

O PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUA INCIDÊNCIA SOBRE A MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE

Vera Joana Bornstein¹

Gustavo Corrêa Matta²

Helena David³

Mais do que de uma teoria comum, do que necessitamos é de uma teoria de tradução que torne as diferentes lutas mutuamente inteligíveis e permita aos atores colectivos “conversarem” sobre as opressões a que resistem e as aspirações que os animam.
(SANTOS, 2000, p. 27).

APRESENTAÇÃO

O artigo apresenta os resultados iniciais da pesquisa “A relação entre a formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e seu processo de trabalho na perspectiva da mudança de modelo de atenção”, financiada pela FAPERJ no âmbito da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz. Nesta primeira aproximação da pesquisa em tela, será abordado o processo de trabalho do ACS na perspectiva da mudança do modelo de atenção à saúde. A análise referente às influências do processo de formação dos ACS na mudança de modelo ficará para um momento posterior, considerando que os ACS acompanhados nesta pesquisa ainda estão cursando a II etapa do curso técnico.

¹Professora-pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (LABORAT) da EPSJV. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz, 2007). Contato: vejoana@epsjv.fiocruz.br.

²Professor-pesquisador do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (LABORAT) da EPSJV. Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ, 2005). Contato: gcmatta@epsjv.fiocruz.br.

³Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Doutora em Ciências da Saúde. Pós-doutora pela University of Alberta (Canadá, 2004).

A pesquisa consistiu numa revisão bibliográfica sistemática em torno do tema Modelos de Atenção à Saúde, bem como na realização de dois grupos focais que contaram com a participação de 17 ACS. Foi realizada uma análise qualitativa do material coletado e identificadas categorias que informam algumas questões sobre o modelo de atenção e as experiências dos ACS⁴.

O texto aborda inicialmente as questões históricas e legais que envolvem o trabalho e a formação dos ACS no contexto brasileiro, discute os desafios para a reorganização do modelo de atenção à saúde para o SUS, descreve a metodologia do trabalho de campo utilizada na pesquisa e discute as categorias de análise mais significativas oriundas da investigação proposta.

MARCOS HISTÓRICOS E LEGAIS SOBRE O TRABALHO E A FORMAÇÃO DO ACS

Segundo dados do Ministério da Saúde – Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2009), existem hoje em dia mais de 229.000 agentes comunitários de saúde em todo o Brasil, atuando em 5.335 municípios e vinculados às equipes de saúde da família (ESF) ou ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

As experiências com agentes de saúde no Brasil antecedem a criação do PACS e do PSF (Programa Saúde da Família). As propostas de formação e utilização de agentes comunitários de saúde como força de trabalho em saúde, numa perspectiva transformadora das relações entre profissionais e classes populares, remontam aos anos de 1970/80, sobretudo por iniciativa de organizações religiosas católicas durante os anos. Algumas experiências estiveram vinculadas a organizações não governamentais e instituições acadêmicas cujos profissionais atuavam em saúde pública e comunitária (DAVID,

⁴O material obtido nos debates foi gravado e transcrito, após o aceite voluntário dos participantes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da EPSJV/FIOCRUZ, pelo Parecer 2008/0031. As falas citadas no artigo foram editadas visando retirar repetições de palavras e ideias.

2001). O contexto inicial destes trabalhos era a ditadura militar instalada no país e o envolvimento de setores do clero e de algumas ordens religiosas no apoio às lutas e demandas populares contra este regime político. Num contexto de negação do direito à participação democrática, estabelecer uma articulação com os serviços, por meio de pessoas da comunidade que receberiam um treinamento básico, mesmo que informal, se configurava como uma perspectiva de ruptura com os modos tradicionais de ofertar ações de saúde.

No cenário internacional, este impulso inicial ganha força após a Conferência de Alma-Ata em 1978, marco referencial das propostas de Atenção Primária que buscavam aproximação entre serviços de saúde e comunidades, tendo como princípios as noções de direito à saúde e desenvolvimento nacional (MATTA, 2005).

Em 1991, a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, posteriormente, do Programa Saúde da Família procura recuperar diferentes experiências realizadas no país, destacando-se, segundo Souza, a experiência de agentes comunitários do Ceará, onde foi criada uma “frente de trabalho” em uma conjuntura de seca. A maioria das agentes de saúde eram mulheres que passaram a realizar ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense (SOUZA, 2002).

A partir de 1997, o PACS e o PSF passam a ser prioridades do Plano de Metas do Ministério da Saúde. O PACS, existente desde o início dos anos 90, é apresentado no documento “Política Nacional de Atenção Básica” como “... uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica”. Por sua vez, a estratégia Saúde da Família é citada como estratégia prioritária para reorganização da Atenção Básica no Brasil, substituindo o modelo tradicional de assistência, voltado para a cura de doenças e “hospitalocêntrico”, por outro, cujas principais características são: o enfoque sobre a família a partir de seu ambiente físico e social, como unidade de ação; a adscrição de clientela através da definição de território de abrangência da equipe; estruturação de equipe multiprofissional; a ação preventiva em saúde; a detecção de necessidades da população em

vez da ênfase na demanda espontânea; a atuação intersetorial com vistas à promoção da saúde (BRASIL, 2006a).

A Portaria nº 648/GM afirma que “A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde”. Na mesma portaria, em seu primeiro capítulo, menciona-se que a Atenção Básica “orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2006b).

Outra referência oficial que define as diretrizes da estratégia de Saúde da Família é o sítio na internet do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde¹. A Saúde da Família é entendida como a principal estratégia para a mudança de um modelo de atenção centrado na doença e, além das características já mencionadas, são citados a busca por uma maior resolubilidade da atenção e o estímulo à organização das comunidades para exercer o controle social das ações e dos serviços de saúde.

Entende-se, portanto, que o que tem sido denominado mudança de modelo assistencial envolve ações e modos de organizar os serviços apoiados em uma prática de acompanhamento, relação e envolvimento, e não em princípios de produtividade ou ainda na focalização de problemas, ou doenças, como por exemplo a tuberculose, a hanseníase, e grupos populacionais considerados vulneráveis, como mulheres e crianças.

Tanto o PACS como o PSF têm em comum a figura do ACS como elemento inovador no quadro funcional, sobre o qual recaem expectativas de mediação e facilitação do trabalho de atenção básica em saúde, daí a importância de aprofundar estudos sobre seu processo de trabalho e de formação, numa perspectiva de mudança de modelo.

No que se refere às propostas de formação profissional dos ACS, Morosini et al. apontam as diferentes estratégias desenvolvidas que vão desde “... processos formativos aligeirados que, em

geral, objetivam a instrumentalização para a prática...” (MOROSINI et al., 2007, p. 264) até a proposição de formação técnica presente no Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, que constrói um itinerário formativo de 1.200 horas distribuídas em três etapas (BRASIL, 2004).

Na atual conjuntura, não tem sido possível garantir integralmente a formação técnica no âmbito da política de gestão do trabalho em saúde, em nível nacional. Os principais argumentos contrários à formação técnica dos ACS têm se concentrado em torno da Lei de Responsabilidade Fiscal⁵, em função de um possível aumento excessivo dos gastos com os salários desses trabalhadores, se tornados técnicos.

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz (EPSJV) desenvolveu uma proposta de Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde que busca efetivar uma experiência de formação técnica completa, contemplando as três etapas formativas previstas no Referencial Curricular citado anteriormente. A proposta pretende contribuir para o debate em torno da necessidade de qualificação técnica dos trabalhadores ACS e subsidiar sua luta por melhores condições de formação e trabalho.

Este artigo apresenta uma análise inicial fruto do acompanhamento do curso técnico em realização na EPSJV. Pretende produzir subsídios para a efetivação das três etapas do curso e ao mesmo tempo apresentar contribuições para o debate sobre a formação técnica dos agentes comunitários de saúde na perspectiva da mudança de modelo de atenção à saúde. São apresentados dois eixos temáticos que apoiam teoricamente a discussão: Modelo de Atenção à Saúde Pretendido e Modelo Assistencial Tradicional, e Processo de Trabalho como Indicador do Modelo de Atenção Praticado.

⁵Ficou conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal a Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000. Dentre outras coisas, determina que a despesa total com pessoal não poderá ser maior do que 50% da receita corrente líquida da União e 60% dos estados e municípios, a cada ano.

MODELO DE ATENÇÃO E A REORIENTAÇÃO PRETENDIDA COM A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Um dos eixos de análise desta pesquisa é a caracterização do confronto entre o modelo de atenção pretendido na proposta oficial e o modelo assistencial em que se dá o trabalho real das equipes de Saúde da Família, relacionando-o com as expectativas do próprio ACS em relação às mudanças pretendidas.

A revisão da literatura apresenta a disputa entre diversos modelos propostos para o SUS, mas em todos eles há a unânime crítica à hegemonia do modelo biomédico centrado em serviços e ações de saúde que privilegiam as intervenções sobre a doença, o sintoma e em tecnologias duras e leve-duras vinculadas ao complexo médico-industrial. Essas ações são caracterizadas pela verticalidade e pela dessubjetivação das relações entre o sistema de saúde e a sociedade (TEIXEIRA; SOLLA, 2006; MEHRY, 2003; SILVA JR., 1998).

A construção de um modelo de atenção à saúde no Brasil deve ser norteada pelos princípios e diretrizes do SUS que visam à universalidade e integralidade da atenção, equidade da distribuição e do acesso aos serviços e ações de saúde, bem como à descentralização, hierarquização e regionalização, e à participação popular na construção e acompanhamento desse modelo (MATTA, 2007).

Há enormes obstáculos em relação ao cumprimento desse desafio. O primeiro está no subfinanciamento do setor saúde que, mesmo após a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, ainda sofre com a escassez de recursos para fazer avançar o SUS em todos os níveis de atenção. A ênfase na atenção básica, destacada como uma prioridade para o Ministério da Saúde nos últimos anos, não tem representado uma prioridade orçamentária. Este desequilíbrio tem diversas razões a serem investigadas, mas não cabe no escopo deste trabalho o detalhamento dessas questões.

O segundo desafio para a construção de um modelo de atenção para o SUS é o papel do Estado na formulação de políticas sociais que visem à proteção à saúde em toda a sua extensão como

apontada na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde. A defesa dos valores da saúde e da vida como direitos fundamentais tem sido objeto de tensão na disputa com as lógicas do mercado e da economia da saúde, tornando o SUS um sistema para aqueles que não possuem planos de saúde ou para aquelas ações e serviços de saúde não cobertos pela saúde suplementar. Tornar o SUS um sistema desejado por toda a população brasileira é um desafio para a formulação e implantação dos modelos de atenção no país que respondam aos desejos e às necessidades dos brasileiros.

O terceiro desafio é a organização e formação dos trabalhadores de saúde no Brasil. O baixo investimento em políticas que visem à valorização do trabalhador do SUS, tornando viável sua fixação e redução do multiemprego, como a criação de um plano de cargos e salários coerente com o lugar desejado pelo sistema público de saúde no Brasil. O desenvolvimento de políticas de formação/qualificação adequadas aos dispositivos da integralidade e o desenvolvimento da participação popular para os profissionais do SUS também são fundamentais para a reorganização do modelo de atenção.

O quarto e último desafio diz respeito ao papel do Ministério da Saúde na construção dos modelos de atenção no país. Na última década, o MS tem desempenhado a função de indutor do modelo de atenção no Brasil através de incentivos financeiros para a ESF. A dimensão e complexidade regionais brasileiras não permitem a adoção de um modelo único de atenção à saúde. Os gestores estaduais, municipais, os trabalhadores e usuários devem construir modelos adequados às características regionais, tendo em vista, é claro, os princípios e as diretrizes do SUS (MACHADO, 2007).

Como mencionado, o Ministério da Saúde aponta a estratégia de Saúde da Família como a principal estratégia de reorientação do modelo de Atenção Básica e do estabelecimento de uma nova dinâmica na organização de serviços e ações de saúde.

Entre as publicações revisadas, poucas são aquelas que apontam questões críticas na implantação do PACS e do PSF. Franco &

Merhy têm questionado o que chamam de “discurso mudancista”, que atribui ao PSF o papel estratégico para a reorganização da prática assistencial em novas bases e afirmam que os debates sobre o PSF têm se caracterizado por despolitização e superficialidade cada vez maiores. Consideram que a observação das experiências indica uma defasagem entre o discurso mudancista e as práticas assistenciais desenvolvidas, mostrando que não se tem conseguido realizar a “missão prometida” (MERHY; FRANCO, 2002, p. 119). Para fundamentar esta afirmação, os autores sustentam que:

a) O PSF baseia suas propostas nos conhecimentos relacionados à epidemiologia e à vigilância à saúde, o que não seria suficiente em muitas situações em que o conjunto da prática clínica seria essencial para atender às necessidades de assistência.

b) Falta um esquema para atender à demanda espontânea que, do ponto de vista do usuário, é uma prioridade.

c) Existe um alto grau de normatividade na proposta do PACS/PSF elaborada pelo Ministério da Saúde.

d) Na proposta do PACS/PSF a figura do médico generalista é mitificada, como se este profissional, por si só, pudesse desenvolver novas práticas de saúde junto à população.

e) As “visitas domiciliares compulsórias”, principalmente em relação a médicos e enfermeiras, deveriam acontecer a partir de uma indicação explícita, não como rotina, pois podem inclusive configurar uma excessiva intromissão na privacidade das pessoas.

Os autores concluem que apenas a implantação do PSF não resulta necessariamente na mudança do modelo assistencial. Pode haver Unidades de Saúde da Família médico-centradas, assim como outras usuário-centradas, o que vai depender dos diversos modos de agir dos profissionais na relação entre si e com os usuários.

Referindo-se às dificuldades para a consolidação do PSF como estratégia de reorganização do modelo assistencial, Favoreto & Camargo Jr. (2002) afirmam que na maioria dos municípios examinados em seu estudo tem predominado a estratégia de extensão de cobertura assistencial, marcada pela introdução de uma prática de

medicina simplificada, dirigida às populações menos favorecidas. Os autores apontam ainda vários problemas em relação à resoluibilidade dos serviços de saúde da família, tais como o sistema de referência e contrarreferência, a rigidez na conformação profissional da equipe de saúde da família, o despreparo e a qualificação insuficiente dos médicos de família. Entendem que a ênfase com relação à mudança do modelo assistencial recai sobre as formas de organização e controle e a normatização dos processos de trabalho; no entanto, é necessário aprofundar uma nova percepção dos profissionais, no que se refere a seus papéis e ao contexto em que atuam, a fim de que possam mudar sua prática. Este entendimento se refere também às representações sociais de saúde/doença e cura da população, bem como à participação das dimensões biopsicossociais no processo de adoecimento. Outra questão levantada pelos autores é a falta de apoio material, institucional e político para as equipes de saúde da família no enfrentamento de problemas sociais e ambientais das comunidades assistidas. Desta maneira, as ações comunitárias dependem quase exclusivamente do entendimento e da organização dos profissionais da equipe.

Fernandes (1992) alerta sobre o risco da implantação de projetos que perpetuem um modelo assistencial desigual e discriminatório no qual exista uma forma de organização dirigida às classes ricas, com profissionais altamente especializados e utilização de tecnologia sofisticada, e outra forma, dirigida às populações carentes, baseada em recursos simplificados.

Viana & Dal Poz (1998) abordam ainda outras dificuldades com relação à expansão da Estratégia Saúde da Família, que são a lenta resposta do aparelho formador de recursos humanos, e as resistências corporativas, tanto das associações de enfermagem como das associações médicas.

A IMPORTÂNCIA DA ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO DOS ACS

A análise do processo de trabalho do ACS toma como referência teórica os conceitos desenvolvidos por Merhy & Franco (2003, p. 318), segundo os quais o “trabalho morto” (TM) é definido como sendo baseado em instrumentos e conhecimentos técnicos estruturados considerando que “sobre eles já se aplicou um trabalho progresso para sua elaboração”. O “trabalho vivo” (TV) é baseado em tecnologias leves do qual fazem parte as relações e o conhecimento técnico aplicado de forma singular na produção do cuidado. O elemento central do trabalho vivo, em ato, é o próprio trabalhador, que possui maior controle e autonomia decisória deste processo. A correlação entre TM e TV é chamada de Composição Técnica do Trabalho (CTT). O modelo assistencial médico-hegemônico teria a supremacia do “trabalho morto” e ênfase na produção de procedimentos. A mudança do modelo de atenção se caracterizaria pela maior ênfase no “trabalho vivo”.

Esta tipologia possui como base a crítica do trabalho sob o modo de produção capitalista apontada por Marx, indicando para a lógica segundo a qual o trabalho vivo tende a ser subjugado pelo trabalho morto no processo de acumulação privada e apropriação de mais-valia, mas não pode substituí-lo, uma vez que é sobre o trabalho vivo – o trabalhador – que se produz a taxa de lucro. Em Merhy e Franco (2003), a análise da CTT indicaria que quando esta pende para o “trabalho morto” o processo de trabalho seria dependente de tecnologias duras e estaria voltado à produção de procedimentos com utilização de tecnologias, equipamentos; e, por outro lado, quando existisse predominância do “trabalho vivo”, o processo de trabalho estaria centrado em tecnologias leves, relacionais.

De acordo com estes autores, os trabalhadores agem de forma interessada, de acordo com projetos próprios que podem ser individuais ou de uma determinada corporação. Por ser este um espaço de encontro entre diferentes projetos, sejam eles dos trabalhadores, dos usuários ou das instituições, este é também um espaço de possíveis conflitos.

Merhy & Franco destacam que a Reestruturação Produtiva não necessariamente incide na mudança da Composição Técnica do Trabalho, o que "... pode ser verificado no Programa Saúde da Família, que em muitos casos muda a forma de produzir sem, no entanto, alterar o processo de trabalho centrado em tecnologias duras" (2003, p. 320). Consideram como elemento fundamental, para que haja uma alteração estrutural no modo de produzir saúde, a mudança na Composição Técnica do Trabalho, que é a razão entre "Trabalho Morto" e "Trabalho Vivo".

Deste debate pode-se concluir, portanto, que as tecnologias leves estariam mais identificadas com a mudança de modelo; no entanto, num modo de produção marcado pela lógica da produtividade e lucro, tende a ser subsumido pelo trabalho morto e desvalorizado como "não produtivo".

ASPECTOS METODOLÓGICOS

O universo de pesquisa esteve composto nesta primeira etapa por 17 agentes comunitários de saúde vinculados a equipes de Saúde da Família de uma mesma Unidade de Saúde no Município do Rio de Janeiro. Uma das características peculiares destas equipes é que as mesmas estão localizadas fora das comunidades, o que não é usual na ESF.

O território coberto pelas equipes de saúde da família pesquisadas faz parte de uma área situada na região metropolitana do Rio de Janeiro, caracterizada pela pobreza extrema, pelas condições precárias de habitação e saneamento, pela ausência dos equipamentos públicos de proteção social e marcadamente identificada como uma região violenta e sujeita a conflitos recorrentes entre o narcotráfico e a polícia.

Em junho de 2008, trabalhavam nesta Unidade 46 agentes comunitários de saúde, além de sete agentes redutores de violência ou de dependência química, que faziam parte de oito equipes de

saúde da família. A fim de conhecer o perfil destes ACS, a equipe da EPSJV aplicou um questionário que foi preenchido por 47 agentes e seus resultados revelaram que a faixa etária estava situada entre 22 e 63 anos, sendo a maior concentração entre 30 e 39 anos, 93,6% tinham um tempo de atuação como agente comunitário maior de três anos, 72,3% não tinham trabalhado anteriormente na área de saúde e 89,4% tinham o Ensino Médio completo ou cursavam o nível universitário. Dos 47 ACS que responderam ao questionário, 27 haviam frequentado o Módulo I do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS), um não respondeu e 19 não haviam realizado o curso. Destes últimos, 17 ACS iniciaram o CTACS em outubro de 2008 e com eles foi iniciada esta pesquisa, que ainda está em andamento.

Foram realizados dois grupos focais ao início do curso em outubro de 2008. Os grupos focais se fundamentam na ideia de que por meio de abordagens participativas pode-se construir um processo de descrição e problematização sobre o trabalho cotidiano, expresso nas narrativas. De uma maneira geral, são pequenos grupos de pessoas que interagem entre si, moderados por um pesquisador de acordo com um roteiro preestabelecido. No primeiro grupo, por meio de uma dinâmica em que se utilizou um relógio como referência, foi discutido o trabalho cotidiano dos participantes, com a descrição livre de um dia de trabalho. Posteriormente, passou-se a discutir as satisfações e insatisfações no seu trabalho e, por último, foi feita a pergunta de como cada um se sentia representando o serviço e como se sentia representando a comunidade.

No segundo grupo focal, com o objetivo de se aproximar da caracterização do modelo de atenção no qual trabalham os ACS, foram realizadas perguntas provocadoras que buscaram caracterizar os assuntos abordados pelos ACS em suas visitas domiciliares, os problemas observados, os riscos priorizados pelo serviço, as expectativas dos moradores em relação aos agentes de saúde e em relação ao serviço, a participação da equipe na discussão dos problemas e nas visitas e as mudanças observadas no serviço de saúde.

Os dados oriundos dos grupos focais foram classificados de acordo com categorias que possibilitassem a diferenciação do modelo de atenção à saúde no qual se desenvolvia o trabalho dos ACS. Foram utilizadas as seguintes categorias prévias estabelecidas com base nas características mencionadas na bibliografia consultada e que permitiriam a diferenciação entre os distintos modelos de atenção: Integralidade/fragmentação; Demanda espontânea/demanda programada; Continuidade e vínculo; Trabalho educativo.

CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE TRABALHO DOS ACS E SUA RELAÇÃO COM A MUDANÇA DE MODELO DE ATENÇÃO

Serão analisadas a seguir as características do processo de trabalho das agentes comunitárias que participaram da pesquisa, a partir das categorias mencionadas anteriormente: Integralidade/fragmentação; Demanda espontânea/demanda programada; Continuidade e vínculo; Trabalho educativo. Busca-se, desta forma, evidenciar as características e as possíveis contradições presentes na pretendida mudança de modelo de atenção por meio da estratégia de Saúde da Família.

Integralidade/Fragmentação

Em oposição à fragmentação na atenção, toma-se aqui o sentido de integralidade como o entendimento da interação de diferentes dimensões da vida que atuam sobre o processo saúde/doença, bem como a necessidade de integração das ações e dos serviços de saúde (MATTOS, 2001). Neste sentido, a estratégia de saúde da família se constituiria num ambiente favorável para ações baseadas na integralidade da atenção, ao possibilitar o entendimento do contexto de vida da população e a base a partir da qual se deve organizar a rede de serviços de saúde.

No caso acompanhado por esta pesquisa, a equipe de saúde da família não tem uma estrutura física dentro das comunidades, no entanto os ACS são moradores locais e frequentam permanentemente a área de atuação. O restante da equipe se desloca para a área de atuação quando realiza visitas domiciliares e, em alguns casos, quando fazem trabalho educativo.

Entre os ACS que participaram da equipe é unanimidade o fato de que as equipes de saúde da família deveriam estar situadas dentro da comunidade:

Na minha experiência, eu falo que um médico dentro da comunidade é bem melhor que você fazer grupo no Centro de Saúde. Quando você trabalha na comunidade, você tem mais domínio da situação. Se tivesse um módulo dentro da comunidade, seria mais fácil de dizer: Você vem aqui tal hora que ele vai ta aqui tal hora. (ACS).

Outra questão levantada pelos ACS e que se relaciona com as diferentes percepções da realidade entre os profissionais que não residem na área e os ACS se refere ao risco decorrente da situação de violência. Os ACS mencionam saber distinguir quando existe perigo que inviabiliza o trabalho, e neste sentido consideram poder orientar os demais profissionais quanto à viabilidade de realizar o trabalho de campo. “Nós, moradores, sabemos quando existe uma incursão. De uma maneira ou de outra a gente fica sabendo”.

A abordagem integral feita pelos agentes de saúde está presente em vários depoimentos. O fato de entrar na casa da família lhe permite observar situações que nem sempre são abordadas nas consultas, observar a relação entre seus moradores e suas condições de vida.

Uma coisa que eu reparei depois que eu ingressei no trabalho de ACS é que onde se tem uma moradia com um espaço físico muito pequeno e uma família muito grande, geralmente, você tem mais violência na família, mais casos de doenças e com certeza menos qualidade de vida. (ACS)

No passado não muito tempo atrás, a gente via adolescentes ou jovens adultos no mundo do tráfico, hoje em dia a gente vê crianças. Assim, drogados no meio do sol e da chuva. Nós que estamos aqui sabemos que nem todos são dali, pode até ter um, dois da própria comunidade, mas tem muitos de fora. (ACS).

Ainda em relação aos diferentes entendimentos dos problemas da comunidade, um ACS explica que um ex-médico da sua equipe colocou que ele não sabia o porquê a pessoa dependente de drogas deveria ser atendido no mesmo dia se ela poderia voltar noutro dia, mas o ACS utilizou os seguintes argumentos:

Quando chega um daqueles lá e fala hoje eu quero um tratamento, tu não pode deixar pra amanhã não. Isso pode significar a morte de uma pessoa, né. São pessoas que às vezes a gente fica abordando durante 3 anos ou 4 anos e o dia que ele falar é hoje, é agora. Porque amanhã ele pode mudar de idéia e talvez não voltar nunca mais. Então o médico percebeu que o drogadicto deveria entrar também como prioridade. (ACS).

A percepção das condições e da situação em que vivem os moradores da área possibilita um olhar de compreensão no que se refere às suas reações e facilita a criação de vínculo com os mesmos.

Não concordo em dizer que os moradores tenham falta de educação. Até mesmo porque são pessoas muito sofridas, eles não têm tempo pra ter paciência com mais nada. Eu considero todos eles que moram aí dentro uns heróis. Porque é muito sofrimento, tá? Sofrimento por causa da violência que eles convivem aí, as dificuldades, a falta de tudo, ninguém dá valores pra eles, o desemprego, a falta de saneamento básico, é tudo que vocês imaginem que possa tirar de quem já não tem nada... ali tem. Então, são pessoas muito revoltadas, sofridas mesmo... (ACS).

A potencialidade da integralidade contrasta com a visão fragmentada dos profissionais que se mantêm principalmente dentro da Unidade de Saúde e que tendem a reproduzir a lógica de comunicação e vínculo aprendida na sua formação profissional, que tende a delimitar, no dizer de Vasconcelos (1999), de forma assimétrica, a relação entre serviços e população, interferindo na possibilidade de uma abordagem com base na integralidade.

Por outro lado, os ACS comentam que a própria população tem um entendimento do papel do médico como o profissional que vai dar consulta e fornecer remédio. Se o médico não o fizer, a população comenta:

Essa médica não vale nada. Fui consultada e ela não passou um remédio pra mim. (ACS).

A proposta do PSF é o acompanhamento, é prevenção e as pessoas não estão acostumadas com essa idéia de prevenção. Eles estão acostumados com a idéia de consulta médica, ser atendido. E o programa de saúde da família é um trabalho de acompanhamento. (ACS).

Demanda Espontânea/Demanda Programada

Uma das mudanças propostas pela ESF é a organização dos serviços e das práticas de saúde com ênfase na demanda programada de acordo com as necessidades locais, reconhecendo, entretanto, sua articulação com a demanda espontânea, principalmente por assistência médica. Uma das características das Unidades de Saúde que privilegiam a intervenção sobre as doenças é a primazia da demanda da população por atendimentos médicos. Na busca de produzir um impacto positivo sobre a saúde da população, procurou-se organizar o serviço a partir da epidemiologia, no sentido de detectar as necessidades de saúde da população.

Merhy e Franco (2002) sustentam que o PSF baseia suas propostas nos conhecimentos relacionados à epidemiologia e à vigilância à saúde, o que não seria suficiente em muitas situações em que o conjunto da prática clínica seria essencial para atender às necessidades de assistência.

O conflito existente entre a proposta da estratégia Saúde da Família em priorizar a demanda programada e as expectativas da população em ver suas necessidades imediatas (demanda espontânea) atendidas é mencionada pelos ACS:

O programa de saúde da família tem um olhar no sentido da promoção de saúde, é acompanhamento, é ver se a pessoa tem que renovar receita, ver se o tipo de remédio acabou, só que a comunidade, ela não está interessada nisso. Por quê? Porque o olhar da comunidade é o seguinte, é só consulta. É consulta, consulta, consulta. (ACS).

A priorização feita no atendimento da equipe segundo a informação das ACS é dada para gestantes, crianças, hipertensos, di-

abéticos, portadores de tuberculose e hanseníase. Estas prioridades se refletem no sistema de informação (SIAB) onde a equipe registra sua produção que prioriza estas informações.

O programa prioriza gestantes, hipertensos, diabéticos, crianças, tuberculose, hanseníase e acamados, pessoas com dificuldade de locomoção. Não que ele exclui as outras pessoas. Mas a prioridade são esses atendimentos... (ACS).

Na época do primeiro grupo focal, várias eram as equipes que estavam sem profissional médico, o que dificultava o atendimento da demanda da comunidade. Foi comentada a alta rotatividade desta categoria profissional.

A respeito do que mudou na comunidade com a entrada do PSF, na minha comunidade a aceitação foi boa, porque lá, eles não tinham acesso aqui ao posto. Mas essa também é a nossa frustração. Para o nosso trabalho desenvolver, a gente precisa da equipe técnica, e a nossa dificuldade é justamente a equipe técnica. O médico sai, entendeu. (ACS).

Apesar de os ACS participarem de uma maneira geral da triagem que é feita diariamente para priorizar o atendimento da demanda espontânea, muitos consideram que o ACS não tem informação suficiente para realizar esta tarefa. Na Unidade de Saúde pesquisada, a triagem é feita uma vez por dia na parte da manhã, e os usuários devem chegar antes das 8 horas para participarem desta triagem. Os ACS mencionam que o fato de a triagem se dar somente uma vez por dia e num horário reduzido dificulta o atendimento desta demanda espontânea.

Continuidade e Vínculo

A característica de territorialidade estabelece para cada equipe um determinado número de famílias que deve ser acompanhada. Espera-se da equipe de saúde da família a continuidade na prestação

de serviços de saúde à população, o acompanhamento das famílias de sua área de atuação e a criação de um vínculo entre a equipe de saúde e a população.

A continuidade e o estabelecimento de vínculo da equipe com a população são abordados pelos agentes de saúde como uma forma de detectar situações antes mesmo que elas cheguem ao serviço e de atender com presteza às necessidades dos moradores.

Eu tenho uma gestante agora que eu tentei acompanhar desde o início. Ela me disse que ia tirar o neném e tentou até os seis meses tirar. Foi começar o pré-natal agora. Eu logo peguei o cartão dela, levei pra médica. A médica logo pediu os exames e ela já tá agendada pra uma consulta. Eu acredito que possa até ter paralisação (do serviço) no dia cinco, mas se for, eu vou tentar ir lá falar com ela e mudar essa data pra mais próximo. (ACS).

A narrativa evidencia que os agentes exercem uma prática que de desvincula do trabalho normatizado e prescrito, e buscam tecer, criativamente, uma prática com base em valores solidários e de cuidado com as pessoas e famílias sob sua responsabilidade. Na estratégia descrita – a de agilizar a realização de exames e de efetivar mudanças no agendamento, para melhor atender às demandas da gestante –, o trabalho vivo se sobrepõe ao trabalho morto, burocratizado, e ganham relevância as tecnologias leves, relacionais (MEHRY; FRANCO, 2003). Também a legitimidade do agente junto à população de sua comunidade se fortalece neste processo.

O acompanhamento da população é considerado um diferencial em relação ao serviço prestado pelo Centro de Saúde, que possibilita a continuidade no tratamento e o desenvolvimento de um trabalho educativo.

No centro de saúde, você está doente naquele dia, vamos passar um remédio e você vai voltar pra casa. Se você não voltar, você não vai ter um acompanhamento. Com a entrada do PSF, tem uma pessoa que vai na casa pra saber como é que ele tá tomando esse medicamento, se ele tá tomando do jeito certo, fala da alimentação, dieta, exercício físico. (ACS).

Os agentes de saúde tendem a se ver como mediadores não apenas vinculados a um saber técnico e é usual que relatem se sentir atuando como psicólogos, assistentes sociais, cuidadores em geral. A divisão social e técnica do trabalho em saúde parece, assim, assumir uma configuração na qual se reproduz a lógica de que as tecnologias duras estão sob a responsabilidade de uns – médicos e odontólogos, principalmente. As tecnologias leves, além de menos valorizadas, são delegadas à enfermagem e aos agentes de saúde.

Em relação ao vínculo, existem contradições como a abordada pela ACS, que considera que nem todos os profissionais têm o mesmo compromisso com a população. Refere-se a profissionais que, mesmo não tendo uma grande demanda a ser atendida, restringem seu atendimento.

Nossa triagem não é nem bombando como é das outras equipes. No máximo vêm 12, mas mesmo assim você vê a falta de comprometimento das pessoas, porque ainda quando vêm poucas pessoas tem aquela seleção: aquela precisa, aquela não precisa. (ACS).

Por outro lado, o fato de os ACS conhecerem a população possibilita distinguir as situações que necessitam de uma atenção diferenciada.

A gente conhece quem trabalha, quem não... Se o morador só tem livre a segunda-feira, a gente procura na agenda uma segunda-feira que possa marcar a pessoa. E fala pra ele, olha: na segunda-feira que é o dia que você pode vir só tem essa data. E eles ficam satisfeitos, Ah! Obrigada. Mesmo sendo um pouco longe, ele viu que você se esforçou pra encaixar ele. É de olhar humanizado. E tem pessoas que não entendem, ficam com raiva e querem ser atendidos. (ACS).

A percepção do vínculo rompe com a lógica da atenção com base no processo patológico e na demanda espontânea, e avança para a produção de um processo de trabalho que recoloca o ACS como alguém que não apenas “faz o que se manda”, mas que também cria estratégias e modos de agir com base numa sabedoria prudente e solidária. Neste sentido, pode-se afirmar que se

estabelecem formas de trabalho vivo, que depende mais do jeito e do conhecimento do trabalhador para sua produção, mas que, por não corresponderem à lógica predeterminada dos serviços, possuem pouca ou nenhuma visibilidade e importância.

Trabalho Educativo

Entre as atribuições específicas do ACS mencionadas no Anexo I da Portaria nº 648 (2006), consta: “Estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe.” Ainda no mesmo documento mencionam-se as atividades educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade como uma das atribuições dos ACS.

As diferentes formas de se conduzir o trabalho educativo refletem diferentes concepções do processo de produção do conhecimento e diferentes concepções políticas. Considera-se que o trabalho educativo realizado pelo agente de saúde pode ser de grande importância para a mudança do modelo de atenção, na medida em que fortaleça a autonomia da população, possibilite a expressão de suas necessidades, sua organização e a construção de um sistema de saúde humanizado. Nesta pesquisa procurou-se diferenciar duas formas de condução do trabalho educativo: uma primeira caracterizada por seu aspecto de convencimento da população por parte do profissional de saúde que se julga detentor de um saber; e outra fundamentada no diálogo, no reconhecimento do saber do outro, na reflexão crítica sobre a realidade, no fortalecimento da autonomia e do trabalho coletivo (BORNSTEIN; STOTZ, 2008/2009).

O trabalho educativo em nível individual é considerado de grande importância pelo ACS, que destaca sua dimensão informativa e reconhece ser esta uma dimensão importante de seu trabalho:

O que mudou com a chegada do PSF na minha comunidade foi fundamentalmente a informação, que é o nosso trabalho! Além do

cadastro, é a gente multiplicar a informação. Antes tinham pessoas que não sabiam que eram hipertensas, diabéticos e quem sabia, não tinha informação, não sabia como controlar. Hoje os severos principalmente sabem que têm que cozinhar o dia inteiro com uma tampinha de caneta de sal. Então, eu acho que o grande lance na mudança do PSF é a coisa da informação. (ACS).

Em relação ao trabalho educativo coletivo, os ACS mencionaram principalmente os grupos de hipertensos e diabéticos, gestantes e puericultura. Geralmente os grupos são feitos na Unidade de Saúde. Os ACS mencionaram de maneira geral que não existe interesse da população devido à distância e também à expectativa do atendimento médico. É também comum a fala entre os ACS de que o trabalho educativo formal é conduzido pelos demais profissionais da equipe.

O problema da promoção do grupo na nossa comunidade não funciona muito. A gente fez um grupo de gestante, marcamos aqui e só apareceu uma. O pessoal não gosta de grupo. Eles só vão se tiver alguma coisa. É, vai ter cesta básica? Geralmente, é a enfermeira e a técnica que fazem os grupos. (ACS).

Existe uma percepção de que, quando os grupos são realizados na própria comunidade, a participação é maior.

Quando eu comecei no ano de 2000, nós começamos a fazer o grupo. Só que a gente fazia no posto de saúde. O que acontecia? O número de pessoas era o mínimo. Aí nós começamos a procurar um espaço na comunidade, e conseguimos. (ACS).

De uma maneira geral, os agentes de saúde manifestaram que no momento da pesquisa a equipe de saúde estava desenvolvendo poucas atividades educativas na comunidade. No entanto, foi mencionado o trabalho educativo não programado, feito pelo agente de saúde na comunidade como um espaço potencial de trabalho educativo.

É muito difícil convidar aquela comunidade, mas se tiver dez pessoas na pracinha eu faço o trabalho educativo em qualquer lugar, até no botequim eu faço. (ACS).

Este é um indicativo da necessidade de valorizar os espaços informais incluindo-os como possibilidade de trabalho.

O entendimento do trabalho educativo como convencimento está presente na fala:

Minha satisfação maior como agente de saúde é ver que a minha promoção atingiu o coração daquele paciente. Falar é uma coisa, mas ver que a pessoa ouviu e acatou é outra. E você vai ver que a tua promoção chegou a ele se ele tiver fazendo realmente aquilo ou quase tudo aquilo que você passou pra ele. (ACS).

Ao mesmo tempo existe a avaliação do próprio ACS de que este trabalho de convencimento não alcança os resultados esperados.

Falar eu falo, mas não depende só de mim. Não adianta só eu falar, falar, e nada acontecer. (ACS).

Encontramos também uma abordagem mais dialógica do trabalho educativo, em que o ACS busca entender a realidade da população. Na fala a seguir, a ACS também menciona o trabalho educativo feito na comunidade de maneira informal, nos espaços frequentados por ela em seu dia a dia.

Eu canso de debater com a nossa equipe que a gente quer fazer um grupo pra falar, mas a gente nunca fez um grupo pra ouvir o que eles têm pra falar. (ACS)

Eu tenho um grupo de pessoas que tem uma opção sexual meio aflo-rada, um pessoal que eu faço cabelo, e assim eu fico ouvindo sa-canagem, brincando, falam de diversão, os perigos e assim uma vez ou outra, eu falo: sabe que essa verruga assim pode ser isso, pode ser perigoso... Vir aqui no posto eles não vão vir porque ninguém quer acordar cedo, ficar aqui. Ter hora de chegar e não ter hora de sair. (ACS).

Estes depoimentos indicam a coexistência de diferentes formas de condução do trabalho educativo entre a equipe de saúde da família.

Insatisfações

Esta categoria não estava prevista inicialmente e a necessidade de sua inclusão surgiu do discurso dos agentes de saúde participantes da pesquisa. A oportunidade de expressão durante os grupos focais trouxe a manifestação de fatores que produzem grande insatisfação nos agentes de saúde em relação a seu processo de trabalho. Por outro lado, as questões levantadas possibilitam reflexões acerca do modelo de atenção em construção.

A falta de reconhecimento do trabalho do ACS por parte da equipe é uma queixa frequente entre os agentes comunitários.

O agente comunitário é a maior vítima porque ninguém vai pra área correr de bala, correr de perigo, né. Se tem alguém que bota esse trabalho em pé, é o agente comunitário. Eles (a equipe) estão acusando os agentes comunitários do fracasso do PSF. (ACS).

Por outro lado, de uma maneira geral, os agentes de saúde consideram que a comunidade reconhece seu trabalho.

A insatisfação é quando você vê que a equipe não liga pro seu trabalho. Porque eu tenho mais satisfação na população do que na equipe. (ACS).

Também é abordado o sofrimento dos próprios ACS que se veem sobrecarregados com seus problemas e os da população:

Isso eu falo sempre que é a questão desses agentes comunitários que têm que cuidar da saúde dos outros e às vezes eles estão precisando de alguém que cuide da saúde deles. De vez em quando eu vejo agente comunitário dizendo – eu vou desistir. E é uma chorando num canto, né. E com vários problemas. (ACS).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da fala dos ACS reafirma o potencial da Estratégia Saúde da Família em constituir-se em um espaço para o entendi-

mento do contexto de vida da população e, neste sentido, possibilita o conhecimento dos determinantes do processo saúde-doença.

Os agentes de saúde demonstraram conhecer condições e situações relacionadas às diferentes dimensões de vida da população, o que corresponde a um dos sentidos da integralidade esperada desta estratégia. O fato de entrar na casa da família lhe permite observar situações que nem sempre são abordadas nas consultas, observar a relação entre seus moradores e suas condições de vida. No entanto, a participação dos demais profissionais da equipe de saúde da família em visitas domiciliares ou mesmo na escuta da experiência dos ACS é variada. Foram mencionados como fatores dificultadores da maior aproximação dos demais profissionais as condições de vida da comunidade, a grande demanda de consultas espontâneas, a rotatividade dos médicos nas equipes e o fato de as equipes estarem situadas fora do território de moradia da população atendida. Caberia ainda averiguar se fatores como a própria formação dos profissionais ou a tradição de manter-se dentro das Unidades de Saúde interferem na escuta limitada da experiência dos ACS e na realização de visitas domiciliares.

A ampliação do acesso da população a ações e serviços de saúde foi apontada como fator positivo da ESF nas comunidades onde foi implantada. No entanto, esta ampliação de acesso se refere, sobretudo, à atenção básica que é oferecida pela própria equipe de saúde da família e pelo Centro de Saúde. Ainda assim, foi mencionada a dificuldade no atendimento da demanda espontânea, o que gera cobranças da comunidade sobre o agente de saúde. No âmbito da própria equipe, a dificuldade mencionada pelos ACS se refere principalmente à frequente carência de médicos nas equipes. O grande gargalo da ampliação do acesso encontra-se no sistema de referência que não absorve as necessidades da população.

A continuidade no acompanhamento das famílias e o vínculo entre a equipe de saúde e a população são características presentes de uma maneira geral no trabalho dos profissionais de toda a equipe, ainda que sejam mais marcantes no trabalho do ACS. No caso das

equipes nas quais trabalham as ACS que participaram da pesquisa, a localização das equipes não se dá no território de residência das famílias, o que foi apontado como um fator que dificulta o desenvolvimento de vínculo entre as equipes e a população.

Na Estratégia Saúde da Família, que tem sua principal ênfase na prevenção de agravos e na promoção da saúde, o trabalho educativo deveria ter um papel fundamental. No entanto, nas diversas falas, os agentes de saúde mencionam principalmente o trabalho educativo feito pela equipe em relação às doenças e aos grupos de risco priorizados pelos programas do Ministério da Saúde. Os ACS mencionam que este tipo de trabalho não motiva a população e apontam duas principais causas: por um lado, o maior interesse da população em relação à assistência e, por outro lado, o fato de os trabalhos educativos serem realizados na Unidade de Saúde que fica fora da comunidade.

A principal conotação deste trabalho educativo é convencedora e está centrada na mudança de hábitos e na cobrança do cumprimento das orientações fornecidas pelo serviço. É no trabalho educativo informal, feito em grupos reunidos espontaneamente, onde se encontra um potencial de mediação educativa que não estava previsto e onde são abordados assuntos não necessariamente prescritos. Esse agir educativo que se liberta da carga prescritiva pode ser observado nas relações informais, onde a criatividade e o sentido de oportunidade colocam saberes relevantes não sistematizados a serviço da resolução de problemas. O grupo educativo, que o ACS muitas vezes não consegue estruturar, acaba acontecendo de forma não intencional, em volta da mesa de um bar ou na pracinha, quando algumas mulheres buscam o ACS para perguntar acerca de questões de saúde. Esta dimensão traduz a tensão existente entre um dispositivo de disciplinarização e controle dos sujeitos e grupos familiares, fazendo dessa estratégia um risco à medicalização do cotidiano, e, por outro lado, a possibilidade de reconhecimento e emancipação social a partir da criação de dispositivos informais que atuam de forma instituinte com a comunidade (PONTES et al., 2008).

Na discussão do processo de trabalho do ACS, foram mencionados vários fatores de insatisfação, sendo o mais frequente o sentimento de desvalorização do seu trabalho pelos demais trabalhadores da saúde. Outra questão levantada pelos ACS é o acúmulo de trabalhos que, inclusive em muitas oportunidades, não estavam previstos entre suas atribuições e que acabam interferindo na qualidade do trabalho realizado pelos ACS.

Do material coletado durante os grupos focais, pode-se observar que, apesar das dificuldades enfrentadas no trabalho, grande parte dos ACS sente-se gratificada com o reconhecimento ao seu trabalho por parte da população e ao mesmo tempo com o fato de poderem apoiar outros moradores cujas dificuldades são ainda maiores que as suas.

Diante dos resultados iniciais da pesquisa, podemos afirmar que existem indicações de avanços na reorganização da atenção básica em territórios específicos, que no caso do município do Rio de Janeiro se limita às populações empobrecidas. No entanto, estes avanços se referem, sobretudo, à maior facilidade de acesso à atenção básica, à aproximação da equipe ao entendimento das condições e situações de vida da população, ainda que este entendimento esteja mais concentrado na figura do ACS, à continuidade no acompanhamento das famílias e à criação de um maior vínculo entre a equipe e a população.

Existe uma grande limitação no que se refere ao acesso a consultas de especialidades, exames e serviços hospitalares.

Entendemos ser o trabalho de educação em saúde fundamental para se considerar a existência de substituição do modelo tradicional de assistência voltado para a cura de doenças por um modelo que tenha seu foco sobre a prevenção de doenças e a promoção da saúde. No entanto, a fala dos agentes de saúde que participaram dos grupos focais indica um trabalho educativo incipiente e que privilegia as orientações do serviço em relação a atitudes e comportamentos que devem ser adotados pela população. Fatores como o excesso de trabalho burocrático e a grande demanda por serviço são alegados para o desenvolvimento elementar deste trabalho.

Consideramos ser fundamental a inclusão ou maior desenvolvimento do tema Educação em Saúde na formação de todos os profissionais que participam da equipe de saúde da família abordando as diferentes metodologias e suas implicações políticas.

A fragilidade das políticas de atenção básica no município do Rio de Janeiro, bem como a desvalorização e precariedade dos vínculos e da formação dos ACS, coloca em risco a implantação e o avanço de uma proposta de modelo de atenção que atenda às necessidades da população e aos princípios e às diretrizes do SUS.

Fazer da experiência e da prática do ACS um importante norteador do processo de trabalho na saúde da família constituiu um desafio para todos aqueles que acreditam no direito à saúde e na defesa da vida como valores que merecem ser defendidos pela sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS

BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E.N. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 457-480, nov. 2008/fev.2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Consulta realizada em 04/09/2009, disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agentes comunitários de saúde: área profissional saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 648*, de 28 de Março de 2006. Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº 61, de 29 de março de 2006, Seção 1, p. 71, 2006b.

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

DAVID, H. M. S. L. *Sentir saúde: a religiosidade como categoria metodológica no trabalho de educação em saúde junto às classes populares*. 2001, 249p. (Tese de Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO Jr., K. R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. *Physis*, v. 12, n. 1, p. 59-75, 2002.

FERNANDES, J. C. L. Agentes de saúde em comunidades urbanas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 8, n. 2, p. 134-139, 1992.

MACHADO, C. V. *Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

MATTA, G. C. A Organização Mundial de Saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. *Trabalho, educação e saúde*, v. 3, n. 2, p. 371-396, 2005.

_____. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; MOURA, A. L. de. *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. 1. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; _____. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, IMS-Abrasco, 2001.

MERHY, E. E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde em debate*, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

_____. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? *Saúde em debate*, v. 26, n. 60, p. 118-122, 2002.

MOROSINI, M. V; CORBO, A. D; GUIMARÃES, C. C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. *Trabalho, educação e saúde*, v. 5, n. 2, p. 261-280, 2007.

PONTES, A. L. M.; FURTADO, S.; MARTINS, C. M.; MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Itinerários terapêuticos e estratégia de saúde da família: discursos sobre o processo saúde-doença e acesso aos serviços de saúde no trabalho do agente comunitário de saúde. *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS-Uerj-Abrasco, 2008.

SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: debate no campo da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SOUZA, H. M. Saúde da família: desafios e conquistas. In: NEGRI, B; VIANA, A.L.A. (Orgs.). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, 2002. p. 221-240.

TEXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. *Modelo de atenção á saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: EDUFBA, 2006.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec/Ministério da Saúde, 1999.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *Physis*, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.