nova Forma de Provisão e Gestão de Serviços Públicos no Brasil*. Cadernos Gestão Pública e Cidadania, volume 4. FGVSP, São Paulo, 1997.

- FERRARA, Lucrecia. Lugar na Cidade: conhecimento e diálogo. In: SOUZA, Maria Adélia (org.). *Território Brasileiro. Usos e abusos*. Edições Territorial, Campinas, 2003.
- FIGUEIREDO, Marcus Faria e FIGUEIREDO, Argelina Maria Cheibub. *Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica*. São Paulo, IDESP – Instituto de Estudos Econômicos, Sociais e Políticos de São Paulo, 1986. (Texto digitado)
- FUKS, Mario. *Definição da Agenda, Debate Público e Problemas Sociais: uma perspectiva argumentativa da dinâmica do conflito social*. Revista Bib, n.49, 1º sem. 2000, p. 79-94.
- GAVENTA, John; JONES, Emma. *Concepts of Citizenship: a review*. IDS Development Bibliography no. 19, 2002.
- GAVENTA, John e CORNWALL, Andrea. *From Users and Choosers do Makers and Shapers: repositioning participation in social policy*. Participation abstracts and document collection, IDS, 2000.
- GEERTZ, Clifford. *O Saber Local*. Editora Vozes, Petrópolis, 2003.
- GEERTZ, Clifford. *A Interpretação das Culturas*. Editora Guanabara, Rio de Janeiro. 1989.
- GOMES, Cilene. Reconhecendo o Território: Monitoramento, Regulação e Fluidez. In: SOUZA, Maria Adélia (org.). *Território Brasileiro. Usos e abusos*. Edições Territorial, Campinas, 2003.
- GOMES, Carin. Conhecer o Lugar e Transformar o Mundo: o Espaço Geográfico como Possibilidade. In SOUZA, Maria Adélia (org.). *Território Brasileiro. Usos e abusos*. Edições Territorial, Campinas, 2003.
- GOMES, P. César. *Explorações Geográficas*. Bertrand Brasil, Rio de Janeiro, 1997.
- GRINDLE, S. Marilee. *Public choices and policy change*. Baltimore, Maryland, The Johns Hopkins University Press, 1991.
- GUDEMAN, S. *Comentário na Conferência Culture and Public Action*, Junho, 2002.
- HABERMAS, J. *The theory of communicative action*. Boston: Beacon Press, 1984. v. 1. v. 2. In SPINK, Peter. *O Lugar do Lugar na Análise Organizacional*. Revista de Administração Contemporânea, 5, Edição Especial, 11-34, 2001B.

- IBGE. *Tábuas Completas de Mortalidade* – 2003. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em 09/05/2005
- IBGE. *Censo – 2000*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em 09/05/2005.
- KAYANO, Jorge e CALDAS, Eduardo de Lima. Indicadores para o diálogo. In: CACCIA-BAVA, Silvio, PAULICS, Veronika, SPINK, Peter. *Novos contornos da gestão local: conceitos em construção*. São Paulo, Pólis; Programa e Gestão Pública e Cidadania, EAESP-FGV e Fundação Ford, São Paulo, 2002.
- KINGDON, John W. Agendas, alternatives, and public policies. New York : HarperCollins, 1995. 2nd ed. Cap. 9 “Wrapping things up – session Agenda setting”. Republicado parcialmente em THEODOULOU, Stella Z. and CAHN, Matthew A. *Public Policy: the essential readings*. Upper Saddle River, NJ, Prentice Hall, 1995.
- KLIKSBERG, Bernardo. ¿Cómo Reformar el Estado para Enfrenar los Desafios Sociales del 2000? Trabalho apresentado ao II FÓRUM GLOBAL SOBRE REINVENÇÃO DO ESTADO. Brasília, 29 de maio a 1º de junho de 2000. In: FARAH, Marta. *Parcerias, Novos Arranjos Institucionais e Políticas Públicas Locais*. Cadernos Gestão Pública e Cidadania, vol. 18. EAESP-FGV e Fundação Ford, São Paulo, 2000.
- KOGA, Dirce. *Medidas de Cidades*. Cortez, São Paulo, 2003.
- KRAMPEN, M. Meaning the Urban Environment. Pion, Londres, 1979. In SANTOS, Milton. *A Natureza do Espaço*. Edusp, São Paulo, 2004.
- KROEBER, Alfred. O superorgânico. In PIERSON, Donald (org.). *Estudos de organização social*. Livraria Martins Editora, São Paulo, 1949.
- KROEBER, Alfred. Anthropology. Scientific American, vol 83, 1950. In: LARAIA, Roque de Barros. *Cultura*. Um conceito antropológico. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1986.
- KUNDA, Gideon. *Engineering Culture*. Temple University Press, Philadelphia, 1992.
- LAMOUNIER, Bolivar. *Análise de políticas públicas: quadro teórico-metodológico de referência*. (texto digitado). São Paulo, s/d.

- LAPLANTINE, François. *Aprender antropologia*. Editora brasiliense. 5ª edição. São Paulo, 1991.
- LARAIA, Roque de Barros. *Cultura*. Um conceito antropológico. Jorge Zahar Editor, RJ, 1986.
- LATOUR, Bruno. *Ciência em ação*. Editora Unesp, São Paulo, 2000.
- LAVALLE, Adrian. *Cidadania, Igualdade e Diferença*. Lua Nova, no. 59, São Paulo, 2003.
- LEFEBVRE, Henri. *The Production of the Space*. Ed. Anthtopor. Paris, 2000.
- LEVI-STRAUSS, C. As Descontinuidades Culturais e o Desenvolvimento Econômico. In *Antropologia Estrutural Dois*. Tempo brasileiro, 1993.
- LIMA, Nilo. Geografia Cidadã – contribuindo para a emoção como categoria de análise para a geografia. In: SOUZA, Maria Adélia (org.). *Território Brasileiro*. Usos e abusos. Edições Territorial, Campinas, 2003.
- LINDBLOM, Charles. *O processo de decisão política*. Ed. Universidade de Brasília, Brasília, 1981.
- LIPSKY, Michael. *Street-level bureaucracy : dilemmas of the individual in public service*. New York, Russell Sage Foundation, c1980.
- LONG, Norman. *The Multiple Optic Of Interface Analysis*. UNESCO Background Paper on Interface Analysis. 1999.
- LYNCH, Kevin. The Image of the City. Cambridge Mass: MIT Press, 1960. In SPINK, Peter. *O Lugar do Lugar na Análise Organizacional*. Revista de Administração Contemporânea, 5, Edição Especial, 11 –34, 2001.
- MALINOWSKI, Bronislaw. *The Dynamics of Culture Change*, 1945.
- MARTIN, Gerard. La Dynamique de les Politiques Sociales. L'Harmattan, Paris, 1998. In KOGA, Dirce. *Medidas de Cidades*. Cortez, São Paulo, 2003.
- MARTIN, Jean-Yves. *Uma Geografia da Nova Radicalidade Popular: algumas reflexões a partir do caso MST*. Revista Terra Livre no. 19, 2003. pág. 11-36. Texto disponível em

http://www.cibergeo.org/agbnacional/terralivre19/2_Uma_Geografia_da_nova_radicalida_de_popular.pdf. Acessado em 20/04/2005.

MASCARENHAS, André. *Etnografia e Cultura Organizacional: uma Contribuição da Antropologia à Administração de Empresas*. RAE, volume 42, n. 2, abr/jun. 2002.

MATOS, O. Céu de Capricórnio e tristeza do Brasil. In: NOVAES, A. *A Outra Margem do Ocidente*. Minc/ Funarte/ Cia das letras, São Paulo, 1999.

MEAD, G. H. On social psychology. In: STRAUSS, A. (Ed.). Chicago: University of Chicago Press, 1956. In SPINK, Peter. *O Lugar do Lugar na Análise Organizacional*. Revista de Administração Contemporânea, 5, Edição Especial, 11-34, 2001B.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a construção da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neo-liberal. In: _____. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Hucitec, São Paulo - Rio de Janeiro, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatórios de Pesquisa*. Disponível em http://dtr2002.saude.gov.br/ascom/indicadorespsf/intr_sint.htm . Acessado em 09/05/2005.

MISHRA, Ramesh. *O Estado-Providência na Sociedade Capitalista*, Oeiras, Celta Editora, 1997.

NOGUEIRA, R. et al. *A Vinculação Institucional de um Trabalhador sui generis: o Agente Comunitário de Saúde*. Texto para Discussão 735, 2000. Disponível em «URL: <http://www.ipea.gov.br> . Acessado em 20/01/2005.

PAULICS, Veronika. *Disseminação do Programa de Garantia de Renda Mínima no Brasil*. Dissertação de mestrado apresentada ao Mestrado em Administração Pública e Governo da EAESP/FGV. São Paulo, 2003.

PIERUCCI, Antonio Flavio. Linguagens autoritárias, voto popular. In. DAGNINO, Evelina (org.). *Anos 90: Política e sociedade no Brasil*. Brasiliense, São Paulo, 1994.

RAO, V. e WALTON, M. *Implications of a cultural lens for public policy and development thought*. Conferência Culture and Public Action, Junho, 2002.

- RED MERCOCIUDADES, FRIEDRISCH EBERT STIFTUNG e JUVENTUD. *Juventud, diversidad cultural y desarrollo local*. Propuestas e ideas contra la exclusión social. Chile, 2003.
- RIBEIRO, Ana Clara. Pequena Reflexão sobre Categorias da Teoria Crítica do Espaço: Território Usado, Território Praticado. In: SOUZA, Maria Adélia (org.). *Território Brasileiro*. Usos e abusos. Edições Territorial, Campinas, 2003.
- RIBEIRO, Gustavo Lins. *Ambientalismo e desenvolvimento sustentado*. Nova ideologia/utopia do desenvolvimento. Revista de Antropologia, USP, São Paulo, n. 34, 1991.
- ROBINS, Kevin. Global times: what in the world's going on? In: DU GAY, P. production of culture / Cultures of production, Londres. Sage/The Open University, 1997. In: SILVA, Tomaz Tadeu, HALL, Stuart e WOODWARD, Kathryn. *Identidade e Diferença*. A perspectiva dos estudos culturais. Editora Vozes, Petrópolis, 2000.
- SAHLINS, M. A primeira sociedade de afluência. In: CARVALHO, E. A. (org.). *Antropologia econômica*. Livraria Ed. C. Humanas, São Paulo, 1978.
- SAHLINS, M. O *pessimismo sentimental e a experiência etnográfica*: porque a cultura não é um objeto em via de extinção (parte I e II). Revista Mana 3/1 e 3/2, 1997.
- SANTOS, Milton. *A Natureza do Espaço*. Edusp, São Paulo, 2004.
- SANTOS, Milton. *Território e sociedade*: entrevista com Milton Santos. Fundação Perseu Abramo, São Paulo, 2000A.
- SANTOS, Milton. *Por uma outra Globalização* - do pensamento único à consciência universal. Record, Rio de Janeiro, 2000B.
- SANTOS, Milton. *O Território e o Saber Local*: algumas categorias de análise. Cadernos IPPUR, ano XIII, n. 2, agosto/dezembro de 1999.
- SANTOS, Milton. *Território*: Globalização e Fragmentação. Hucitec e Anpur, São Paulo, 1996.
- SANTOS, Milton. *Espaço do Cidadão*. Editora Nobel, São Paulo, 1988.

- SARTRE, Jean-Paul. *Critique de a raison dialectique*. NRF-Gallimard, Paris, 1960. In SANTOS, Milton. *A Natureza do Espaço*. Edusp, São Paulo, 2004.
- SAVATER, Fernando. Panfleto contra el todo. Alianza Editorial, Madrid, 1989. In LAVALLE, Adrian. *Cidadania, Igualdade e Diferença*. Lua Nova, no 59, São Paulo, 2003.
- SELZNICK, P. *The moral commonwealth: social theory and the promise of community*. Berkeley: University of California Press, 1992. In SPINK, Peter. *O Lugar do Lugar na Análise Organizacional*. Revista de Administração Contemporânea, 5, Edição Especial, 11-34, 2001B.
- SEN, Amartya. *Desenvolvimento como Liberdade*. Companhia das Letras, São Paulo, 2000.
- SENNA, Mônica de C. M. *Eqüidade e Política de Saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família*. Cadernos de Saúde Pública, vol. 18, supl., Rio de Janeiro, 2002.
- SILVA, Anamaria Cavalcante. *O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral - Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002*. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências. São Paulo, 2003.
- SILVA, A. C. *Viva Criança: os caminhos da sobrevivência infantil no Ceará*. Fundação Demócrito Rocha, Fortaleza, 1999.
- SILVA, Joana e DALMASO, Ana S. *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002.
- SILVA, Rogério R. *O Projeto UNI e os Movimentos Populares de Saúde na Região Sul de Londrina*. Dissertação apresentada ao departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre. São Paulo, 1999.

- SILVA, Tomaz Tadeu, HALL, Stuart e WOODWARD, Kathryn. *Identidade e Diferença. A perspectiva dos estudos culturais*. Editora Vozes, Petrópolis, 2000.
- SOBRAL. *Site oficial da Prefeitura*. www.sobral.ce.gov.br. Acessado em 01/06/2005.
- SOUZA, Maria Adélia (org.). *Território Brasileiro. Usos e abusos*. Edições Territorial, Campinas, 2003.
- SOUZA, Rafaela A. e CARVALHO, Alysson M. *Programa de Saúde da Família e Qualidade de Vida: um olhar da psicologia*. Revista Estudos de Psicologia, 8(3), 515-523, 2003.
- SPINK, Peter. *Avaliação democrática: propostas e práticas*. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, Rio de Janeiro, 2001 (Coleção ABIA, Fundamentos de Avaliação, n.3).
- SPINK, Peter. *O Lugar do Lugar na Análise Organizacional*. Revista de Administração Contemporânea, 5, Edição Especial, 11 –34, 2001.
- SPINK, Peter. *O Resgate da Parte*. Revista de Administração, São Paulo, v.26, n 2, p.3-11, abril/junho 1991.
- STAVENHAGEN, Rodolfo. *Etnodesenvolvimento: uma dimensão ignorada no pensamento desenvolvimentista*. Anuário Antropológico, 1984, Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, 1984.
- TELLES, Vera. *Sociedade Civil e a Construção de Espaços Públicos*. In DAGNINO, E. (org.). *Anos 90: Política e sociedade no Brasil*. São Paulo, Brasiliense, 1994.
- TENZER, Nicolas. *La sociedad despolitizada - Ensayo sobre los fundamentos da política*. Paidós, Barcelona, 1990. In LAVALLE, Adrian. *Cidadania, Igualdade e Diferença*. Lua Nova, no 59, São Paulo, 2003.
- TOREN, Christina. *Etnography: theoretical background*. In: RICHARDSON, John T. E. (ed). *Handbook of Qualitative Research Methods. For Psychology and the Social Sciences*. Leicester UK: British Psychological Society, 1996.

- TRAD, Leny, NUNES, Mônica, ALMEIDA, Bethânia et al. *O Agente Comunitário de Saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico*. Cad. Saúde Pública v.18 n.6 Rio de Janeiro nov./dez. 2002.
- TYLOR, Edward. *Primitive Culture*. Londers. John Murray & Co. 1871. In: Laraia, Roque de Barros. *Cultura. Um conceito antropológico*. Jorge Zahar Editor, RJ, 1986.
- WITTGENSTEIN, L. *Tractatus lógico-philosophicus*. Routledge & Kegan Paul, Londres, 1961. In SANTOS, Milton. *A Natureza do Espaço*. Edusp, São Paulo, 2004.
- WITTGENSTEIN, L. *Philosophical investigations*. Basil Blackwell, Oxford, 1953. In SPINK, Peter. *O Lugar do Lugar na Análise Organizacional*. Revista de Administração Contemporânea, 5, Edição Especial, 11-34, 2001B.
- ZERMEÑO, Sergio. *Hacia una democracia como identidad restringida: sociedad e politica en Mexico*. Revista Mexicana de Sociología, n. 2, IIS-UNAM, 1987. In LAVALLE, Adrian. *Cidadania, Igualdade e Diferença*. Lua Nova, no. 59, São Paulo, 2003.

Encheram a terra de fronteiras, carregaram
o céu de bandeiras. Mas só há duas nações:
a dos vivos e a dos mortos.

Juca Sabão

(Mia Couto)