



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Faculdade de Medicina da Bahia
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho



TRABALHO A CÉU ABERTO:
SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NO AMBIENTE DE TRABALHO DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CANDEAL DE BROTAS EM
SALVADOR-BA

Dissertação de Mestrado
Lázaro José Rodrigues de Souza

Salvador - Bahia
2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Faculdade de Medicina da Bahia
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho

TRABALHO A CÉU ABERTO:
SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NO AMBIENTE DE TRABALHO DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CANDEAL DE BROTAS EM
SALVADOR-BA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Maria do Carmo S. de Freitas

Salvador - Bahia

2009

Ficha catalográfica elaborada: Eliana Carvalho/ CRB-5 1100

S729 Souza, Lázaro José Rodrigues de
Trabalho a céu aberto: situações de Violência no ambiente de trabalho dos agentes comunitários de saúde no Candeal de Brotas em Salvador - BA. / Lázaro José Rodrigues de Souza. - Salvador, 2009.
146 f.

Dissertação (Mestre em Saúde Pública). Faculdade de Medicina.
Departamento de Medicina Preventiva e Social. Universidade Federal da Bahia – UFBA.

Orientador: Prof. Dr^a. Maria do Carmo S. de Freitas

1 Trabalho 2. Violência. 3. Saúde do Trabalhador 4. Agente Comunitário de Saúde. 5. Pesquisa Qualçitativa. I. Autor. II.Título.

CDU 331

Lázaro José Rodrigues de Souza

**TRABALHO A CÉU ABERTO:
SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NO AMBIENTE DE TRABALHO DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CANDEAL DE BROTAS EM
SALVADOR-BA**

Dissertação de Mestrado aprovada em ____ de _____ de _____.

Banca Examinadora

Prof^a. Dra^a Maria do Carmo S. de Freitas (orientadora)
DMPS – UFBA

Prof^a Dr^a Barni Rosemberg
FIOCRUZ- RJ

Prof^a Dra^a Ligia Ampararo da S. Santos
Escola de Nutrição - UFBA

"A violência destrói o que ambiciona defender:
A dignidade, a vida e a liberdade dos seres humanos".

João Paulo II

*Para Rita, Victor e Laís,
mulher e filhos queridos.*

AGRADECIMENTOS

A Deus,
fonte de inspiração, agradeço por me ter dado a vida, a oportunidade
de realização de mais esta etapa
neste processo de realinhamento com a realidade
da vida.

Aos meus Pais,
que me ensinando os primeiros passos para a vida,
mesmo não estando presentes neste
momento foram o esteio para
mais este passo.

A Prof^a Maria do Carmo S. de Freitas, pelas valiosas orientações,
incentivo, competência, carinho, acolhimento, dedicação, amizade e
paciência. Não mediu esforços para a realização desta pesquisa.
Que Deus a abençoe em todos os seus projetos de vida.

A Prof^a Brani Rozemberg e Ligia Amparo, pelas
contribuições valiosas no exame de qualificação, que enriqueceram
e aprofundaram o meu estudo. Agradeço também a simpatia e generosidade.

Ao Prof^o Fernando Carvalho, coordenador do
Mestrado Saúde, Ambiente e Trabalho do DMPS-UFBA, pelo
acolhimento e extrema generosidade.

Ao Prof^o Marco Rego, amigo e o grande incentivador
para que prestasse a seleção do mestrado.

Aos Professores do DMPS/PPGSAT,
em especial aos professores **Severino, Pena, Moraes, Mônica,** e **Jacobina,**
que marcaram e fizeram a diferença durante a realização do mestrado.

A nossa grande amiga e madrinha do MSAT Solange,
que sempre cuidadosa, generosa e carinhosa, conduziu os meus passos na efetivação
do mestrado.

Aos Amigos e Companheiros do mestrado:
Adryanna Cardim . Cláudia D' Arede,
David Neto, Márcio Sampaio e Martha Teixeira
pela cumplicidade, por incentivar, acreditar e tornarem-se
grandes admiradores deste trabalho.

Aos demais colegas de turma, não dá para
esquecer os momentos bons e ruins,
desafios e comemorações que
compartilhamos, em especial
Ana Lima, pelo apoio e incentivo na
disciplina Métodos Quantitativos.

Ao mestre Eduardo Paes Machado, que mesmo não me conhecendo, me emprestou os primeiros livros para que iniciasse os estudos sobre violência, me encorajando na hora certa para que não desistisse em fazer o mestrado.

Aos **Agentes Comunitários de Saúde** do Candeal (2008), pelo acolhimento e interesse na realização deste trabalho, se dispondo a participar como sujeitos nesta pesquisa.

A Patricia, enfermeira e coordenadora do PSF do Candeal, e ao demais trabalhadores daquela unidade pelo apoio e amizade.

A **Angélica Riccio**, pelo encorajamento para que me inscrevesse na seleção do Mestrado.

A Ana Joaquina, companheira de trabalho, coordenadora do curso de Terapia Ocupacional da EBMS e amiga, pelo apoio durante a realização do mestrado

A Diretoria e colegas do CESAT, em particular a **Léticia Nobre**, pelo incentivo e valorização da capacitação do servidor; ao grupo da **Biblioteca**, particularmente a **Eliana**; aos colegas/amigos **Márcio Viana, Danilo Félix e Emiliana Santos** pela disponibilidade, simpátia e ajuda anônima.

A **Antônia Maria**, companheira de trabalho, amiga coodenadora da COSAM, pelo apoio durante a realização do Mestrado

Aos **colegas do CEREST/SSA**, em particilar a **Francisco e Cassia** companheiros de trabalho, pelo apoio durante a realização do Mestrado

Aos **familiares, docentes, amigos, colegas de trabalho** e todos aqueles que direta ou indiretamente colaboraram e incentivaram esta minha realização pessoal e profissional

Muito obrigado a todos!

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	11
APRESENTAÇÃO	12
RESUMO	15
ABSTRACT	16
METODOLOGIA (Contextualizando a pesquisa)	17
INTRODUÇÃO	32
CAPÍTULO I - EXPERIÊNCIAS DE TRABALHO A CÉU ABERTO NA ÁREA DE SAÚDE PELO MUNDO	36
1.1 – A experiência da China com os médicos rurais ou ajudantes sanitários	38
1.2 – Os agentes de saúde em países africanos de língua francesa	40
1.3 – Os agentes de saúde (promotores rurais) do Haiti	41
1.4 – Os agentes de saúde (auxiliares de saúde comunitária) da Jamaica	43
1.5 – Os agentes locais de saúde das Filipinas	43
1.6 – Os funcionários de saúde pública da Índia	44
1.7 – O Nepal com os seus Voluntários para a Saúde	45
1.8 – A experiência da Venezuela com os Auxiliares de Enfermaria	46
CAPÍTULO II – AS EXPERIÊNCIAS E MODELOS BRASILEIROS: DO TRABALHO A CÉU FECHADO AO TRABALHO A CÉU ABERTO NA ATENÇÃO A SAÚDE	
2.1 – Histórico – Nosso ponto de partida para a compreensão da trajetória do sistema de saúde no Brasil são as primeiras décadas do século XX: O Trabalho a Céu Fechado.	49
2.2 – O Trabalho a Céu Aberto: O trajeto para a reestruturação do modelo de assistência à saúde	55
2.3 - Legitimação do Trabalho a céu aberto: O ACS do Ceará, modelo para a implementação do PACS no Brasil	68
2.4 – Consolidação do Trabalho a céu aberto: O processo histórico de implantação do PACS no País	74
2.4.1 – O momento político-econômico e as reformas do Estado	75
2.4.2 – O movimento da promoção da saúde	78
2.4.3 – A concretização do Sistema Único de Saúde numa Conjuntura Antagônica	80
2.5 – O Reconhecimento/Incorporação da Experiência do Estado do Ceará	81
CAPÍTULO III – CONSIDERAÇÕES SOBRE A VIOLÊNCIA	
3.1 – O Fenômeno da Violência na Sociedade	85
3.2 – Tipos de Violência	88
3.3 – Violência e Trabalho	90
CAPÍTULO IV – O ACS E SEU AMBIENTE DE TRABALHO: Desvelando o trabalho e descobrindo violências	
4.1 – Breve caracterização do município de Salvador, dos serviços disponibilizados na Atenção Básica e a distribuição das Equipes de ACS e Saúde da Família.	96
4.1.1 – Caracterização do ACS no Candel e do Ambiente de Trabalho	98
4.2 – O Processo e as condições de trabalho do agente comunitário de saúde	101
4.2.1 – O trabalho gerando satisfação	102
4.2.2 – O trabalho gerando sofrimento	105

CAPÍTULO V – OS SIGNIFICADOS DA VIOLÊNCIA VIVENCIADA PELOS ACS NO COTIDIANO DE TRABALHO NO CANDEAL	
5.1 – Violência no Trabalho	111
5.2 – O Trabalho a Céu Aberto: A compreensão dos ACS sobre a violência no âmbito de suas atividades profissionais.	112
5.2.1 Compreendendo o cenário de violência	113
5.2.2 A Violência Institucional	117
5.3 – Violência, contexto e reflexos no processo de trabalho dos ACS	120
CONCLUSÃO	124
REFERÊNCIAS	128
ANEXOS	
ANEXO I – Roteiro de Entrevista	137
ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	139
ANEXO III – Parecer do Comitê de Ética	142

LISTA DE SIGLAS

ABEN	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
ABRASCO	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA
ACS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
ADN	ÁCIDO DESOXIRRIBONUCLEICO
APAS	ASSOCIAÇÃO PRACATUM DE AÇÃO SOCIAL
CAP	CAIXA DE APOSENTADORIAS E PENSÕES
CESAT	CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR SALVADOR ALLENDE
CIE	CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS
COSAC	COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA COMUNIDADE
CLT	CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS TRABALHISTAS
DEVALE	PROGRAMA DE EXPANSÃO DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE E SANEAMENTO VALE DO RIBEIRA
EBMSP	ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
EUA	ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA
FNS	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
GEISAT	GRUPO EXECUTIVO INTERMINISTERIAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR
HGE	HOSPITAL GERAL DO ESTADO
HGRS	HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS
INAMPS	INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E PREVIDÊNCIA SOCIAL
INPS	INSTITUTO NACIONAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
IPEA	INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
NOB	NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
ONU	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
OPAS	ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE
PAB	PISO DE ATENÇÃO BÁSICA
PACS	PROGRAMA DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
PIASS	PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E SANEAMENTO
PNACS	PROGRAMA NACIONAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
PNST	POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR
PPREPS	PROGRAMA DE PREPARAÇÃO ESTRATÉGICA DE PESSOAL
PSF	PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
SESP	SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA
SIAB	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UFBA	UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
UNICEF	FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA
USF	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
USFC	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO CANDEAL

APRESENTAÇÃO

Nos caminhos e descaminhos da vida, nem sempre são conscientemente sentidas as gêneses das escolhas e opções. Assim, após algum tempo de dedicação ao tema desta dissertação, tomei consciência de que ele me afeta não somente porque me dedico às questões de saúde do trabalhador há mais de dez anos, mas também porque ele tem relação com a minha própria história, com as histórias de muitos trabalhadores por este mundo a fora.

O trabalho foi minha redenção, porque iniciando minha atividade laboral aos 17 anos eu me abri ao mundo externo, conheci pessoas, fiz amigos, vivi muitas coisas que me ajudaram a crescer, e comecei a conhecer a minha cidade. Mas o trabalho poderia ter sido a minha maldição, se eu não tivesse tido certas oportunidades, se o cenário e contexto da minha vida fossem outros. Esse tipo de oportunidade que tive não é a regra para todos os trabalhadores. Eu era um estudante que trabalhava e não um trabalhador que estudava; embora em determinado momento de minha vida (quando terminava o meu grau de educação superior) tenha também passado a ser um trabalhador que estudava.

O trabalho continua sendo, de certa forma, uma redenção em minha vida. Nele, coloco o meu afeto, conheço pessoas, faço amigos, participo da vida social, acredito que colaboro para uma transformação social. Hoje, compreendo que cada etapa de formação educativa, é trabalho, pois os frutos dessa formação com certeza é e será sempre aplicado no mundo do trabalho. Estou escrevendo uma dissertação que busca falar da violência no ambiente de trabalho de uma categoria de trabalhadores que se ocupam da saúde; eu também me ocupo da saúde, hoje da saúde dos trabalhadores, e este trabalho é uma forma de contar ao mundo que a minha potência de ação não se deve a algum ADN, mais sim a um contexto familiar e comunitário, aos bons e maus encontros. Não é apenas uma característica personalística individual, forjada ao longo de uma existência; é, sim, resultado de contextos de vida propiciadores de crescimento. Contextos que permitiram o desenvolvimento da crítica, da participação social, do desenvolvimento de sonhos e das ações necessárias para construir um futuro sempre conjugado no presente, tendo o seu aporte no passado.

Não é possível o humano fazer-se sozinho!

A motivação para estudar a temática violência e trabalho surgiu de uma aproximação com o professor Eduardo Paes Machado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – UFBA em 2005, na época ainda não havia delimitado bem qual a categoria de trabalhadores que poderia ser objeto de minha investigação, porém sabia que o tema violência e saúde mereciam ser investigado. A certeza da necessidade de investigação deste

tema advinha da minha experiência de trabalho no campo da saúde do trabalhador no Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador Salvador Allende – CESAT, na cidade de Salvador – Bahia. Desenvolvendo minhas atividades profissionais nesta instituição tomava conhecimento, especialmente, pelos trabalhadores, bem como por intermédio de algumas lideranças sindicais e associações de casos ocorridos nos ambientes de trabalho, ou em seu percurso, onde trabalhadores experienciavam situações de violência que variavam desde àquelas consideradas veladas até as que produziam impacto social.

Enquanto isso, os noticiários dos jornais impressos e televisivos apresentavam cotidianamente inúmeras violências, com diversas categorias profissionais como aqueles enquadrados na categoria de serviços gerais, trabalhadores da saúde, trabalhadores rurais, do ramo doméstico, policiais civis e militares, professores – trabalhadores, que em sua maioria não têm notoriedade em vida e literalmente não terão nenhuma visibilidade na morte. A necessidade de estudar o fenômeno da violência no ambiente de trabalho aí está, uma vez que podendo agora estar neste lugar, o de pesquisador, posso olhar para o passado/presente, o meu passado/presente e visualizar algumas situações de violência sofrida na lida cotidiana de trabalho.

Lembro que em uma das poucas oportunidades que tive de ouvir a Prof^a. Cecília Minayo em congressos promovidos pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, ela relatou – que apesar das violências no trabalho não apresentarem muita expressividade, serem muito pouco frequentes nos registros oficiais, comparadas às demais causas de violência – não deveriam, portanto, ser objeto de pouca preocupação pelos poderes instituídos, sobretudo o poder público. Isso me instigou, e desde aquela época este tema vem circundando o meu desejo de conhecer esta realidade.

Em verdade, este projeto foi construído efetivamente após o meu contato com o Professor Eduardo Paes Machado, que já vinha desenvolvendo diversas pesquisas em torno da temática da violência. Falo a ele do meu interesse, conto a minha trajetória profissional no campo da saúde do trabalhador, quando então o professor expressa o seu desejo e interesse de orientar pesquisa que revelasse as violências vividas pelos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, em seu processo de Trabalho. É exatamente aí que se dá a primeira objetivação desta inquietação sobre o tema violência, saúde e trabalho. Começo então a realizar os primeiros levantamentos bibliográficos sobre a violência, bem como da categoria de trabalhadores do setor saúde denominado de ACS. É neste período que volto a rememorar que em minha trajetória profissional havia participado da capacitação em saúde do trabalhador

com profissionais do Programa de Saúde da Família – PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS.

Desde então muitas perguntas pululam a minha mente: que trabalho é esse? A violência seria própria da natureza deste tipo de trabalho? Era o trabalho na rua que favorecia os acontecimentos violentos com estes trabalhadores? Ao final desta trilha, a riqueza do aprendizado é o debruçar-se em olhar o trabalho, que chamamos o trabalho do outro, e por não ser tão do outro possibilita enxergar o meu próprio trabalho, ver a impressionante visibilidade adquirida pelas violências, no trabalho e fora dele; a violência gerada, até pela ausência do trabalho. Entendo agora porque as colocações da professora Minayo me instigaram, a violência é um motivo de preocupação dos poderes constituídos, sobretudo o público, pois este é um problema de saúde pública.

Hoje com mais propriedade posso dizer que a violência é o trabalho que se materializa sob condições de extrema precariedade, ou mesmo o trabalho que é realizado em condições execráveis, como aquelas que revelam condições/traduições de escravatura em pleno século XXI.

Profundamente agradecido pelas contribuições e trocas obtidas no percurso, assumo a completa responsabilidade pelo resultado aqui apresentado, bem como os seus limites. Na minha trajetória de trabalhador no serviço de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1989, tenho experimentado situações que somente agora compreendo como violência.

RESUMO

Esta dissertação enfatiza a relação violência e trabalho, enfocando as situações de violência no ambiente de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Candeal de Brotas em Salvador-BA. Mesmo sabendo sobre o caráter polissêmico da violência, pode-se entendê-la como um fenômeno biopsicossocial definido a partir das relações de forças em uma determinada sociedade. A organização do trabalho no setor saúde, após a implementação do Programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS e do Programa de Saúde da Família – PSF, propiciou maior interação dos trabalhadores com a realidade cotidiana da população, sobretudo os Agentes Comunitário de Saúde – ACS. Nesse sentido, observa-se que o problema da violência vivido pelas comunidades ganhou maior visibilidade para os trabalhadores, que por força de seu trabalho, passam a ser atingidos, mesmo que indiretamente, pelas realidades e problemas da comunidade com a qual trabalha. Este estudo parte do pressuposto de que as violências percebidas pelos ACS em seu ambiente laboral têm comprometido a organização de seu trabalho e dificultado as ações de prevenção e promoção da saúde da população assistida pelo SUS. Assim, busca compreender os significados atribuídos pelos ACS, aos tipos, formas de referência e nomeação da violência, vivenciada no cotidiano de trabalho de no Candeal. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, realizado por meio de entrevistas semi-estruturadas e observação participante com trabalhadores da Unidade de Saúde da Família do Candeal, do Distrito Sanitário de Brotas em Salvador-BA. Foram entrevistados os oito ACS desta unidade de saúde que se dispuseram a participar da pesquisa. As entrevistas foram transcritas e os textos submetidos à análise de discurso. Os resultados revelam a complexidade das relações laborais vivenciadas pelos ACS no Candeal de Brotas em Salvador-BA, desvelando as situações de violência no cotidiano de trabalho. A pesquisa aponta para a necessidade de preparação dos ACS para as suas ações de uma forma geral e da violência em particular, estabelecendo o desafio que a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador tem, em ampliar o conceito e as práticas de saúde, inserindo, concretamente, a violência, como um problema que afeta trabalhadores e usuários dos serviços prestados pela USF.

Palavras chave: trabalho; violência; saúde do trabalhador; pesquisa qualitativa; agente comunitário de saúde

ABSTRACT

This dissertation emphasizes the relationship violence and work, focusing on the situations of violence in the workplace of the Community Health Agents in Candeal of Brotas in Salvador-BA. Even knowing about the polysemic nature of violence, one can understand it as a biopsychosocial phenomenon defined as the relations of forces in a given society. The organization of work in the health sector, after the implementation of the Community Health Agent - PACS and the Family Health Program - FHP, gave workers more interaction with the daily reality of the population, especially the Community Health Agents - ACS. Accordingly, it is observed that the problem of violence experienced by communities gained greater visibility for the workers, who by virtue of their work, will be affected, even indirectly, by the realities and problems with which the community works. This study is based on the assumption that the violence perceived by the ACS in their work environment has undermined the organization of their work and hampered the actions of prevention and health promotion of people assisted by the SUS. Thus, trying to understand the meanings assigned by the ACS, the types, forms of reference and appointment of violence, experienced in the daily work of the Candeal. This is a study of qualitative nature, carried out through semi-structured interviews and participant observation with employees of the Office of Family Health of Candeal, the Sanitary District of Brotas in Salvador-BA. We interviewed all eight of the ACS unit of health that were willing to participate in the study. The interviews were transcribed and the texts submitted to analysis of speech. The results show the complexity of the relationships experienced by the ACS of Candeal Brotas in Salvador-BA, revealing the situations of violence in everyday work. The research points to the need for preparation of the ACS for their actions in general and violence in particular, setting the challenge to the Municipal Secretariat of Health of El Salvador has to expand the concept and practice of health, including, specifically the violence as a problem affecting employees and users of the services provided by USF.

Key Words: work, violence, worker's health, qualitative research, community health agent

METODOLOGIA (Contextualizando a pesquisa)

“Pesquisar é antes de tudo descobrir algo novo,
trilhar caminhos distintos dos convencionais,
perturbar certezas e convicções,
embaralhar razão e paixão”.
(Adorno apud Azeredo, 1999)

Caracterização do Estudo

Escrever sobre o trabalho dos ACS, caracterizando-o como sendo uma ação a céu aberto, é remeter o trabalho à dimensão de espacialidade, território onde se materializa as atividades dessa nova categoria de trabalhadores da área de saúde, no Brasil.

Estamos falando de trabalho, práxis, espaço e tempo e como nos lembra Santos (2004), o espaço atualiza o tempo; configura-se como a mais representativa das objetivações da sociedade, uma vez que acumulam no decurso do tempo as marcas da práxis.

Dar sentido aos acontecimentos do mundo faz parte da prática social do ser humano em diferentes domínios de nossas atividades, tanto no terreno da religião como no da arte, no da filosofia; o mesmo ocorre, portanto, nos domínios de pesquisa, uma vez que somente os humanos têm acesso ao simbólico.

Cunha (1986) enfatiza que, etimologicamente, o vocábulo “método” origina-se do grego *méthodos* e significa ‘via, caminho’. Reitera que o método é a ordem que se segue para investigar a verdade, para estudar uma ciência ou para alcançar um objetivo determinado. Assim pode-se compreender que a pesquisa é o caminho traçado para o estudo de uma realidade, tendo previamente definidas as etapas a cumprir para alcançar os objetivos propostos para o estudo.

Este estudo foi desenvolvido segundo a perspectiva da abordagem qualitativa. Este formato de análise responde a questões muito particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado.

Segundo Minayo (1996), a pesquisa qualitativa tem como objetivos: fornecer uma compreensão dos valores culturais e das representações de um determinado grupo sobre temas específicos; compreender as relações que ocorrem entre os atores sociais, tanto no âmbito das instituições como nos movimentos sociais; avaliar as políticas públicas e sociais, do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, e dos usuários a quem se destina.

Segundo a mesma autora a pesquisa qualitativa trabalha com, “*significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações,*

dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (Minayo et. al., 2002, p. 21,22).

A abordagem qualitativa atua levando em conta a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais e o significado e a intencionalidade que lhe atribuem os atores.

O desenvolvimento desta dissertação privilegiou uma abordagem metodológica que possibilitasse a caracterização das situações de violência no ambiente de trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Candeal de Brotas em Salvador-BA.

Uma vez selecionado o objeto de estudo, impunha-se buscar as formas de apreendê-lo, o que orientou o enfoque no contexto e em, pelo menos, dois níveis da realidade em que ele se objetivava empiricamente: nas características do próprio objeto e do processo de trabalho e nas percepções/representações dos agentes desse trabalho sobre as situações de violências vivenciadas em sua trajetória de trabalho como ACS.

Segundo Peduzzi (1998) uma abordagem bastante adequada e atualmente utilizada em pesquisa empírica de caráter qualitativo é a *triangulação* dos dados, cujo objetivo básico é abranger a máxima amplitude na descrição e compreensão do foco em estudo, por meio do cruzamento de múltiplos pontos de vista a partir de uma série de informantes e diferentes instrumentos de coleta de dados.

Minayo (1996) e Peduzzi (1998) referem que a *triangulação* de dados implica assumir que, numa abordagem qualitativa, a subjetividade do pesquisador e dos sujeitos participantes da pesquisa está presente, em todos os momentos. Assim, dada a subjetividade presente, quanto mais movimentos de aproximação com a realidade forem feitos, maior chance haverá de se apreender mais e melhor as dimensões do objeto de estudo, ou seja, busca-se, através de diferentes abordagens, de diferentes *olhares*¹, aumentar a acuidade, a visão, e por conseqüência, ampliar a possibilidade de compreender as características reais do objeto estudado.

Por sua vez a hermenêutica é apresentada como ferramenta necessária na produção da racionalidade. A hermenêutica busca a compreensão do texto, a unidade de sentido, considerando as condições da vida cotidiana, o pertencimento dos sujeitos ao grupo e a própria importância do contexto, conforme explicitam as autoras: “*a práxis hermenêutica, assentada no presente, penetra no sentido do passado, da tradição, do outro, do diferente, buscando alcançar o sentido das mais diversas formas de texto.*” (Minayo et all 2002, p.104).

Segundo Gadamer (1999), a hermenêutica é a busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, tendo na linguagem, seu núcleo central.

¹ Grifo nosso

A hermenêutica trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum, dentro dos seguintes pressupostos: o ser humano como ser histórico e finito complementa-se por meio da comunicação; sua linguagem também é limitada, ocupando um ponto no tempo e no espaço; por isso, é preciso compreender também seu contexto e sua cultura.

Os primeiros contatos

Mesmo estando em contato com o campo de pesquisa desde o ano de 2006, os primeiros contatos para desenvolvimento desta pesquisa efetiva-se no segundo semestre, mais precisamente em meados do mês de outubro de 2007, quando mantive o primeiro contato com a Gerente do PSF do Candeal para falar do meu projeto de pesquisa e ver a possibilidade do desenvolvimento deste junto aos ACS desta unidade.

Feito o primeiro contato com a Gerente, foi sugerido que o projeto fosse apresentado em reunião geral dos profissionais daquela unidade, reunião que acontece sempre às sextas-feiras no turno vespertino. Assim numa dessas reuniões fiz a apresentação do projeto para a equipe de profissionais e após a apresentação fui questionado do porque da pesquisa só contemplar a violência junto aos ACS, uma vez que toda equipe também esta exposta, ainda que de forma menos intensa, a violência no ambiente de trabalho.

Buscando responder ao questionamento dos outros profissionais da equipe do por que de não incluí-los nesta pesquisa, explico que para este trabalho a abordagem é centrada nos ACS, relaciona-se ao pressuposto de investigação. Nesse mesmo dia é apresentado aos ACS o termo de consentimento esclarecido, ficando os mesmos de refletirem sobre sua participação na pesquisa e posteriormente assinarem o termo.

Neste ínterim, após minha qualificação no mestrado, foi sugerido pela banca examinadora entrevistar Carlinhos Brown, uma vez que se trata de um artista renomado na música baiana, conhecido nacional e internacionalmente, pela sua irreverência e excelência percussiva, que sendo nativo do Candeal, poderia contar a historia do bairro.

Seguindo esta orientação entrei em contato com o site de produção artística do cantor para solicitar a possibilidade de uma entrevista com Carlinhos Brown. Após alguns dias recebi um email da produção solicitando que encaminhasse uma sinopse da pesquisa, o que foi providenciado. Passaram-se algumas semanas e não obtive nenhuma resposta.

Porém, quando já pensava em solicitar resposta da produtora de Carlinhos Brown, recebi um telefonema da Gerente do PSF do Candeal, que mencionava ter tido contato com

profissional da Associação Pracatum de Ação Social – APAS, que questionava a pesquisa no Candeal, uma vez o bairro não é um lugar violento como outros bairros de Salvador.

Assim é marcada uma reunião com representante desta associação, a Gerente do PSF do Candeal e o pesquisador, para esclarecer o objeto da pesquisa. Durante a reunião, é colocado pelo pesquisador que estudar as possíveis situações de violência, vivenciada pelos ACS no cotidiano de seu trabalho, não significa a priori, afirmar que o bairro é violento, ou mesmo que a violência ali encontrada prejudicaria o desenvolvimento do trabalho dos ACS. Após mais de uma hora de reunião a representante da APAS, fica de retornar o contato com a produção de Carlinhos Brown para ver a possibilidade de uma entrevista, enfatizando que achava difícil uma vez que sabia que a agenda o cantor é muito cheia. Diante o exposto não é preciso dizer que a história do Candeal foi contada por outros protagonistas.

Em março de 2008 efetivamente é iniciada a pesquisa de campo junto aos ACS, período em que passo a conhecer um Candeal que não conhecia, pois, mesmo estando no bairro desde 2006, não conhecia o que agora era revelado pelos ACS no seu dia a dia de trabalho nas ruas, vielas e becos do Candeal. De um Candeal aparentemente só musical, um Candeal do Carlinhos Brown, da Timbalada é desvelado um bairro que também tem suas agruras sociais, suas “casas caiadas por fora, mas cheia de podridões por dentro”.

A cada entrevista, ou mesmo a ida a campo com os ACS para vivenciar o dia a dia de trabalho, ia conhecendo a realidade vivida pelo ACS, trabalhador e morador do bairro, suas facilidades/dificuldades para fazer a travessia trabalhador/morador.

O contato com moradores, representantes de associações, as observações a cada incursão no bairro, agora como pesquisador, revela/desvela o Candeal Pequeno e o Grande, pois não é só Salvador que é dividida em cidade alta e baixa; seus bairros também têm essas sinonímias; o Candeal é também Candeal Pequeno e Candeal Grande.

Local de Estudo: reconhecendo e caracterizando a área; localização geográfica e aspectos sociais, econômicos e culturais



Foto realizada em novembro de 2007

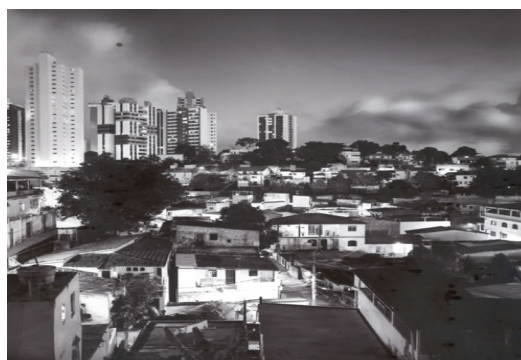


Foto realizada pela APAS 2005

Uma das características marcantes dos bairros mais antigos de Salvador é, no entorno de um núcleo central de povoamento e urbanização, encontrar uma infinidade de outros subnúcleos interdependentes (um bairro dentro do outro).

Brotas, por exemplo, é um antigo bairro de classe média que tem esse perfil. Situado num dos mais altos pontos da cidade, cortado por uma avenida principal, a D. João VI, encontramos nas extremidades dessa avenida e em todo seu percurso, transversal a ela, vários subnúcleos (um bairro dentro do outro) tais como: Engenho Velho de Brotas, Acupe de Brotas, Cosme de Farias, Candeval de Brotas (Candeval Grande e Candeval Pequeno), Campinas de Brotas, entre outros. Em todos eles (uns mais e outros menos), pobreza, precária urbanização, deficitário sistema de transportes, predominância de economia informal, características que “escorrem”, por assim dizer, pelas encostas, combinam e se confundem com uma grande incidência populacional de negros (característica marcante da população soteropolitana), violência e estigmatização.

O bairro de Brotas tem 290 anos de fundado e um dos mais antigos de Salvador. Foi criado em 1718 pelo decreto do então arcebispo de Salvador, D. Sebastião Monteiro da Vide.

O bairro de Brotas, onde está localizado o Candeval, retrata o modelo concentrador da distribuição de renda da população brasileira e do crescimento desordenado das cidades representado pela convivência em áreas vizinhas de famílias de melhor poder aquisitivo, atendidas por todos os benefícios oriundos do serviço público, como é o caso dos serviços de infra estrutura e urbanização, ao lado de famílias que vivem abaixo da linha de pobreza, excluídas de toda gama de serviços públicos e sociais, como os básicos, educação, saúde e lazer.

Como todo bairro que se encontra em expansão e com renovação dos imóveis mais antigos, Brotas é alvo da especulação imobiliária, tornando-se uma ameaça constante para os

moradores do Candéal, uma vez que bairros novos como o Cidade Jardim aos poucos vem engolindo o Candéal.

A História do Candéal

A história aqui contada é fruto de conversas, em sua maioria, informais, realizadas durante a minha permanência no campo desde o ano de 2006, período em que tive a oportunidade de estabelecer conversas com os moradores, líderes comunitários e os próprios ACS.

Considerada uma área remanescente de Quilombo, quem primeiro ocupou as terras do Candéal foi Josepha de Sant'Anna, no século XVIII. Ela era uma negra livre que veio para o Brasil com moedas de ouro e prata em busca de sua família que havia sido trazida como escravos. Não encontrando sua família, ela comprou aquelas terras e alguns escravos, seus escravos na verdade eram empregados que saía para vender o dendê, quando voltavam eram livres para fazer o que queriam, dormir, dançar ou tocar atabaque, as terras de Josepha eram conhecidas pelas batidas de seus tambores.

Segundo relato de moradores, Josepha plantou palmeiras de dendê e vivia da comercialização do azeite. Seu negócio prosperou e ela logo arrumou pretendentes. Casou com o mulato Manuel Mendes, foi o primeiro casamento de gente africana na Igreja de Brotas, está registrado lá. Eles tiveram cinco filhos que, quando crianças, viviam brincando entre a natureza abundante do local, em meio às palmeiras, jabuticabeiras, mangueiras, pés de carambola, pitanga, jaca... Francisca Romana (Sinhá Chica), que hoje dá nome a uma Rua no Candéal, era neta de Josepha. Dona Didi (Hilda Sant'Anna) é neta de Francisca Romana e tem até hoje toda a genealogia da família Sant'Anna anotada em seu caderninho, além de histórias preciosas que ouvia de sua avó.

Sinhá Chica , quando casou começou a arrendar as terras do Candéal, um dos rendeiros foi o casal Bertulino Gonçalves e sua esposa Damiana, eles tiveram duas filhas, Madalena e Alice. Madalena casou com Renato do Acupe de Brotas e teve Carlinhos e mais nove filhos. Carlinhos cresceu ouvindo os tambores do Candéal que eram tocados em liberdade desde a época de Josepha.

Os moradores mais antigos do Candéal referem que há muitos anos existira no local, em abundância, uma planta chamada candeia. Essa planta estava por toda parte e crescia para todos os lados. Daí foi originado os nomes Candéal Grande e Candéal Pequeno, morros justapostos, de proprietários distintos.

Ogum, que é o padroeiro do Candeal e tem o seu dia de festa no bairro, que acontece na semana do natal, conforme relata uma das moradoras que teve a oportunidade de conversar informalmente.

Com exceção dos descendentes dos prováveis fundadores do Candeal, boa parte dos moradores que hoje residem no Candeal migraram para o local. Alguns vieram de cidades do interior do Estado, outros se transferiram de bairros populares da região metropolitana de Salvador onde moravam de aluguel. Essa transferência se dava por intermédio da mediação de um parente ou de um amigo mais próximo que já morava ou conhecia o Candeal e alertava para a oportunidade de concretizar o sonho de poder ter a sua própria morada. Segundo comentários oriundos dessas conversas informais, há quarenta anos, o Candeal era praticamente mata fechada, com poucas residências.

Migrar para essa área significava realizar o sonho da casa própria. O sistema de aquisição era primeiro pagar um arrendamento e mais tarde adquirir a posse do terreno, comprando-o da família dos “descendentes dos africanos”.

O lazer no Candeal se constituí no bate-papo, no jogo de dominó, no futebol, na cerveja em casa com os amigos ou nos bares locais, o pagode no próprio bairro ou em um bairro vizinho, televisão e a música baiana tocada nas rádios e em seus próprios DVDs.

Apesar do relato dos moradores mais antigos do Candeal apresentar características bucólicas; um território no passado com muitas arvores frutíferas, muito mato, poucas casas e muitos bichos soltos; cachorros, lagartos, cobras, sapos e até jacarés. Não tinha água, não tinha luz. De fora para dentro, carregava o estigma da violência, da marginalidade. “Fazia medo”. Carros não entravam no local, os taxistas se recusavam a conduzir um passageiro até o Candeal. Além disso, excetuando alguns momentos festivos, como a festa de Ogum que deixou de ter a mesma animação de outrora, o enfado acompanhava o dia-a-dia dos moradores.

Com suas ladeiras íngremes, esgotos a céu aberto, casas humildes, úmidas e sem reboco, sem escolas, farmácias e posto de saúde, o Candeal era considerado por todos os nativos um paraíso, “um lugar bom, tranquilo”, onde os vizinhos considerados como parentes, são maravilhosos”.

Há mais ou menos vinte anos, relata um dos moradores, o Candeal, a parte aqui debaixo, era conhecida como “ilha do sapo - Sapolândia”. Havia discriminação dos moradores da D. João VI, “eles achavam que aqui moravam marginais”.

O Candeal só começou a ter mais vida quando começou a Vai Quem Vem (banda criada por Carlinhos Brown, precursora e inspiradora da Timbalada). É a partir daí que

começa a vir repórter, começa a mudar, todo mundo passa a vir ao Candeal, porém ainda com medo, uma vez que a imagem do lugar ainda era “a do lugar de marginais”. Depois da Timbalada é que começou a vir mesmo o povão sem medo.

Segundo Lima (1997), o Candeal Pequeno faz a travessia da Ilha dos Sapos para a Ilha da Fantasia, porém não conseguiu escapar da aura de exotismo, romantismo e mistificação que envolve a pobreza e a cultura negra na Bahia.

Segundo este mesmo autor, no clímax do verão de 1992, quando a imprensa e a classe média escolarizada, branca ou embranquecida de Salvador já haviam descoberto a Timbalada e o Candeal Pequeno, o deslocamento físico e simbólico destes no Candeal se tornou mais uma evidência do curioso e revelador “espírito baiano”.

Para os moradores que participaram dessas conversas, o orgulho de pertencer ao local nunca foi tão exacerbado. A chegada e o sucesso da Timbalada trouxeram mudanças significativas para o Candeal. Os moradores passaram a ver de perto artistas nacionais e estrangeiros, identificar vizinhos, estabelecimentos comerciais e residências conhecidas em fotos nos cadernos de cultura dos jornais locais, em imagens das emissoras de TV, apontar músicos conhecidos nas capas de revistas de circulação nacional. Isto, sem dúvida, contribuiu para a passagem de um bairro de marginais, para uma comunidade de artistas que engrandecia a musicalidade da Bahia para a nação e o mundo.

No segundo semestre do ano de 2007 realizei, juntamente com alunos dos diversos cursos da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMS, uma pesquisa em uma das micro áreas atendidas pelos ACS, cujo objetivo era conhecer a situação de empregabilidade da comunidade do Candeal, apesar dessa amostra não ser representativa para que se possa fazer inferência sobre o bairro, dos 49 questionários aplicados nesta micro área, alguns dados servem para que possamos dimensionar a situação dos moradores do Candeal. A pesquisa revelou que do montante dos questionários aplicados 57,4% pertenciam ao sexo masculino, 32,6% são oriundos do interior da Bahia e dos residentes em Salvador, 30,6% migraram de outros bairros periféricos para residirem no Candeal. Dos 49 entrevistados nesta pesquisa 79,5% estão na faixa etária dos 18 a 49 anos; 35,6% têm ensino fundamental incompleto; 46,9% trabalham na informalidade e 77,5% referiram ser negro ou pardo.

Não se percebe grandes expectativas por um futuro melhor. A formação escolar cria alguma expectativa, mas, de um modo geral, não significava mudanças significativas no cotidiano dos entrevistados.

Segundo informações obtidas no PSF do Candeal em outubro de 2008, as instituições hoje existentes no bairro procuram trabalhar de forma articulada, objetivando salvaguardar os

interesses da comunidade, com intuito de preservar e desenvolver a cultura e os movimentos sociais que promovem o bem estar da comunidade. Assim foram feitos levantamentos das atividades culturais, movimentos sociais e as áreas de risco ambiental com intuito de aprimorar o que já é importante para a comunidade, bem como modificar aquilo que venha trazer algum dano ao bem estar dos moradores do bairro. Abaixo segue o levantamento realizado pelas instituições locais.

As atividades culturais hoje existentes no Candéal são:

- Cultura de musica percussiva predominante
- Presença de terreiros de Candomblé (* Mãe Maimba, *Dona Lurdes, * Cláudio, * Tita) colocando nome-nação e babalorixas.
- Rezadeiras (dona Paula), benzedeiros (Maria Gorda) Parteiras inativas
- Professora de Yorubá (dona Branca)
- Jogo de bilhar
- Trido de Santo Antonio²
- Missa de nossa senhora das candeias (uma vez no ano terreiro de Mãe Maimba)
- Grupos de danças (maculelê, samba de roda, capoeira, danças modernas*rip hopp, pagode e etc.)
- Missa de nossa senhora de brotas

Os Movimentos Sociais exercidos pelas Instituições locais buscam:

- Lutar pela posse da terra
- Lutar pelo saneamento básico e educação ambiental
- Lutar pela expansão da unidade de saúde da família
- Movimento pela continuidade do projeto ta rebocado.
- Fortalecer as Associações de moradores: Lactomia, Nove de Outubro, Defesa e Progresso, Pracatum, e a Associação Fonte do Governo.

Área de Risco Ambiental

- Vala com esgoto a céu aberto na Rua fonte do Governo,
- Rua Nove de Outubro e Chácara do Candéal onde há armazenamento de material reciclado pelos catadores,

² A palavra tríduo na prática devocional católica sugere a idéia de preparação; preparação para a festa de Santo Antônio, o santo casamenteiro. No candomblé é conhecido como Ogum.

- Criação de animais (Pombos, cachorros) em determinados pontos do Candéal, causando parasitoses, verminoses e outras patologias.
- Alagamentos freqüentes devido aos bueiros inadequados na rua dezoito de agosto,
- Posto de gasolina clandestinos próximo as residências, e ect.

Projeto TÁ REBOCADO



Fotos realizadas pela APAS 2005

Segundo Gershon (2003) trata-se de um Programa de desenvolvimento comunitário, desenvolvido pela Associação Pracetum de Ação Social, no Bairro Candéal, em Salvador – BA, com o propósito de criar projetos que garantissem a autogestão e sustentabilidade da comunidade, norteadas pela visão de cultura, educação, articulação comunitária e moradia digna para erradicar a pobreza e promover a inclusão social. Esse projeto teve seu início em 1999 e foi desenvolvido até o ano de 2004.

Universo de análise (técnica de investigação)

Coleta de dados

As informações relativas às situações de violência no trabalho percebidas pelos ACS foram coletadas a partir de entrevistas e observação participante, durante o período de final do ano de 2007 e entre março a agosto de 2008.

A entrevista

Na pesquisa qualitativa a entrevista caracteriza-se como um instrumento importante por possibilitar a produção de conteúdos fornecidos diretamente pelos sujeitos envolvidos no processo – materiais que tanto podem ser objetivos quanto subjetivos. O entrevistador pretende com esse instrumento elucidar as informações pertinentes a seu objeto.

Partilhando das considerações de Minayo (1996), a entrevista é um espaço privilegiado de coleta de informações, onde a fala dos entrevistados pode revelar condições estruturais, sistemas de valores, norma e símbolos. Assim como enuncia a autora,

O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. (Minayo, 1996:109)

Dessa forma Minayo (1996), refere que a entrevista como fonte de informações pode fornecer dados primários e secundários e ser estruturada de formas diversas e variadas, tais como a sondagem de opinião com questionário fechado, a entrevista semi-estruturada, a entrevista aberta, a entrevista não diretiva, a entrevista centrada. Neste processo investigativo utilizei a forma semi-estruturada e individual, combinando perguntas fechadas e abertas, com o objetivo de possibilitar ao sujeito a oportunidade de se pronunciar sobre a temática em questão.

Através de entrevistas semi-estruturadas foram identificadas as situações de violência no trabalho percebido pelos ACS, o roteiro de entrevista com os ACS foi dividido em partes: Identificação do Informante, Relação com a comunidade, Rotina de trabalho, Relações de trabalho, Perspectivas e Descrição do trabalho (complementando informações). A seqüência das questões nem sempre obedecia ao modelo, pois muitas vezes o entrevistado trazia conteúdos em uma determinada questão, que permitia antecipar outras que iriam aparecer no decorrer da entrevista. Esta flexibilidade deu uma maior fluidez à entrevista, conforme o anexo I, e todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que se encontra no anexo II.

Percebeu-se também, no decorrer das entrevistas, que algumas questões apresentavam respostas já saturadas, enquanto por outro lado, outros aspectos relevantes para a pesquisa eram trazidos espontaneamente por alguns entrevistados. Isso justificou a retirada de algumas questões e a introdução de outras. Estas adaptações, conforme Minayo (2000) só foram possíveis, por ter adotado uma metodologia de pesquisa qualitativa, na qual a capacidade criadora e a experiência do pesquisador são tão relevantes na investigação, quanto à teoria e a técnica utilizada.

Todos os ACS do PSF do Candeal que se dispuseram participar da pesquisa foram entrevistados (08 ACS). O local das entrevistas foi escolhido pelos próprios ACS. As entrevistas foram gravadas em aparelho digital e tiveram em média uma hora de gravação

cada. Todas as entrevistas foram realizadas durante o horário de trabalho dos entrevistados e em seu local de trabalho.

A observação participante

A observação participante pode ser conceituada como:

O processo no qual um investigador estabelece um relacionamento multilateral e de prazo relativamente longo com uma associação humana na sua situação natural com o propósito de desenvolver um entendimento científico daquele grupo (May, 2001: 177).

Diferentemente da entrevista, na observação participante o pesquisador vivencia pessoalmente o evento de sua análise para melhor entendê-lo, percebendo e agindo diligentemente de acordo com as suas interpretações daquele mundo; participa nas relações sociais e procura entender as ações no contexto da situação observada. As pessoas agem e dão sentido ao seu mundo se apropriando de significados a partir do seu próprio ambiente. Assim, na observação participante o pesquisador deve se tornar parte de tal universo para melhor entender as ações daqueles que ocupam e produzem culturas, apreender seus aspectos simbólicos, que incluem costumes e linguagem.

Em relação à relevância e aplicabilidade desse método, destacaremos, a seguir, três principais fatores.

Em primeiro lugar, esse método está ancorado nos aspectos de tempo, lugar e circunstâncias. Em relação ao tempo, nota-se que quanto maior for o período de contato do observador com o grupo em análise, maiores adequações e possibilidades de interpretação serão alcançadas. Quanto mais familiarizado estiver com a linguagem empregada na respectiva situação social vivenciada, mais próxima da realidade poderão ser as suas interpretações.

Além do que, o tempo pode gerar uma relação de maior intimidade e confiabilidade entre os envolvidos nesse processo. Um maior envolvimento pessoal permitirá que o pesquisador seja capaz de não apenas entender melhor os significados e as ações que o grupo realiza, como também de prover acesso a um mundo mais privado ou de *bastidores*³.

³ Grifo nosso

Em relação ao lugar, o pesquisador deve considerar também que há influência das condições físicas sobre as ações. Por isso cabe registrar não apenas as interações observadas, mas também o ambiente físico no qual elas acontecem, fato esse que também lhe possibilitará maior aproximação dos elementos culturais do grupo em estudo. Assim, inserindo-se nas diferentes atividades vivenciadas pelo grupo em pesquisa, o pesquisador terá maior domínio da linguagem no seu sentido mais amplo, com as expressões faciais e corporais em geral, incluindo-se não apenas as palavras e os significados que elas transmitem, mas também as comunicações imagéticas, não-verbais.

Em relação às circunstâncias da pesquisa, vale dizer que, segundo o antropólogo Clifford Geertz, a cultura consiste num, “*sistema entrelaçado de signos interpretáveis*”, que podem ser descritos de forma inteligível, isto é, “*descritos com densidade*” (Geertz, 1998: 24).

Esse autor apresenta, então, importantes procedimentos para a observação participante ou trabalho etnográfico, como recursos de acesso ao universo cultural do grupo investigado, ressaltando que, inicialmente, durante a coleta de dados, a multiplicidade das estruturas de significação pode parecer muito complexa, estranha, irregular e implícita ao pesquisador, mas, à medida que ocorrem as entrevistas, observação de rituais, dedução de termos específicos e escrita do diário de campo, naturalmente que tal universo se torna mais acessível à interpretação. Buscando decodificar o sistema de signos, alguns passos práticos são apontados por Geertz.

Primeiro, o pesquisador precisa se situar dentro do universo imaginativo em que os atos do grupo em pesquisa são marcos determinados. “*Situar-nos, eis no que consiste a pesquisa etnográfica como experiência pessoal*” (Geertz, 1998: 23). Segundo, não deve o pesquisador procurar tornar-se um nativo ou copiá-lo. O que se deve fazer é conversar com eles, e isto é mais difícil. Visto desta maneira, a pesquisa etnográfica apresenta como um dos seus objetivos o alargamento do universo do discurso humano. Terceiro, para compreender a cultura de um dado grupo, o etnógrafo deve desenvolver formulações e interpretação dos sistemas simbólicos dos atos apresentados pelo respectivo grupo. Assim, quando se segue o que fazem e como se comportam os membros de tal coletividade, mais lógicos e singulares eles se parecerão. Quarto, a lógica não pode ser o principal teste de validade de uma construção cultural.

Geertz (1998) refere que os sistemas culturais têm de ter um mínimo de coerência, do contrário não seriam chamados de sistemas, mas a força das interpretações não pode repousar na rigidez ou segurança com que são argumentadas.

Outro aspecto importante é a compreensão de que a vida social não é fixa, mas dinâmica e mutável. Assim, tal método possibilitará meios para que o pesquisador se insira mais profundamente nas atividades do dia-a-dia das pessoas que busca entender, tornando-se parte do seu universo, registrando as experiências e seus efeitos sobre o comportamento do respectivo grupo social.

À medida que o pesquisador familiariza-se com esse aspecto do contexto social, aprende a linguagem da cultura e registra as suas impressões e quaisquer mudanças no seu próprio comportamento. Nesse ponto, o observador deverá ser capaz de indicar como os significados são empregados na cultura e compartilhados entre as pessoas, ou seja, sob que condições e situações são transmitidas.

Vale considerar ainda que a pesquisa através da observação participante insere o pesquisador num tempo e num ambiente correspondente à sua própria temporalidade de existência.

Aspectos éticos

Esta investigação foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Maternidade Climério de Oliveira da Universidade Federal da Bahia, conforme Parecer/Resolução Aditiva Projeto n° 209/2008 (Anexo III), tendo os seus realizadores (o autor e o orientador) declarado o cumprimento das normas da Resolução CNS 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

O estudo foi desenvolvido dentro dos parâmetros contidos na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos. Essa resolução visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Buscou-se cumprir o que estabelece a referida resolução, no que se refere à solicitação de consentimento para participação nas entrevistas e aos esclarecimentos quanto ao objetivo da pesquisa e aos direitos referentes ao anonimato.

O estudo aparentemente não oferece riscos aos participantes. Foram garantidos o anonimato e a privacidade das informações coletadas, e respeitada à participação voluntária dos ACS.

Análise de dados

Os dados foram trabalhados através da técnica de Análise de Conteúdo apresentada por Laville e Dionne (1999), com ênfase numa grade de análise mista. Foram adotadas também tecnologias próprias para agilizar o processo de categorização das unidades de análise.

Com base na fundamentação teórica e na pesquisa, foram elaboradas algumas categorias de análise, como: organização de trabalho (processo e condições de trabalho), formas de violência no trabalho, compreendendo o cenário da violência e a violência institucional. Posteriormente, a essas categorias agregaram-se outras que surgiram no trabalho de campo. Entre essas últimas destaca-se: o trabalho gerando satisfação, o trabalho gerando sofrimento e contexto da violência e seus reflexos para o trabalho dos ACS.

As entrevistas foram transcritas, e posteriormente subdivididas em unidades de análises. Foram consideradas como unidades de análise: palavras, expressões, frases e enunciados, no contexto em que estavam inseridos. Estas unidades foram classificadas em categorias, obedecendo-se ao critério de pertinência.

Para facilitar a classificação adotou-se uma metodologia própria, utilizando-se de recursos do Microsoft Office Word. As categorias foram identificadas por cores ou sublinhadas, cada unidade de análise recebia a cor correspondente à categoria em que seria classificada. Posteriormente, com os recursos '**copiar**', '**colar**' do Microsoft Office Word, foi feita a classificação. No corpo da entrevista mantinha-se a cor da unidade de análise em que foi classificada, para possibilitar a identificação rápida daquela unidade no contexto, quando isso fosse preciso. Com isso o trabalho de análise se tornou mais ágil, pois facilitou o processo de classificação e localização da unidade de interesse da entrevista desejada.

Após a categorização de todas as entrevistas, foi feita a interpretação qualitativa, onde o conteúdo empírico foi emparelhado com o referencial teórico.

INTRODUÇÃO

Situar o leitor sobre o uso dos termos trabalho a céu aberto e trabalho a céu fechado no contexto desta pesquisa parece ser a emergência nesse momento, uma vez que tais termos não são definidos a priori no arcabouço de definições adotadas pelo rigor da ciência.

Não se trata de nenhum neologismo, nem mesmo de um novo conceito estruturante para a ciência, mas sim um trocadilho, uma metáfora para designar espaços distintos onde o trabalho pode vir a materializar-se. O primeiro, tendo a rua como espaço fundamental e o segundo tendo o espaço fechado/confinado, lugar onde o trabalho será objetivado.

O escritor carioca João do Rio já falava, em 1908, que a rua nasce como o homem, do soluço, do espasmo, e que há suor humano contido na argamassa do seu calçamento, o que a transforma na mais igualitária, mais socialista e mais niveladora obra humana.

Trabalhar na rua não é para qualquer um. Com o passar o tempo é fácil perder-se em meio à poeira que resseca a visão e sobe pelos pés, igual à assombração em busca de alma.

O trabalho a céu aberto é uma briga para não desistirmos de nós mesmos, é mais ou menos sair de um mundo de trabalho de regras e inventar outras que lhe garante existir enquanto trabalhador além do que lhe é reservado.

A expressão “a céu aberto”, a qual, curiosamente, é utilizada por Lacan para se referir a um dos quadros mais graves em psicopatologia, à Psicose; revela a nossa condição de desamparo fundamental.

No fundo, estamos todos a céu aberto.

A precariedade do trabalho; da nossa condição social nos remete forçosamente à realidade de que não há abrigo pronto ou definitivo já que o “estado” em que vivemos é sempre de emergência.

Cabe a cada um reconstruí-lo e sustentá-lo a cada dia. Nesse sentido, parece-me que a idéia de que cada um possa, periodicamente, expor sua produção a céu aberto, remete exatamente a essa contingência, a esse conjunto aberto, não - todo, que é o mundo do trabalho.

O mundo do trabalho, portanto, não é um campo fechado a ser reconquistado, mas um campo aberto, que precisa ser conquistado por cada um, a cada vez, a cada ocorrência contingencial do discurso e da ação do trabalhador.

Para não estar totalmente à deriva da ciência, vemos na Norma Regulamentadora 21 do Ministério do Trabalho e Emprego que no trabalho a céu aberto, é obrigatória a existência de abrigos, ainda que rústicos, capaz de proteger os trabalhadores contra as intempéries; exigindo-se medidas especiais que protejam os trabalhadores contra a insolação excessiva, o calor, o frio, a umidade e os eventos inconvenientes.

É uma norma, e assim sendo, também tem a capacidade de nos deixar a deriva, uma vez que a terminologia adotada (a céu aberto) serve muito mais para um trocadilho/ metáfora, para que se possa adentrar ao mundo; também mundo do trabalho que se constitui pelo simbólico, pela significação.

Esse trabalho é a enunciação de um grupo de trabalhadores, que desenvolvem as ações necessárias para a materialidade de seu trabalho, a céu aberto, tendo a rua como o palco essencial para a cena do trabalho.

Falamos de uma categoria de trabalho denominada de Agente Comunitário de Saúde que tiveram o seu reconhecimento profissional formalizado pela Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002, criando a profissão de ACS.

Segundo Silva e Dalmaso (2002) a primeira experiência no Brasil, de trabalho do ACS, em ampla escala é a que ocorreu no Ceará. Este trabalho serviu de vitrine para a implantação do PACS em outras regiões do País, sobretudo, nas regiões que concentravam as populações mais empobrecidas. Com a implantação do Programa de Saúde da Família em 1994, o PACS, a ele é incorporado, passando os ACS a ser um dos integrantes das Equipes de Saúde da Família.

A temática central desta dissertação, esta situada no tema violência e trabalho, que vem sendo abordado no Brasil como uma questão de saúde pública. Mesmo sendo um tema complexo, que segundo Minayo (2000), além de apresentar problemas em sua etiologia é um fenômeno pluricausal/polissêmico, deve ser acompanhado de perto pelo setor saúde, que tem uma visão intersetorial, resultante das condições sociais, ambientais, de trabalho e econômicas.

Salienta também a autora que a complexidade do fenômeno da violência, requer uma ação intersetorial e multiprofissional, na tentativa de minimizar os seus efeitos ao longo de sua evolução histórica, uma vez que, dentre todos os fatores, é resultante dos acelerados processos de mudanças sociais geradas, principalmente, pela industrialização e pela urbanização.

Possivelmente, uma das questões da violência e trabalho, esteja relacionada ao fenômeno da mundialização/globalização da economia engendrado pela globalização, que

segundo Minayo e Souza (1999), estão acrescidas das extremas desigualdades, pelo desemprego, corrupção e impunidade, exercendo grande peso sobre a dinâmica da violência.

Sendo o fenômeno da mundialização/globalização os *padrastos da violência no mundo do trabalho*⁴, a violência, é colocada como um tema premente para o campo da saúde do trabalhador.

O pressuposto que fundamenta a efetivação deste trabalho é o de que as violências percebidas pelos ACS em seu ambiente laboral têm comprometido a organização de seu trabalho e dificultado as ações de prevenção e promoção da saúde da população assistida pelo SUS.

Assim, nosso objetivo geral é compreender os significados atribuídos pelos ACS, aos tipos, formas de referência e nomeação da violência, vivenciada no cotidiano de trabalho desses atores no bairro do Candear de Brotas em Salvador-BA.

O primeiro capítulo procura referenciar o leitor para uma aproximação sobre as experiências de trabalho a céu aberto na área de saúde pelo mundo, estabelecendo uma aproximação entre algumas experiências internacionais que utilizaram recursos da própria comunidade e os nossos contemporâneos ACS no Brasil. Tal aproximação constitui pano de fundo com o qual podemos pensar a realidade brasileira pelo conhecimento das ricas e vastas experiências internacionais, onde pessoas da população coordenaram e mediaram relações entre a própria comunidade e os serviços de saúde na implementação de estratégias e no desenvolvimento e expansão da saúde comunitária.

As experiências de trabalho a céu aberto na área de saúde pelo mundo, relatadas, apesar de não focar situações de violência no trabalho desses atores sociais, com certeza, auxiliam na compreensão da realidade de trabalho vivenciada na atualidade pelos Agentes Comunitários de Saúde na realidade brasileira.

O segundo capítulo apresenta as experiências e modelos brasileiros na atenção a saúde, estabelecendo sua trajetória nas primeiras décadas do século XX, denominado como trabalho de a céu fechado. Dando seguimento, enseja-se o trajeto para a reestruturação do modelo de assistência a saúde, o chamado trabalho a céu aberto, que culmina com a experiência do ACS do Estado do Ceará, seu reconhecimento e a implantação desta experiência no território brasileiro.

O capítulo três, busca estabelecer considerações sobre a violência, enfatizando a violência como fenômeno social. Sua classificação é apresentada a partir da concepção de

⁴ Grifo nosso

Minayo (1994), que a tipifica como violência estrutural; violência de resistência e violência de delinqüência. Em seguida discute-se a violência e trabalho, observando-se as terminologias: violência do trabalho e violência no trabalho (violência ocupacional).

O quarto capítulo enfatiza a caracterização do ACS do Candeal e seu ambiente de trabalho, traçando um perfil dos trabalhadores e da população alvo de atendimento do bairro. Também é apresentado o processo e as condições de trabalho, categorizando o trabalho como gerador de satisfação e sofrimento.

O quinto capítulo desvela os significados da violência vivenciada pelos ACS no cotidiano de trabalho no Candeal. O objetivo é explicitar a compreensão que os ACS têm sobre a violência no âmbito de sua atividade profissional, seu contexto e reflexos no processo de trabalho, respondendo ao pressuposto da pesquisa.

A conclusão revela a complexidade das relações laborais vivenciadas pelos ACS no Candeal de Brotas em Salvador-BA, desvelando as situações de violência no cotidiano de trabalho. A pesquisa aponta para a necessidade de preparação dos ACS para as suas ações de uma forma geral e da violência em particular, estabelecendo o desafio que a Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Salvador tem, em ampliar o conceito e as práticas de saúde, inserindo, concretamente, a violência, como um problema que afeta trabalhadores e usuários dos serviços prestados pela USF.

CAPÍTULO I

EXPERIÊNCIAS DE TRABALHO A CÉU ABERTO NA ÁREA DE SAÚDE PELO MUNDO

O sistema de serviços de saúde em qualquer lugar do mundo tem como meta principal promover a saúde, respondendo aos problemas, de acordo com as necessidades de seu povo.

O sistema pode fazê-lo, orientando a organização dos conhecimentos disponíveis e dos recursos, adaptando-os ao próprio estágio e padrão de organização social.

Não há uma solução única para a resolução dos problemas enfrentados por estes serviços, mas as boas ou más formas de organização, segundo a opção escolhida é incorporada às políticas e estratégias de saúde de cada nação, alcançando diferentes significados social e representando muitos e variados contextos culturais.

É amplamente reconhecido que grande parte dos problemas estão referidos ao contexto mais amplo das relações sociais, nas quais os indivíduos estão inseridos e que a assistência tradicional (a céu fechado) que tem sua ancoragem no referencial médico não tem sido capaz de, isoladamente, responder a este quadro complexo das necessidades de saúde das populações.

Partindo da constatação de Vasconcelos (1991), quando é referido que a medicina em seu arcabouço científico é apenas um dos caminhos de conhecimento e intervenção no processo de adoecimento e cura, veremos que o conjunto de necessidades e tarefas da saúde, historicamente, tem entre os que a exercem, os praticantes tradicionais (parteiras, curandeiros, dentre outros), que embora com conhecimentos e repertórios técnicos limitados, tratam a pessoa de forma integral, identificando suas necessidades e relacionando-as com a sociedade onde vive.

Hoje, tais conhecimentos e a experiência desse corpo de interventores da saúde, antes combatidos, estão sendo aproveitados, aperfeiçoados e incorporados, em diversos sistemas de serviços de saúde do mundo, que perceberam que essas práticas, embora empíricas, constituem valioso recurso terapêutico.

Pode-se afirmar que sempre houve em qualquer comunidade do mundo pessoas envolvidas em cuidados de saúde, do indivíduo à mãe, ao vizinho, ao curandeiro tradicional, ao voluntário, ao auxiliar leigo, indo até aos que a exercem oficialmente.

Assim, este conjunto de necessidades e tarefas de saúde e os seus praticantes (tradicionais ou oficiais), têm sido incorporados nas estruturas organizativas dos sistemas de serviços de vários países para o enfrentamento dos problemas e prioridades locais, seja reforçando os sistemas existentes ou estabelecendo novas estruturas.

Algumas nações já tomaram a iniciativa de mostrar de que maneira responderam aos problemas mediante o reconhecimento das funções que podem desempenhar auxiliares da própria comunidade, seja atuando em bases voluntárias, como intermediários entre o sistema formal e os moradores, seja estabelecendo ou reforçando programas oficiais de emprego de agentes comunitários de saúde, atuando em seus lugares de procedência em diferentes culturas e contextos.⁵

Aproximar-se de algumas experiências internacionais que utilizam recursos da própria comunidade para olhar na contemporaneidade os agentes comunitários de saúde, no Brasil, possivelmente trará elementos que auxiliará na compreensão das dinâmicas específicas que envolvem a sua atuação em espaços sociais definidos e institucionalmente legitimados.

O objetivo deste capítulo é situar referências no mundo como pano de fundo com o qual podemos pensar a realidade brasileira pelo conhecimento das ricas e vastas experiências, onde pessoas da própria comunidade mediaram relações entre moradores e os serviços de saúde na implementação de estratégias e no desenvolvimento e expansão da saúde comunitária.

Portanto o objeto deste capítulo não tem a pretensão de repassar todas as experiências empreendidas pelos países, dado o escopo deste trabalho, nem assumir a noção de agente comunitário de saúde como um conceito totalizante, com a mesma validade em qualquer país e circunstância.

Experiências distintas em lugares diferentes não têm precisamente o mesmo sentido em contextos culturais diversificado, mas trazem elementos que auxiliam na compreensão da nossa realidade de saúde, uma vez que sua matriz pode ser observada nas experiências vividas, tanto em outros países, como no Brasil, com distintas denominações.

⁵ Muitos países e distintos programas os nomeiam de diferentes maneiras: educador de bem-estar da família (Botswana); médico rural e ajudante sanitário (China); trabalhador de saúde comunitário (Etiópia); ajudante de saúde da comunidade (Índia) e agente de saúde do povo (Nigéria). Consultar: OMS. *Mejoramiento de la labor de los agentes de salud comunitarios en la atención primaria de salud*. Serie de Informes Técnicos 780. Ginebra: OMS, 1989.

Essas experiências aqui relatadas, apesar de não focar experiências de violência no trabalho desses atores sociais, com certeza, auxiliará na compreensão da realidade de trabalho vivenciadas na atualidade pelos Agentes Comunitários de Saúde.

1.1 – A Experiência da China com os médicos rurais ou ajudantes sanitários

Vem da China, país com forte tendência agrícola, que têm boa parte da população vivendo no campo e antes mesmo dos comunistas conquistarem o poder, uma das experiências pioneiras neste campo de trabalho de saúde a céu aberto. Nesse país, a maioria dos camponeses não tinha acesso nem à medicina moderna, nem à medicina tradicional.

Em muitas localidades, camponeses, com habilidades para a acupuntura ou para a manipulação tratavam dos doentes, e eram procurados por todos. O treinamento passado aos novos era uma tradição, onde eles aprendiam na prática o exercício do ofício e o manejo das ervas medicinais para as infusões. Esse método assemelhava-se ao das corporações de ofício da Idade Média

Segundo Horn (1979) embora analfabetos e praticantes de uma medicina empírica, rudimentar, à margem dos doutores tradicionais, esses camponeses adquiriam rápida reputação e êxito em sua atuação, contribuindo para criar o clima social para o subsequente treinamento daqueles que seriam reconhecidos mais adiante como os verdadeiros doutores camponeses.

Em 1958, após a revolução e o estabelecimento das Comunas Populares por toda a região agrícola, o governo comunista prioriza a reorganização dos insuficientes serviços de saúde pública do campo.

A nova política é implementada por diferentes caminhos. A constituição de equipes itinerantes, composta por médicos recém-formados, médicos experientes e diferentes especialistas para prestarem serviços de prevenção e tratamento é um deles. A prática terapêutica e/ou curativa efetuada pelos médicos acontecia em diversos lugares (clínicas centrais, nas pequenas clínicas, improvisadas nas moradias de camponeses e nas casas dos enfermos).

As equipes médicas itinerantes também tinham a tarefa de treinar o corpo auxiliar médico, cujos participantes eram selecionados entre as pessoas do lugar. Tinha também como incumbência a formação de um sanitarista voluntário, lavradores treinados em primeiros

socorros para pequenos acidentes, para processos de proteção da água, esgotos sanitários e saneamento. Também capacitavam as parteiras das aldeias.

O objetivo conforme refere Horn (1979) ia além do distribuir o conhecimento médico, visava contribuir para o surgimento de um novo tipo de trabalhador rural na área de saúde, que com mentalidade socialista, sustentasse uma estreita relação com a comunidade local e permanecesse no campo.

O auxiliar médico chinês deveria possuir intimidade que transmitisse fé e confiança recíprocas. Simultaneamente, ele é um lavrador e um médico, e o que favoreceria essa confiança recíproca seria a condição de lavrador igual a todos os demais membros da comunidade. Esses auxiliares, por suas características especiais, ficaram conhecidos no mundo todo, desde então, como os “médicos dos pés-descalços”.

Foi desta forma que se tornou possível aumentar rapidamente o contingente de pessoal médico em serviços no campo e formar um tipo de médico diferente dos padrões tradicionais

Esses lavradores médicos podiam fazer acupuntura e curar doenças comuns mais graves nas zonas rurais, como o sarampo, a pneumonia e a pleurisia. Devido a sua formação prática, alguns deles demonstravam maior capacidade prática superando alguns médicos das clínicas comunitárias, os quais embora formados numa escola de medicina frequentemente carecem de experiência prática.

Os médicos de pés - descalço além de dirigir campanhas contra pragas de insetos estabeleciam o ensino da higiene a companheiros de sua comuna e informações sobre o planejamento familiar, bem como a forma mais correta da colheita e do preparo das ervas medicinais tradicionais para administrar aos doentes. O exercício da medicina é feito sob contínua supervisão das equipes médicas volantes.

Ooi (1993) relata que a medicina tradicional chinesa, vem sendo utilizada por grande número de pessoas, em alguns países do leste e sudeste da Ásia. Já o uso da fitoterapia parece, na atualidade, está mais presente na parte assistencial, revelando existir certa inquietude acerca do futuro profissional dos médicos que a ela se dedicam.

No ano de 1994, o Ministério de Saúde Pública chinês substituiu de denominação medico-descalço por “médicos rurais” para os praticantes de saúde que alcançaram êxito nos exames apreendidos, e de “ajudantes sanitários” aos que não conseguissem tal aprovação.

Independentemente das designações e das perspectivas, o sistema adotado na China constituiu-se em uma referência importante para o país que, utiliza auxiliares escolhidos pela comunidade, moradores das localidades onde trabalham que, após períodos curtos de

treinamentos, são capazes de dispensar tratamentos, medicamentos, realizar intervenções e promover a saúde individual, coletiva e do meio ambiente.

1.2 – Os Agentes de Saúde em países africanos de língua francesa

A organização da política de saúde de alguns países africanos de língua francesa,⁶ antes de Alma-Ata⁷, priorizava as unidades hospitalares e centros de saúde para atendimento curativo. Mesmo existindo junto a esta estrutura uma rede de serviços de higiene e educação sanitária, esta era direcionada exclusivamente a população urbana, em detrimento das populações rurais, que eram maioria.

Após a declaração de Alma-Ata, estes países se comprometeram com o desenvolvimento sanitário da região, e firmaram compromissos que, traduzidos em diversos documentos, explicitavam os esforços que deveriam ser empreendidos em função da saúde de todos os povos que viviam na África.⁸

As estratégias adotadas estavam direcionadas para a organização da atenção primária, integrando os programas de saúde e introduzindo a educação em saúde, como meio de favorecer a responsabilidade pessoal pela saúde, a auto-suficiência e o compromisso comunitário.

A atenção primária recrutou para seu funcionamento os chamados agentes da comunidade, que atuavam na atenção primária e ocupavam a primeira linha do sistema de saúde. Esses agentes enfrentavam vários problemas como treinamento, contratação, quantidade, distribuição territorial, prestação de serviços.

Yangni-Angaté (1991) refere ser imprescindível revisar o programa de agentes de saúde da comunidade. Para ele, devem ser modificadas as formas de recrutamento e seleção, treinamento, supervisão e redimensionadas as obrigações dos agentes em nível local, sendo que os seus conhecimentos empíricos necessitam de avaliação periodicamente.

⁶Abidjân, Argel, Antanativo, Bangiu, Brazzaville, Dakar, Túnez, Yaundê e outros fazem parte deste conjunto de países.

⁷Essa conferência foi organizada pela Organização Mundial de Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas, em setembro de 1978, em Alma - Ata, República do Cazaquistão (na época, integrado à União das Repúblicas Socialistas Soviéticas). A sua meta consensualmente aprovada ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”.

⁸Como por exemplo, o Plano de Ação e a Declaração Final de Lagos, (1980), o Programa de Ajuste Estrutural e o Programa Prioritário para a Reestruturação Econômica da África (1986-90), além do Programa de Ação das Nações Unidas para Recuperação Econômica e Desenvolvimento da África (1980-90).

A utilização de agentes de saúde da comunidade em países africanos após a declaração de Alma-Ata se estabelece em um sistema marcado pela desigualdade na provisão de atenção para as zonas urbanas e rurais, com péssimas condições de vida, pouca atenção ao meio ambiente, às moradias, ao abastecimento de água potável, expressão maior de grandes deficiências econômicas e financeiras.

1.3 – Os Agentes de Saúde (Promotores Rurais) do Haiti

Para Gagnon, (1991) somente a partir de 1978, no Haiti, surgiu o significado mais específico e a caracterização da figura do promotor rural de saúde. Este agrega simultaneamente três pré-requisitos para sua atuação: residir na zona rural; ser capacitado para prestar serviços básicos de saúde e servir de vínculo entre a comunidade e o sistema médico formal.

Tendo início em 1983, o programa de seleção e capacitação dos promotores rurais de saúde do Haiti, tinha o propósito de alcançar uma cobertura de mais de 15.000 residentes visando alcançar a “Saúde para Todos”.

Para dar início ao programa foram escolhidas 15 pessoas da comunidade que seriam capacitadas e se responsabilizarem por uma média de 1000 habitantes. A responsabilidade pela escolha dessas pessoas da comunidade era uma atribuição dos sacerdotes católicos e episcopais, pastores protestantes, sacerdotes Vudú e o delegado de policia local.

Posteriormente, a seleção foi direcionada a candidato que correspondesse aos seguintes requisitos: ser do sexo feminino, pertencer à faixa etária entre 15 a 45 anos, saber ler e escrever, ter inserção ativa nos problemas da comunidade residindo no mesmo local

Baseado nesse perfil, o candidato era indicado pelo conselho comunitário, cuja seleção final, após cumprimento de algumas etapas, era feita pelo sub-coordenador local do programa de saúde pública, membro daquela mesma comunidade e promotor de saúde.

A capacitação dos promotores é realizada em duas etapas: a primeira etapa corresponde à permanência de um mês em um centro clínico de referência para o programa; a segunda etapa é um processo de formação continuada com duração de 29 meses, sob supervisão dos coordenadores do programa, do médico da clínica e do pessoal de laboratório e farmácia.

Findo o período de treinamento, os promotores de saúde passam a exercer, durante três meses, de forma autônoma na coletividade, as atividades preventivas e curativas aprendidas.

Assim, após todo esse percurso, estão prontos para serem reconhecidos legitimamente pelo órgão federal e pela população, como um agente de saúde.

As atividades de início de carreira dos promotores de saúde se reduzem a ministrar educação sanitária, atualizar os registros demográficos mediante as anotações necessárias, encaminhar casos, vigiar a evolução dos pacientes, estimular o interesse da comunidade pelo projeto de saúde e escolher um domicílio como sede para as atividades de relacionamento com os serviços de saúde.

Gagnon, (1991) menciona que logo após, aferirem o peso, a pressão arterial, a temperatura corporal dos pacientes, assim como administram vitaminas e vacinas; eles são incentivados a continuar fazendo seu trabalho, quase sempre agrícola, porém, devem estar disponíveis diariamente para o trabalho, como promotor e agente de saúde.

A atenção preventiva, voltadas para a vigilância do desenvolvimento infantil, serviços de planificação familiar e atenção pré-natal, são desenvolvidas por uma equipe de três promotores que realizam visitas mensais aos postos de saúde de seus setores específicos, compreendendo uma zona de alcance de mais de 3000 habitantes.

Este mesmo autor refere que das oito atividades compreendidas no campo de atuação da atenção primária em saúde, sugerida pelo documento de Alma-Ata, os promotores do Haiti são capazes de executar bem, pelo menos cinco: educação de grupos e individual, atenção materno-infantil, vacinação, tratamento de transtornos e doenças mais frequentes e administração de medicamentos essenciais.

Podemos dizer que a característica mais marcante da formação dos auxiliares de saúde do Haiti esta relacionada ao diálogo constante entre as práticas, percepções e saberes populares compreendidos na dinâmica cultural própria do local sobre a questão da saúde e da doença e as práticas médicas ortodoxas, ocorrendo uma ampliação significativa de opções terapêuticas e não simplesmente a sua substituição.

Outro fato importante e que estes auxiliares, assim como os “médicos rurais” ou “ajudantes sanitários” da China, são estimulados a se manterem vinculados às atividades que exercem, geralmente no campo.

1.4 – Os Agentes de Saúde (Auxiliares de Saúde Comunitária) da Jamaica

Estes auxiliares de saúde só foram incorporados nas equipes de atenção primária, após terem passado por um teste, considerado pelo governo como bem sucedido. O papel fundamental dessas equipes é vincular as comunidades aos serviços de saúde pública.

Cumper e Vaughan (1985) reiteram que a expectativa era de que os auxiliares de saúde da Jamaica interviessem no saneamento do meio ambiente, nutrição, planificação da família, saúde infantil e imunização, fomentando a adoção de medidas preventivas. Acompanhariam ainda diabéticos e hipertensos, forneceriam informações aos pacientes, colaborando com seu encaminhamento a outros centros, ajudando as enfermeiras de saúde pública e as parteiras dos distritos e contribuindo na assistência em clínicas, escolas e outros lugares, vigiando o fluxo de pacientes, pesando os recém-nascidos e executando os registros necessários.

Posteriormente a sua implantação, as funções executadas pelos auxiliares de saúde comunitária sofreram modificações, dentre elas destaca-se uma maior aproximação desses auxiliares com os centros de saúde. Essa maior aproximação começa a descaracterizar o papel central deste profissional uma vez que diminuía a disponibilidade dos mesmos, como fonte de informações, conselho e ajuda para a comunidade. Tal situação tem levantado questionamentos em relação ao lugar de trabalho e de recrutamento serem dependentes do local de residência destes profissionais.

A experiência da Jamaica tem demonstrado que a tendência dos auxiliares de incorporarem-se ao sistema de atenção primária em saúde tem provocado modificações consideráveis nas suas condições de emprego e na visão sobre o próprio trabalho.

Embora existam problemas, o trabalho desenvolvido pelo auxiliar vem conseguindo reconhecimento oficial e, com isso, eles têm conseguido negociar os seus salários, cujo valor equivale a 30% do salário do enfermeiro graduado. Tal conquista se efetiva após a permanência por três anos na função.

1.5 – Os Agentes Locais de Saúde das Filipinas

Os cuidados primários de saúde constituem-se em veículo de ajuda aos que ainda não têm acesso ao sistema de prestação de serviços para atender às necessidades básicas.

Como as condições de vida nas Filipinas não favorecem um estado de bem-estar mental, social e físico, os problemas de saúde sempre tiveram grande importância para os pobres neste lugar.

Os urbanos, por exemplo, quando adoecem, arriscam o bem-estar de suas famílias para pagar pela assistência médica. Nas áreas rurais, onde vive a maioria dos filipinos, os serviços médicos são escassos.

Os programas de saúde comunitária, foram introduzidos neste país em 1975, pela Igreja Católica. Segundo os líderes diocesanos a mudança só pode começar quando é desejada, portanto só introduzem o programa em comunidades que haja expressamente indicado a saúde como uma necessidade sentida.

Assim o líder diocesano reúne-se com os cidadãos interessados para analisar o estado de saúde comunidade. Se há alguma doença prevalente, por exemplo, os moradores com a intermediação do líder diocesano, discutem as causas dessa doença e um método de eliminá-la.

A escolha dos trabalhadores de saúde para por em prática a estratégia escolhida corresponde àquele cuja área de atuação corresponda à possibilidade do atendimento de no mínimo 10 a 15 famílias. Esses trabalhadores voluntários recebem treinamento intensivo em funções do organismo, plantas medicinais, tratamentos simples e promoção de ação coletiva. As sessões são dirigidas por profissionais experimentados em solicitar idéias do povo e em colocar em prática aquelas que são cientificamente viáveis.

Segundo Dayrit (1995) a principal dificuldade é que 30% dos agentes de saúde que completaram sua formação abandonaram as atividades ao longo do primeiro ano do programa e não se podem produzir agentes locais em série, contando com a reprodução de atitudes corretas e de seguimento do programa ao longo do tempo, dificultando uma orientação adequada.

Os principais aspectos da formação dos agentes de saúde das Filipinas estão relacionados aos ao conhecimento das causas da má saúde e da utilização de técnicas sanitárias que possam promover a saúde da comunidade.

1.6 – Os Funcionários de Saúde Pública da Índia

Segundo Anand, (1973) na tradição cultural da Índia, a família é o foco central. É quem estabelece as normas de conduta para o indivíduo e dá-lhe uma sensação de apoio. Preocupa-se com ele antes do nascimento, durante a vida, e mesmo depois da morte.

Os serviços de saúde pública da Índia, reconhecendo a importância da família, como unidade básica da sociedade estabeleceu um programa de atenção à comunidade que abrangem mais de 560.000 vilas através de 5183 centros e 32157 subcentros de saúde rural.

A visita do auxiliar de saúde e das visitadoras sociais adquire valor educacional para os membros da família, assim como para o próprio pessoal do centro, além de outros serviços que se façam necessários.

A atividade principal do auxiliar de saúde ou do visitador social é ir de porta em porta, discutir os problemas com as famílias à vontade, sem a formalidade do ambiente dos serviços de saúde. Esses profissionais podem auxiliar dando conselhos mais realísticos e significativos, porque sendo um membro da comunidade e conhecer as condições de vida e os padrões culturais da respectiva família, tornam-se mais sensíveis nos encaminhamentos para a solução do problema.

1.7 – O Nepal com os seus Voluntários para Saúde

Para se alcançar a meta de saúde para todos, o Nepal, estabeleceu como principal estratégia a implementação das ações de saúde na atenção primária. Para tanto os mecanismos-chave para estender a cobertura a toda à população foram os programas de voluntários de saúde comunitária e o de agentes rurais.

Em 1987, foi elaborado um programa de intervenção na saúde, nucleado no trabalho dos agentes voluntários. Esse programa visava o desenvolvimento de atividades educativas e motivacionais para que a comunidade sentisse a necessidade de fortalecer hábitos sadios e higiênicos utilizando de forma adequada os serviços de saúde, quando necessários. Além desta atividade fundamental, o programa estabelecia que os voluntários também coletassem dados sobre nascimentos, óbitos, casamentos e migrações.

Segundo Chaulagai, (1993) ficou demonstrado em um estudo que após a introdução de voluntários, houve progressos consideráveis na frequência aos exames pré-natais, na cobertura de imunização e no emprego de reidratação oral, assim como no estado nutricional dos menores de cinco anos.

Refere ainda o mesmo autor que apesar da desistência de 14 dos 20 homens selecionados para o treinamento e de 08 das 18 mulheres selecionadas, o programa de agentes voluntários demonstrou sua eficácia, pois contribuiu para melhorar as situações sanitárias tanto em zonas urbanas, quanto rurais, no entanto é necessário dispor de mecanismos suficientes de supervisão, seguimento, monitoramento e de capacitação de substitutos.

1.8 – A experiência da Venezuela com Os Auxiliares de Enfermaria

A Venezuela vem desenvolvendo um programa de medicina simplificada desde o ano de 1996. Este programa visa à reorientação das atividades dos dispensários rurais no sentido de oferecer, na ausência de médicos, um mínimo de serviços preventivos e curativos bem definidos.

Essas atividades são desenvolvidas por auxiliares médicos, que complementam a formação com um curso de quatro meses. Essa formação os habilita a prestar primeiros socorros em casos de acidente ou doença; desenvolver educação sanitária; vacinar e prover cuidado materno-infantil.

Para tanto, os candidatos selecionados para a função têm que ter nascido na localidade ou lá residir há muito tempo; dispor de qualidades de liderança, corresponder a faixa etária de 18 a 40 anos de idade e possuir no mínimo a educação primária (embora, em algumas circunstâncias, seja aceita uma escolaridade menos formal). Trabalham sob supervisão remota do médico do centro de saúde da zona, que deve visitá-los uma ou duas vezes por semana.

Após tecer algumas considerações sobre as experiências de trabalho a céu aberto na área de saúde pelo mundo, o que chama mais a atenção é o fato de que todas as experiências recrutaram os recursos humanos na própria comunidade, característica observada também aqui no Brasil quando da implementação da primeira experiência com agentes comunitários de saúde no Ceará na década de 80.

Dal Poz (2002) enfatiza esse fato, ao fazer referência às importantes tarefas no cuidado de saúde, exercidas pelos agentes comunitários em diferentes sistemas e contextos, desde a prática das tradicionais parteiras até o desenvolvimento de outras funções de atenção, como primeiros socorros e vigilância.

Leone et al. (1986); Torres (1987); Christensen e Karlquist (1990) e Gagnon (1991) argumentam que a melhoria da nutrição e da saúde das crianças com o emprego de promotores ou agentes comunitários, oriundos da população-alvo e treinados para tal fim, tem sido analisada em diferentes estudos.

Nas experiências de trabalho a céu aberto, aqui relatadas, é possível reconhecer categorias diferentes de auxiliares da comunidade: os que executam atividades mais complexas, como os médicos rurais chineses; os que atuam para satisfazer as necessidades mais básicas, como os auxiliares de enfermaria da Venezuela, os agentes de saúde comunitários africanos, dentre outros.

Assim observa-se que diferentes países, em diferentes contextos e momentos, têm lançado mão da participação da comunidade em seus sistemas de saúde, seja pela mediação de agentes não institucionais, ou pela intervenção dos oficiais servindo como trabalhadores de primeira linha, propiciando o surgimento de elos e vínculos entre os envolvidos e o resgate e valorização de experiências e práticas das pessoas de uma comunidade em prol do bem-estar e benefício das comunidades.

Segundo a OMS/UNICEF (1980) em alguns países como China, Sudão e Tanzânia, essas experiências ocorrem em concomitância com modificações radicais nos sistemas político-sociais e de alternativas culturais implementadas desde há muito tempo e, em outros, como na América Latina, pela implantação de estratégias e projetos inovadores como o da Venezuela, por exemplo.

Silva e Rodrigues (2003) enfatizam que o fundamento para a atuação privilegiada desses praticantes de saúde está no reconhecimento de que os problemas considerados mais simples, em sua grande maioria, podem ser encaminhados e resolvidos por pessoas da comunidade treinadas em curto prazo para o desempenho de tarefas específicas.

O fato é que o agente comunitário de saúde tem contextos culturais e simbólicos distintos, onde convivem diferentes valores, atitudes, crenças, comportamentos, modos de viver, de se relacionar e as respectivas práticas de saúde individuais e coletivas, são advindas deste conjunto de fatores.

Na ação do agente comunitário de saúde estão inseridos diversos fatores e atores, tais como: o discurso efetivado pela ciência, o discurso formulado pelo povo, os serviços formais e informais, a comunidade e o Estado.

No entanto, o sentido de ACS é conformado em duas dimensões e conceitos fundamentais: de um lado, ser membro da comunidade em que trabalha e de outro compartilhar significados relativos ao universo social em que coabita, demonstrando tendência para ajuda solidária.

Vários países nos anos posteriores à Declaração de Alma-Ata, em 1978, se movimentaram e fundaram um grande número de programas de ACS como resposta positiva às urgentes necessidades sanitárias das populações, principalmente, as mais carentes.

Observa-se, no entanto, a existência de países desenvolvidos e em desenvolvimento com sistemas sanitários estruturados, voltados para atenção primária, que têm obtido

resultados favoráveis nos indicadores de saúde com fortalecimento dos serviços nacionais, sem, contudo incorporar em seu funcionamento, pessoal auxiliar recrutado na população.⁹

No Brasil, a incorporação dos ACS na atenção primária promoveu bons resultados nos indicadores de saúde, conforme revela a análise da história da atenção à saúde em diferentes conjunturas políticas e sócio-sanitárias.

⁹ Canadá, Cuba, Espanha, Inglaterra, dentre outros, são exemplos de países nessa situação.

CAPÍTULO II

AS EXPERIÊNCIAS E MODELOS BRASILEIROS: DO TRABALHO A CÉU FECHADO AO TRABALHO A CÉU ABERTO NA ATENÇÃO A SAÚDE

2.1 – Histórico – Nosso ponto de partida para a compreensão da trajetória do sistema de saúde no Brasil são as primeiras décadas do século XX: O Trabalho a Céu Fechado.

Caldeira, (2001) na tentativa de possibilitar melhor entendimento a respeito da necessidade de reorientação do modelo assistencial à saúde, ocorrido na década de 90, afirma que o sistema de saúde brasileiro teve avanços ao longo desta década, buscando melhor atender às necessidades de saúde da população, porém, apesar dos avanços, produziu pouco impacto, com baixa resolutividade.

Mendes (1996), ao tecer comentários sobre o sistema de saúde brasileiro no século XX afirma que neste século, o sistema de saúde transitou do sanitarismo campanhista (início do século até 1965) para o modelo médico-assistencial privatista, até chegar, no final dos anos 80, ao modelo plural, hoje vigente, que inclui como sistema público, o SUS.

Segundo Carvalho (1998) dois modelos de atenção à saúde tiveram (*e ainda têm*)¹⁰ grande importância no enfrentamento dos problemas de saúde. Estes modelos de assistência à saúde – sanitarismo campanhista e assistencialismo médico - foram moldados por diferentes lógicas de atenção à saúde e demonstraram um processo de disputas e acordos. São considerados construções históricas, que sofreram diferentes condicionamentos, tais como: econômicos, sociais, tecnológicos e culturais.

Carvalho (1998); Luz (1997) e Mendes (1996) referem que durante o período da Primeira República (1889-1920), a economia brasileira sustentava-se num modelo agroexportador, tendo como base a monocultura cafeeira. Em termos de saúde pública, o carro chefe era o saneamento dos portos e a erradicação/controlar de doenças (malária, varíola, peste, febre amarela, etc.) que se não houvesse o olhar público para esses eventos poderiam prejudicar tanto a exportação quanto a atração de mão-de-obra estrangeira para a exploração de fazendas de café.

¹⁰ Grifo nosso

Campos (1991) faz importante observação em relação a este período, comentando sobre a preocupação econômica em detrimento da estrutura de morbimortalidade da população. Segundo o autor, a mortalidade infantil e a assistência à mulher na gestação, parto e puerpério, a propagação da tuberculose, necessitava de atenção semelhante àquela que recebia o foco de atenção - saneamento ambiental, porém foram relegados a um segundo plano.

Mendes (1996), entre outros autores, relata que no sanitarismo campanhista, a concepção de saúde estava fundamentada na teoria dos germes, monocausal, com uma visão simplista da causalidade das doenças, considerando somente a relação linear entre agente e hospedeiro. As decisões em relação ao combate das doenças tinham um caráter militar, na tentativa de quebrar esta relação. Como exemplo, estão citadas as campanhas de vacinação obrigatória, que ocasionavam revoltas populares contra a imposição da mesma.

Luz (1997) refere que entre as décadas de 20 e 30, o Brasil passou por um grande desenvolvimento industrial, viveu uma aceleração da urbanização, e objetivou o crescimento da saúde pública como questão social, porém, o acesso às unidades de saúde existentes era voltado principalmente para as populações de grandes cidades e capitais.

Nesse período, mais precisamente no ano de 1923, foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPs, a partir da promulgação da Lei Elói Chaves, que criou a Previdência Social no Brasil. Estas Caixas de Aposentadorias atendiam a categorias profissionais distintas (representados pelos respectivos sindicatos), fundamentais para a economia dominante na época, a agroexportadora. Apesar do sistema de caixas preconizarem a assistência a massa operária, o objetivo desta assistência não se centrava no indivíduo, nem especificamente na recuperação de sua saúde, mas sim, na manutenção e restabelecimento de sua capacidade produtiva.

O processo de industrialização acelerada que o Brasil vivenciou especialmente a partir do Governo Juscelino, determinou o deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos e gerou uma massa operária que deveria ser atendida, com outros objetivos, pelo sistema de saúde. *Mendes (1996: 59).*

A estrutura administrativa vigente era centralizada, tecnoburocrática e corporativista, com corpo médico remanescente da elite oligárquica que dominou a República Velha. Assim a autora enfatiza: “[...] *estes traços configuram o perfil autoritário que ainda hoje caracteriza, em grande parte, o conjunto das instituições de saúde pública e dos sistemas de decisões em política de saúde no Brasil*”. Luz (1997:139)

Carvalho (1998) e Luz (1997) enfatizam que este modelo médico-assistencialista, centrado no individualismo, na manutenção da capacidade de trabalho, vai se complexificando e tornando-se cada vez mais caro, atendendo a uma demanda gerada pelos trabalhadores em sua auto-avaliação de saúde, sem apresentar resultados em face das necessidades de saúde demandada pela população brasileira, quer nos sítios urbanos ou rurais.

Mendes (1996) ao comentar o declínio das ações campanhistas sanitária assevera que este declínio, somado ao crescimento da atenção médica da Previdência Social, possibilitou a ascensão, de modo hegemônico, do modelo assistencial médico-privatista.

De acordo com Campos (1991), apesar do crescimento e da garantia do acesso à saúde para a maioria dos trabalhadores e suas famílias, este ocorreu sem planejamento, de maneira desorganizada, obedecendo às leis de mercado e às pressões advindas do movimento sindical. Assim, foi criada, uma extensa rede de prestação de assistência médica individual, que tomava parte na manutenção da força de trabalho e no processo de reprodução, o que contribuía com a produção industrial.

Mendes (1999) refere que no chamado Período do Desenvolvimento (décadas de 50 e 60), foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social. Esta lei uniformizou os benefícios entre as diferentes categorias de trabalhadores, sendo então criado em 1963 o Estatuto do Trabalhador Rural.

Luz (1997) ao analisar o modelo curativista refere que este modelo desenvolveu-se dominando os serviços de previdência e assistência médica, obtendo resultados ineficazes. Com isso foram criados programas, serviços e campanhas para o atendimento às necessidades de saúde, que resultaram na dicotomia da saúde pública versus atenção médica individual.

Conforme relata Luz (1997), o período compreendido entre 1968 e 1974 é conhecido como o período do 'Milagre Brasileiro'. Neste período foi implementada uma estratégia de medicalização social sem precedentes na história do país. A saúde passa a ser vista como um bem de consumo médico, ao qual o governo respondeu com o financiamento de clínicas e hospitais privados, favorecendo o atendimento massificado, através da compra de serviços médicos. O ensino médico, sem atentar para realidade de saúde da população, estava voltado para as especialidades.

Autores como Mendes (1996) e Luz (1997), referem que com a implantação do Instituto Nacional da Previdência Social – INPS, em 1966, foi consolidado o modelo médico – assistencial - privatista, onde se privilegia a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada. Neste período é criado um complexo médico-industrial,

dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares, em detrimento da saúde pública.

Para Campos (1991), os anos 70 é o marco da crise do modelo de assistência adotado no país – crise financeira, política e de legitimidade, tendo em vista que o sistema privilegiava a quantidade de serviços prestados sem considerar a perda da qualidade e eficácia dos mesmos.

Programas e projetos passaram a ser o foco de atenção do governo na busca da reorganização do sistema. O sistema de cobertura levou ao aumento da oferta de serviços médico-hospitalares e a uma pressão por aumento nos gastos com saúde, consolidando o que havia sido instituído na década de 60, ou seja, a estratégia de expansão da oferta de serviços médicos por meio da contratação de serviços privados para atenção meramente curativa.

Mendes, (1996) relata que coincidindo com esta busca, nos anos 70 emergiu, internacionalmente, a proposta de atenção primária em saúde, surgindo então no país, os primeiros projetos-piloto de medicina comunitária.

Caldeira, (2001) esclarece que as conferências de Alma Ata, realizada em 1978; de Otawa em 1986 e a de Adelaide em 1988, foram marcos importantes e propulsores para a reorientação mundial dos serviços de saúde, segundo o paradigma da atenção e promoção à saúde, com enfoque holístico-ecológico, demonstrando que a saúde é fruto de processos sociais.

Brasil, (1996) e Caldeira, (2001) relatam que em Alma Ata, foi lançado o movimento “Saúde Para Todos no Ano 2000”. Esta conferência apontou a necessidade urgente de mudanças na atenção em saúde, devendo ser baseada em métodos e tecnologias práticas aceitáveis pela comunidade e com fundamento científico para o alcance da referida meta. Enfatizam também que a participação comunitária, a cooperação entre os diferentes setores da sociedade e os cuidados primários de saúde como seus fundamentos conceituais.

Carvalho, (1998) refere que no decorrer dos anos 70, a expansão da cobertura da assistência médica levou ao aumento da oferta de serviços médico-hospitalares e a uma pressão por aumento nos gastos com a saúde, consolidando o que havia sido instituído à década de 60, que era a estratégia de expansão da oferta de serviços médicos - hospitalares, por meio de contratação de serviços privados para atenção meramente curativa. No ano de 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS, como projeto modernizante e racionalizador, que teria como meta nova formatação institucional de políticas públicas. No entanto, este órgão teve suas ações condicionadas ou limitadas pela disponibilidade de recursos existentes, que estavam em queda – em 1976

correspondiam a 30% do orçamento da previdência social e, em 1982, já contava com perda de um terço do montante dos gastos com saúde.

Ainda segundo Carvalho (1998), nos anos 80, o INAMPS viveu o agravamento da crise financeira, necessitando enfrentá-la num contexto não apenas de extensão de benefícios, mas também de universalização progressiva dos direitos da comunidade no tocante à saúde e acesso aos serviços. Foram realizados convênios com instituições públicas de saúde e universidades, iniciando a integração da rede pública, culminando com a procura pelo serviço, tanto pela clientela segurada como pela não segurada – eram os primeiros passos para a universalização do acesso. Sob pressão da crise financeira, e também sob críticas ao caráter médico-hospitalocêntrico do sistema, foi necessário iniciar a reforma da saúde.

De acordo com Mendes (1999), surgiram espaços, tanto políticos quanto institucionais, para o crescimento contra-hegemônico da saúde, que buscassem atender às orientações da proposição de Alma Ata.

Programas foram criados, visando estender os cuidados básicos de saúde às populações menos assistidas, dentre eles, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS. Esta estrutura propunha a detecção precoce de doenças infecto-contagiosas e atendimento em níveis de complexidade, privilegiando ações de baixo custo e alta eficácia, além da participação comunitária.

Carvalho et al, (2001) e Brasil (1999) fazem menção a um outro programa, o de Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde – PREPS, que visava formar pessoal de nível médio e elementar, para apoiar o desenvolvimento de recursos humanos nas Secretarias Estaduais de Saúde. Ambos os programas propiciavam o aumento da oferta de serviços básicos, em especial à população do nordeste.

No início da década de 80, período da Nova República, o comprometimento com a reforma sanitária levou o comando do INAMPS a disseminar convênios com municípios para a implantação das Ações Integradas de Saúde – AIS, que se constituíram na principal arma para a mudança do sistema, provocando debates que levaram à prevalência da estratégia da descentralização de competências, recursos e gerência, relativos aos diversos programas setoriais existentes à época.

Após a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, disseminou-se um projeto democrático de Reforma Sanitária, dirigida à universalização do acesso, descentralização, regionalização e hierarquização da rede de serviços, além da participação da comunidade.

Estes movimentos propiciaram importantes discussões a respeito de controle social e, desde então, foi enfatizada a necessidade da participação da comunidade para o alcance dos objetivos traçados.

Noronha & Levicovtz, (1994) relatam que no ano de 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, que redefiniu as funções e atribuições das esferas gestoras do campo da saúde – União, Estados e Municípios, restringindo, ao nível federal, as funções de coordenação política, planejamento, supervisão, normalização e regulamentação do setor privado. Suas diretrizes assumiam universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, integralidade dos cuidados assistenciais, regionalização e integração dos serviços de saúde, descentralização das ações de saúde, implementação de distritos sanitários, desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

Em 03 de outubro de 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, foi instituído o Sistema Único de Saúde – SUS, tendo sua formatação final e regulamentação pelas Leis 8080/90 e 8142/90. Segundo a Constituição Federal, em seu artigo 2º, “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Deve, então, o Estado garantir que políticas públicas estabeleçam o acesso, já que em seu artigo 198 definiu que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. participação da comunidade (Brasil, 1998: 125).

A implementação deste modelo nacional de assistência à saúde, caracterizado pela descentralização e pela criação de novas formas de gestão, ocorreu nos anos 90, após a edição da Lei Orgânica da Saúde. Foi regulamentado pelas Normas Operacionais Básicas – NOB, cuja primeira edição se deu em 1991, seguida das edições NOB 93 e NOB 96.

Segundo Viana & Dal Poz, (1998) na época da promulgação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, o país vivia um período de desestabilização, com graves desajustes nas finanças públicas. Houve declínio do crescimento populacional e da taxa de fecundidade, levando a um novo perfil da sociedade brasileira, caracterizado pelo crescimento do grupo da

terceira idade. Este crescimento, no entanto, exigiu, da esfera governamental, maior alocação de recursos para o enfrentamento das diferentes necessidades de saúde desta população.

Com a promulgação desta lei, a municipalização passou a ser a nova forma de gerenciamento público. Municípios assumiram a gerência do sistema local de saúde e o papel de prestadores de serviços. Para Hortale (1997), a descentralização possibilitou maior autonomia local no uso de recursos e na implementação de políticas públicas.

Para este mesmo período, do ponto de vista epidemiológico, Viana & Dal Poz (1998) menciona uma transição entre alta prevalência de mortes por doenças infecto-contagiosas e o predomínio das doenças crônico-degenerativas, havendo aumento da morbidade. Esse fato exigiu novo tipo de atenção à saúde, visto que aumentou significativamente a demanda pelos serviços de saúde, tradicionalmente centrada no eixo hospitalar. Estava posta assim, a crise da saúde – múltiplos problemas que incidiram de forma contundente em sua demanda e oferta.

Mendes, (1999) relata que surge, neste contexto, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), que atendem a uma população adstrita a um determinado território.

Este mesmo autor considerando que o processo saúde-doença é socialmente definido salienta que se torna prioritário um amplo modelo de saúde, que considere o indivíduo como um todo, participante de uma família, uma comunidade e um grupo de trabalho; que o reconheça enquanto residente de um território vivo, pulsante, com constantes movimentos e que sofre a influência do meio político, econômico, cultural e epidemiológico.

2.2 – O Trabalho a Céu Aberto: trajeto para a reestruturação do modelo de assistência à saúde:

Vasconcelos, (1999) refere que, desde o ano de 1963, a saúde da família tem sido objeto de preocupação da Organização Mundial de Saúde – OMS, quando publicou o Informe Técnico Nº 257, no qual está expressa a preocupação com a superespecialização médica e os altos custos da medicina, contrapondo-se à queda na qualidade da relação médico-paciente.

Este mesmo autor relata também que, no Brasil, nesta mesma época, vivia-se o período da ditadura militar e, por isso, as propostas com origem no modelo americano eram rechaçadas pelos setores progressistas de profissionais da saúde. Os indicadores de saúde demonstravam o descompasso entre a assistência à saúde promovida no país e o crescimento da economia. Surgiram, então, profissionais de saúde que apresentavam suas experiências com movimentos sociais, isto é, profissionais com postura política contrária ao militarismo,

que passaram a divulgar e defender suas idéias, tanto em instituições públicas quanto nos meios de comunicação de massa, de tal forma que diferentes propostas de reorganização do sistema de saúde surgiram e foram submetidas a debate político.

Para Viana & Dal Poz (1998), a reforma do modelo de assistência pública à saúde, em 1988, introduziu mudanças substantivas no modo de operação do sistema com a criação do Sistema Único de Saúde. Porém, a implementação do SUS, iniciada na década de 90, esbarrou em problemas tais como financiamento das ações de saúde; definição de funções para os governos federal, estadual e municipal; articulação entre serviço público e privado, além da resistência do modelo biologicista de assistência à saúde.

Problemas como desajustes das finanças públicas e conseqüente decréscimo do gasto público com a saúde, apontam para,

Declínio de crescimento populacional e da taxa de fecundidade [...], crescimento decrescente das faixas de idade adulta, e taxas crescentes para o grupo da terceira idade, traçaram um novo perfil da população brasileira, que passou a exigir ações de maior custo, tendo em vista o predomínio das doenças crônico – degenerativas, além do aumento das causas externas de morbimortalidade, como homicídios, acidentes, etc (Viana & Dal Poz, 1998:14).

Viana & Dal Poz, (1998) considera que para responder às necessidades de saúde da população, fez-se necessário implementar ajustes na política de saúde, e, no Brasil, considera-se que as mudanças no modelo assistencial que vêm se operando dentro do SUS, por conta de dois novos programas – Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) - , estão provocando alterações tanto nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, quanto na forma de organização dos serviços. Desta forma, o PSF se constitui em uma estratégia de reforma fundamental no sistema de saúde no Brasil, tendo em vista que o programa aponta para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, no processo de descentralização.

Brasil (1999) menciona que experiências isoladas e focalizadas com agentes comunitários ou agentes de saúde, que se desenvolviam no Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará, que priorizavam atividades de prevenção, promoção e atenção à saúde, influenciaram a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS pelo Ministério da Saúde, sendo implantado em nível nacional, no ano de 1991. Desde então, o modelo de saúde deixou

de considerar o indivíduo como eixo principal de atenção e voltou-se para a família e comunidade.

Os modelos que antecederam ao PACS e PSF estavam calcados:

[...] nas antigas práticas de atenção primária, baseadas na adstrição de clientela e na estratégia de visitantes domiciliares que foram experimentados no Brasil nos anos 70-80, direcionando as atividades para clientes de alto risco para doenças infecto-contagiosas, diarreia e desnutrição. Estes modelos foram implantados em regiões pobres do Norte e Nordeste e nas favelas de grandes centros urbanos. Uma característica comum estava no impacto positivo e imediato sobre a mortalidade infantil, mas também na falta de recursos em situações que exigissem um pouco mais de complexidade tecnológica e de pessoal especializado (Carvalho, 1998: 87).

Brasil (1999) refere que o objetivo principal da criação do PACS foi reduzir a mortalidade infantil e materna, tendo sido estruturado de forma a servir como estratégia de transição para o Programa de Saúde da Família – PSF, cuja implantação iniciou-se em 1994.

Viana & Dal Poz, (1998) referem que este programa introduziu uma nova forma de intervenção nos problemas de saúde da população, agindo preventivamente sobre as suas necessidades de saúde. Sob um olhar diferenciado, incorporou as concepções de integração com a comunidade e um enfoque menos reducionista sobre saúde, não centrado apenas na intervenção médica. Estes elementos foram primordiais para a construção do PSF.

Ainda conforme estes autores o Programa de Saúde da Família¹¹ foi gestado entre 27 e 28 de dezembro de 1993, por ocasião da reunião convocada pelo Ministério da Saúde, cujo tema era Saúde da Família. Nesta reunião, tendo como referência o PACS nacional e seu sucesso, discutiu-se a necessidade da incorporação de outros profissionais à equipe. A exemplo do Ceará foi decidido que o enfermeiro assumiria a supervisão do ACS. Ao final da reunião, foi criada, na Fundação Nacional de Saúde – FNS, a Coordenação de Saúde da Comunidade – COSAC, que gerenciaria o Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários e o Programa de Interiorização do SUS. Estava assim instituída a proposta de criação do PSF, que passaria a ser instrumento de reorganização do SUS e da municipalização.

¹¹Apesar de conhecido em todo o país como Programa de Saúde da Família, o Ministério da Saúde adotou o nome de Estratégia Saúde da Família para referir-se ao PSF, pois há entendimento de que não se trata de um programa com data pré-determinada para expirar, mas sim, de uma estratégia de ação para a inversão do modelo assistencial.

De acordo com Vasconcelos (1999), o PSF atenderia, antes de tudo, aos brasileiros (32 milhões de pessoas) incluídos no mapa da fome do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas – IPEA, pois estavam expostos a maior risco de adoecer e morrer, sendo que em sua maior parte não tinham acesso permanente aos serviços de saúde.

Este mesmo autor refere que o PSF foi considerado um programa que contribuiria para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, promoveria atenção primária de boa qualidade, com participação da comunidade na construção de um novo setor de saúde. Direcionado aos pobres e aos com mais riscos de adoecer e morrer, e voltado para a atenção primária, o PSF, que incorporou os Agentes Comunitários de Saúde do PACS, foi criado no país como estratégia de consolidação do SUS.

Segundo Brasil (1999), imprimiu-se, desta forma, outra dinâmica de atuação às unidades de saúde, redefinindo responsabilidades entre os serviços e a população. Seus profissionais (de nível superior, médio e do ensino fundamental) foram capacitados para uma abordagem humanizada da clientela; configurou-se a necessidade de melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, fazer vínculo com a população adstrita à unidade básica de saúde, definir área de atuação e conhecer seu perfil epidemiológico; criar, fortalecer e incentivar a participação do Conselho Municipal e Conselhos Locais de saúde na tomada de decisão, bem como prestar assistência domiciliar.

Vasconcelos (1999) teve o cuidado de citar que este modelo não foi criado para atender populações rurais e pobres do país, com tecnologia simplificada, mas que se trata: “[..]de um alargamento da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população, especialmente de seus grupos mais vulneráveis”. Vasconcelos (1999:174).

Neste sentido Mendes (1996) também defende a qualidade da atenção primária à saúde quando afirma que:

[...] é preciso questionar a idéia de que a atenção primária é de baixa complexidade tecnológica. Ao contrário exige conhecimentos, habilidades e práticas de alta complexidade porque inscritas em distintos campos como o da antropologia, da psicologia social, da sociologia, da economia, da medicina, da comunicação social, da educação, etc. (Mendes, 1996:267).

Santi (2000) relata que Dawson, na década de 20 já propunha serviços para as famílias de uma região específica, baseados em centros primários de saúde que oferecessem serviços de medicina curativa e preventiva, a cargo de médico generalista e serviço de enfermagem.

Tais centros deveriam ser de diferentes tamanhos e níveis de complexidade, conforme a necessidade ou localização – urbana ou rural. Ressaltava que seria necessário um serviço secundário para apoiar os centros de atendimento primário.

A operacionalização da estratégia Saúde da Família, alicerçada nos princípios básicos do Sistema Único de Saúde - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, estruturou-se a partir de uma Unidade de Saúde da Família – USF¹², assumindo a responsabilidade pela comunidade adstrita. Suas ações possibilitam prestar atenção integral à saúde, intervir nos fatores de risco, estabelecer parcerias e considerar o espaço social e o meio ambiente da família como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde. Para Viana & Dal Poz (1998), a equipe que atua em Saúde da Família tem assim uma compreensão mais abrangente do processo saúde-doença.

Segundo o Ministério da Saúde (2001), a USF atua com base nos seguintes princípios:

Caráter substitutivo: não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde;

Integralidade e Hierarquização: a Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e sejam asseguradas a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerida maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica.

Territorialização e adscrição da clientela: trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adstrita a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4.500 pessoas.

Equipe multiprofissional: a equipe de Saúde da Família é composta, minimamente, por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe - numa

¹²A Unidade de Saúde da Família é uma unidade de saúde vinculada à rede de serviços do município e responsável pelo atendimento da população a ela adstrita. Esta população deve ser determinada pela territorialização da área de abrangência da unidade. Pode ter uma ou mais equipes de PSF, de acordo com o número de habitantes da região coberta.

proporção média de um agente para 550 pessoas acompanhadas. Outros profissionais poderão ser incorporados nas Unidades de Saúde da Família ou em equipes de supervisão, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. Ministério da Saúde (2001).

O financiamento das Equipes de Saúde da Família tem sido garantido pelo Piso de Atenção Básica – PAB, criado com a edição da NOB 01/96, que modifica a lógica de pagamento por produção de serviços, para o pagamento pela cobertura populacional, o que se constitui em instrumento de consolidação do programa, mudando a lógica da quantidade para a da qualidade. O PAB contempla uma parte fixa, “per capita” mês e uma parte variável, adicionada aos recursos de fontes estaduais e municipais. Para equipes de PSF, os pagamentos variam de acordo com o percentual de cobertura, ou seja, os municípios recebem valores diferenciados, proporcionais ao número de pessoas cobertas pelo programa.

O conjunto de dados gerados pelas equipes de PSF e de PACS alimenta o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, que agrega e processa todos os dados sobre a população de abrangência da USF. Constitui-se em importante instrumento de gerência, visto que contém dados e informações necessárias à avaliação das condições de saúde da clientela atendida pelas equipes. É considerado um dos mais importantes instrumentos que possibilitam o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde empreendidas.

Os dados gerados dizem respeito à realidade de vida da família em seu ambiente sócio-cultural e profissional; informam acerca de sua composição e permitem estabelecer, pessoa a pessoa, como ocorre o processo saúde-doença.

D’Aguiar, (2001) refere que no início da década de 60, foram criadas nos Estados Unidos da América – EUA, país precursor da medicina de família, estratégias que permitiram o acesso a serviços de saúde pública por parte de idosos e indivíduos de baixa renda. Estes constituíam parte da população excluída dos serviços médicos particulares, hegemônicos no setor saúde. Apenas no ano de 1969, a medicina de família foi reconhecida pela Associação Médica Americana, devendo o médico de família ser o elo entre o paciente e os demais níveis do sistema de saúde, assumindo a responsabilidade pela orientação e assistência necessária.

Vasconcelos, (1999) relata que somente na década de 70, sob os auspícios da OMS, o movimento Médico de Família difundiu-se para países da América Latina, Europa e também Canadá, num movimento contrário à crescente hospitalização, ao rápido desenvolvimento das especialidades e subespecialidades e à alta complexidade tecnológica. Na América Latina,

contando com apoio da Fundação Kellogg, a OMS promoveu a discussão em torno do tema, tendo como objetivo maior, a divulgação da proposta nas universidades, com o intuito de incentivar a discussão a respeito da formação médica.

O Brasil, antes mesmo da realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, já experimentava em serviços e programas nacionais ou locais a incorporação de auxiliares da própria comunidade nas atividades de assistência a indivíduos, grupos humanos e famílias. Essa Conferência recomendava aos países participantes a organização da atenção primária com participação comunitária.

Pires (1988) e Scliar (2002) dão ênfase que a rigor, na história do processo de apropriação do saber e das práticas do campo da saúde pelas profissões institucionalizadas - notadamente a enfermagem e medicina - verificou-se que nas sociedades primitivas e de povos indígenas no Brasil, antes da colonização, a ação de saúde era exercida por um sujeito específico que desenvolvia um trabalho de característica geral - sacerdote, feiticeiro e pajé - elemento da comunidade responsável pelo diagnóstico, decisão do tratamento e preparação dos medicamentos. Esses sujeitos têm sido considerados como os primeiros técnicos/profissionais de saúde do Brasil e os primeiros agentes de saúde/agentes comunitários.

Pires (1988) menciona que com o processo de colonização, as ações em saúde ganham novos atores na sua execução: algebristas, anatômicos, barbeiros, boticários, cirurgiões, cirurgiões-barbeiros, curandeiros, curiosos, entendidos físicos, e outros.

Segundo refere este mesmo autor, praticamente inexistia, até 1920, no Brasil uma instituição que se responsabilizasse por normatizar ou definir de uma política de saúde para o país.

Rosen (1979) constata que o primeiro esforço de planejar e programar uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde nas primeiras décadas deste século é inspirado no modelo americano dos chamados Centros Comunitários de Saúde. Estrutura-se nesse período um projeto cujo objetivo é a unificação das ações sanitárias em unidades locais.

Assim os Centros de Saúde deveriam unificar e coordenar as iniciativas e práticas sanitárias fundamentais, com base numa região geográfica e populacional bem delimitada. O pressuposto básico para o sucesso do projeto dependia da confiança que a comunidade depositasse no serviço.

Neste contexto, definiu-se o Centro de Saúde como um local primordial de influência e melhoria social, revelando a sua preocupação política com as questões preventivas e educativas.

Para lograr uma melhoria no nível de saúde da população não cabiam mais apenas ações sanitárias de combate aos vetores, como acontecia nas campanhas sanitárias (caçando ratos e combatendo mosquitos). Era necessário considerar as ‘resistências culturais’ e as ‘influências nocivas’ advindas dos comportamentos, atitudes e costumes arraigados (Rosen, 1979, p. 378).

Em torno dessa concepção, surgia um campo enorme de intervenção e preocupação com o sujeito e sua comunidade. Outro componente bem característico desta proposição de organização sanitária era a presença da enfermeira-visitadora, considerado elemento nuclear e fundamental para este trabalho sanitário.

Esta estratégia de assistência, a visita domiciliar, era praticada desde a primeira década do século XX pelo modelo campanhista, sendo utilizada tanto para campanhas, como para saneamento e saúde.

Dentre os modelos de expansão e ampliação do atendimento em saúde, o adotado pelo SESP¹³, é indicado como referencial importante.

Em 1942, a Fundação Rockefeller, representando o governo americano, assina com o Brasil um convênio com o objetivo de sanear regiões de extração de matéria-prima estratégica para os Estados Unidos da América – EUA durante a guerra.¹⁴

No final dos anos 40, o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP começa expandir suas atividades em alguns estados brasileiros como a Bahia, Pernambuco e Paraíba, dando início a um movimento de fusão e fortalecimento de seu modelo de atendimento, concentrado nas regiões Norte e Nordeste do país, local de implantação da maioria das unidades sanitárias preconizadas por este modelo.

Desde o início sua atuação, o SESP defende uma prática abrangente, conjugando a medicina preventiva e curativa, definindo dessa forma uma proposta mais avançada, contraponto e crítica ao modelo dos Centros de Saúde. A proposta objetivava alcançar todos os profissionais da unidade sanitária, na efetivação de práticas educativas, dentre esses profissionais, o médico que recebia o paciente para exame deveria ser o que iniciaria o processo de educação.

¹³ O SESP, que existiu de 1942-1960, transformou-se em FSESP, de 1960 a 1990, tendo sido, com a reforma administrativa empreendida pelo governo Collor, extinta. Desde então, integra junto com a Superintendência Nacional de Campanha (SUCAM), um novo órgão denominado Fundação Nacional de Saúde, com sede em Brasília, responsável pelas questões de saneamento, epidemias e endemias, saúde indígena (Silva, 2001).

¹⁴ A Amazônia e o Vale do Rio Doce, por apresentarem altas taxas de malária e febre amarela, foram escolhidos para implantação inicial desses serviços médicos sanitários (Bodstein e Fonseca, 1989).

Bodstein & Fonseca, (1989) salientam que nos serviços do SESP, a enfermeira dividia as funções educativas com a visitadora sanitária e o auxiliar de saneamento. Às enfermeiras competia a supervisão e a orientação do trabalho das visitadoras. Seu papel como elemento de integração entre a comunidade e o serviço foi constantemente ressaltado.

Por sua vez, cabia a visitadora sanitária, uma relação mais próxima com as famílias da região onde trabalhava, exigindo funções que se tornavam mais complexas dependendo da unidade onde estivesse inserida.

Identifica-se no trabalho conjunto da enfermeira-visitadora, da visitadora sanitária e do auxiliar de saneamento; no que diz respeito a integração entre a comunidade e o serviço, características de trabalho comunitário dentro de uma pequena localidade, com enfoque sobre a família, comunidade e não apenas sobre o indivíduo. Essas características assemelham-se ao que é preconizado pelo PSF, bem como a atuação dos agentes comunitários de saúde, ainda que apoiadas por concepções de processos de saúde e doença distintas.

Tal concepção presente no modelo preconizado pelo SESP aborda a saúde como uma questão de bons hábitos higiênicos individuais ou de pequenos grupos, enquanto que o conceito ampliado de saúde, cujo enfoque esta integralidade da atenção e no fortalecimento das ações intersetoriais, coloca em prática novas estratégias para a promoção da saúde, princípios fundamentais para a efetivação do PACS e PSF.

Os princípios que norteavam o SESP, bem como suas diretrizes, com certeza colaboraram para o nascimento de uma concepção e prática em saúde pública no país, cuja influência e importância é notória na atualidade.

A análise documental não deixa dúvidas que a FSESP funcionou como um 'laboratório', foi pioneira na criação de modelos para as propostas de ampliação de cobertura para populações específicas, de práticas, de diretrizes e princípios que, hoje, se colocam no PACS e no PSF. Isto permitiu que se construísse experiência e que se avançasse no conhecimento (Silva e Dalmaso, 2002, p.26).

A similitude do trabalho realizado pelo SESP com os princípios e diretrizes hoje defendidas pelo PACS e PSF, no que se refere a experiência com modelos de oferta organizada de serviços na unidade de saúde, no domicílio e na comunidade, a abordagem integral da família, a unidade de saúde indo à população, a adstrição de clientela, o enfoque intersetorial e a educação sanitária, realçam a importância deste serviço como mola-mestra das ações ensejadas pela saúde pública.

Silva e Dalmaso (2002) referem que na década de 70, após a eleição direta de prefeitos em cidades que não eram representativas, nem municípios estratégicos, ocorreram iniciativas locais que demandavam soluções sociais que se configuravam como urgência e emergência, sendo a área da saúde uma das que se conformavam como prioritárias.

Municípios na localidade de Minas Gerais, Paraná e São Paulo, tomam a iniciativa de implantar projetos fundamentados nos princípios da atenção primária em saúde, incluindo dentre os profissionais o agente de saúde, evidenciando, assim, similitudes de ações identificadas na atualidade, como as mesmas atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde.

Na primeira metade da década de 1970, mais precisamente nos anos de 1971 e 1975, dois programas se constituem como experiências de construção coletiva, traduzindo-se como modelos de organização de serviços construídos de forma integrada, original e singular. O primeiro, originado em 1971 é o programa de saúde do Centro Executivo Regional do Vale do Jequitinhonha, em Diamantina, o segundo, instituído em 1975 é denominado de Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, em Montes Claros Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, em Montes Claros.¹⁵

Nestes programas previa-se uma estrutura hierarquizada, estando os serviços estruturados e distribuídos em quatro níveis: domiciliar, local, de área programática e de região. No mais simples estavam incluídos os domicílios, com ações de caráter preventivo, realizados pelos auxiliares de saúde através de visitas domiciliares e as ações curativas, realizadas por profissionais que pertenciam ao sistema oficial.

A idéia central do projeto embasava-se na construção coletiva de um modelo de organização de serviços, que fortalecesse a autonomia do nível local. Com a introdução de práticas que inovavam o planejamento e a gestão, objetivava-se transformar as relações no interior da equipe de saúde, incluindo práticas pedagógicas, que valorizasse a participação cidadã da comunidade e do corpo técnico envolvidos nesses programas, visando à superação de todas as estruturas conformadas.

Do agente de saúde, elemento-chave do programa proposto esperava-se bem mais do que foi atribuído aos médicos rurais ou ajudantes sanitários da China.

Mesmo selecionados entre moradores da comunidade, com o objetivo de atuarem como agentes da participação popular nas decisões voltadas para alterações das relações do

¹⁵ No desenvolvimento desses programas havia, de um lado, as agências internacionais de saúde como a OPS, e de financiamento, como a Fundação Rockefeller, a Fundação Ford, o Banco Mundial e a Fundação Kellogg; e de outro, profissionais e intelectuais, dos Departamentos de Medicina Preventiva das Faculdades de Medicina.

poder local, esses agentes de saúde não conseguiram coordenar uma efetiva mobilização e conscientização da população, mesmo com a organização das demandas concretas do setor saúde tenham sido claramente definidos enquanto missão institucional do projeto.

Escorel, (1995) reconhece que Montes Claros significou uma experiência política. Não foi modelo de gestão, ainda que tivessem sido colocadas em prática algumas alternativas nesse campo. O projeto também não ficou conhecido como modelo de assistência, pois pouco impactou os indicadores de saúde. No entanto, trouxe novidades em termos de sua organização e funcionamento como os conselhos deliberativos, a equipe centrada no auxiliar de saúde, o diagnóstico concebido em bases e critérios sócio-econômicos.

Mesmo com os problemas e dificuldades enfrentados o Projeto Montes Claros, tornou-se o principal modelo a nível nacional da primeira experiência de extensão de serviços de medicina simplificada para a zona rural já levada à prática no país.

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS foi instituído inicialmente para a região Nordeste do país, alcançando o período 1976-79, objetivando a estruturação de unidades de saúde pública em comunidades de até 20 mil habitantes, com utilização ampla de pessoal de nível auxiliar recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas, para a execução de um conjunto de práticas sanitárias relacionadas ao meio ambiente e domiciliar e à atenção individual.

Brasil (1976) refere que para dar suporte à formação de recursos humanos requeridos pela nova política de atuação na área, voltada para a extensão de cobertura conforme necessidades e possibilidades de diferentes áreas do país foi criado, em 1975, pelo acordo de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde – MS e a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal – PPREPS, que ficou incumbido da preparação em larga escala, de pessoal de saúde de nível médio e elementar.

O modelo construído através dos três projetos institucionais (PLUS,¹⁶ Projeto Montes Claros e PIASS) caracterizou-se como um modelo regionalizado, e hierarquizado em quatro níveis assistenciais, com definição de porta de entrada para o sistema. Suas principais diretrizes eram: a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e ampla participação comunitária. A nosso ver, essas diretrizes e esse modelo continuava a orientar todas as propostas que o

¹⁶ O PLUS – Plano de Localização de Unidades de Serviço, elaborado a partir de 1975 no interior do então INPS foi desenvolvido a partir de um convênio com o IPEA entre 1976 e março de 1979 e teve como produtos os planos de saúde para sete regiões metropolitanas e todo o estado da Paraíba (ESCOREL, 1987).

movimento sanitário elaborou para o PREV Saúde, na VIII Conferência Nacional de Saúde e na Reforma Sanitária. (Escorel, 1987, p. 48).

O PIASS acabou por se expandir para todo o país e, em sua área de abrangência, foi incluído o Programa de Expansão de Serviços Básicos de Saúde e Saneamento, numa área rural, no Vale do Ribeira, São Paulo, ficando conhecido nacionalmente como Projeto DEVALE. Dentre outras estratégias, o projeto previa a extensão de atividades de assistência primária à população residente na periferia dos centros urbanos e na zona rural, mediante a instalação de postos de saúde operados por agentes, recrutados na própria comunidade.

Silva e Dalmaso (2002) identificam três componentes principais que deveriam integrar o conjunto de práticas do agente de saúde: o primeiro, mais teórico, relacionado ao desenvolvimento de atividades individuais, de atendimento a queixas ou problemas; o segundo relacionado às atividades comunitárias e o terceiro referente ao modo como deveria ser desenvolvido o conjunto de atividades previstas nos dois componentes anteriores.

A proposta de ação para o agente de saúde incluía a execução de curativos, vacinas, diagnósticos e tratamentos de doenças mais encontradas, atendimento à criança e à gestante, encaminhamentos, primeiros socorros, adoção de uma visão global do indivíduo e seu papel na comunidade, condições gerais de vida da população e a organização da comunidade para lutar pela saúde.

Os agentes de saúde, além de terem sido indicados a partir de critérios estabelecidos pela comunidade, selecionados e recrutados nas localidades, apresentavam alguns traços comuns: já haviam desempenhado anteriormente funções similares àquelas esperadas e/ou já desenvolviam alguma ação comunitária nas igrejas, clubes de mães e de jovens, nas escolas comunitárias e nas associações civis, voluntárias e informais.

Para Silva (2001), o agente de saúde do projeto DEVALE por não dispor, na maioria das vezes, dos instrumentos básicos para o desenvolvimento das atividades para as quais estava sendo capacitado e por não encontrar espaço para discutir sobre o trabalho nas condições mais próximas onde este se desenvolvia, dificilmente poderia reproduzir as propostas que originaram o projeto e que nortearam o seu treinamento. Por esses motivos, o esforço que fazia para manter o padrão de trabalho implicava, freqüentemente, em um enorme desgaste profissional.

Numa tentativa de síntese dos projetos apresentados, destaca-se: o SESP teve origem num contexto de esforço de guerra e incorporou o visitador sanitário, recrutado dentre as

peças do município, que demonstravam interesse e possuíam segundo grau completo, para exercer atividades em visitas domiciliares e na comunidade.

Por outro lado, identifica-se no Brasil, por iniciativa de organizações religiosas, católicas e algumas outras relacionadas a instituições acadêmicas e organizações não-governamentais, propostas de formação e utilização de agentes comunitários de saúde, como força de trabalho transformadora das relações entre profissionais e classes populares.

David (2001) descreve a experiência de educação popular pela formação de agentes comunitários de saúde, a partir de 1979, patrocinada por uma ordem religiosa católica feminina, ocorrida no município de Petrópolis, Rio de Janeiro.¹⁷ Com a criação e desenvolvimento da Pastoral da Criança, em 1983, e a atuação de seus voluntários, realizando visitas domiciliares a famílias carentes no Brasil, uma grande e vigorosa rede de solidariedade que une fé e vida foi criada. A Pastoral atua hoje em todos os estados, envolvem 230 mil voluntários, 92% mulheres, a maioria muito pobre. A cada mês, acompanha 1,7 milhões de menores de seis anos, o equivalente a 17,8% de crianças excluídas do Brasil. Além disto, são atendidas 80 mil gestantes e 32 mil idosos pobres (Prêmio faz Diferença, 2003, p.6).

A Pastoral atua em cinco frentes: cuidados com a gestante, aleitamento materno, vigilância nutricional, soro caseiro e vacinação. Os voluntários plantam hortas comunitárias, fazem programas de rádio e orientam as famílias.

Enquanto alguns ensinam como melhorar a nutrição para aproveitamento adequado dos alimentos regionais e alternativos, como farelos e folhas verdes, outros ensinam o soro caseiro para combater a desidratação provocada por diarreias, programam a utilização de plantas medicinais, cuidam de gestantes, incentivam o aleitamento materno, promovem o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil.

Os voluntários se dividem, ainda, em outras atividades, como nos projetos de geração de renda, alfabetização de jovens e adultos, além de colaborarem com outras ações complementares.

A Pastoral da Criança e outras afins têm disseminado um modelo de ação em saúde no Brasil, geradora de vínculos de agentes de saúde com famílias carentes, a partir das quais algumas ações básicas de saúde são desenvolvidas.

¹⁷ Por volta de 1984, a prefeitura, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, passou a apoiar a formação dos agentes dessa ordem religiosa. Mais detalhes em (David, 2001).

No entanto, esses agentes comparados aos atuais agentes comunitários de saúde, agem movidos pela força da fé e da religião, realizam trabalho voluntário e sem remuneração, cuidam de problemas sociais, financeiros, morais e até comportamentais das famílias e o trabalho que desenvolvem não é gerenciado, supervisionado e avaliado pelo sistema oficial de saúde, embora o influencie e seja por ele influenciado, sendo que em alguns lugares o agente comunitário de saúde, atual, trabalha em conjunto com a Pastoral da Criança, da Igreja Católica. Essas ações são fundamentadas no pensamento religioso,

Nos anos 70, este tipo de ação molecular, intensamente desenvolvido nos diversos espaços da ação pastoral – da Terra, Operária, da Saúde – teve consistente participação de profissionais de saúde – saúde pública e comunitária. À reflexão teológica soma-se a reflexão quanto à possibilidade de construção de novas alternativas e formas de oferecer atenção à saúde à população. A opção pelos pobres também começa ocorrer no âmbito das práticas em saúde pública e, a nosso ver, nem sempre o pensar religioso, na perspectiva da Teologia da Libertação, encontrou-se separado do pensar técnico em saúde, sobretudo no campo das ações educativas em saúde (DAVID, 2001, p. 219).

2.3 – Legitimação do Trabalho a céu aberto: O ACS do Ceará, modelo para a implementação do PACS no Brasil

No Ceará, a vontade de incorporar agentes de saúde havia sido expressa desde 1987, no Plano de Governo. A idéia ganhou força e teve sua operacionalização acelerada a partir da conjuntura local de emergência, envolvendo problemas com a seca de grande extensão e a conseqüente necessidade de abertura de frentes de trabalho para a população de diferentes regiões, como declarado pelo ex-secretário de Saúde daquele estado, Dr. Carlyle Lavor:

[...] surgiu uma seca no Ceará e houve a necessidade de empregar as pessoas que estavam sem emprego e passando fome. Então sugerimos a idéia de empregar mulheres. Sempre nas emergências se empregam os homens, mas há muitas mulheres que não têm marido, que são as donas da casa. Então sugerimos empregar 6 mil mulheres, que era o cálculo que a gente tinha feito de agentes de saúde necessários para o estado. Foram selecionadas 6 mil mulheres dentre aquelas mais pobres do estado, que eram escolhidas por um comitê formado por trabalhadores, igreja, representantes do estado e município. A gente definiu coisas muito simples e que eram muito importantes para a saúde, como conseguir vacinar todos os

meninos, achar todas as gestantes e levar para o médico, ensinar a usar o soro oral. Assim, dentro de quatro meses, treinamos 6 mil mulheres sem nenhuma qualificação profissional. E o mais importante é que fossem pessoas que a comunidade reconhecia, mulheres que merecessem o respeito da comunidade. Assim foi o início do trabalho. Cessou o programa de emergência de atendimento à seca que tinha 200 mil trabalhadores. Mas essas mulheres da saúde foram as únicas que continuaram a trabalhar, porque o sucesso foi grande demais. (NOGUEIRA, SILVA & RAMOS, 2000, p.4).

As mulheres, após capacitação por um período inicial de 60 dias, sob supervisão municipal e ênfase especial na formação para a educação e promoção da participação comunitária, passavam a atuar desenvolvendo ações básicas de saúde.

As atividades principais previstas para os agentes envolviam: visitar regularmente (pelo menos uma vez por mês) as famílias da área e, com maior intensidade, as que têm crianças menores de 2 anos e gestantes, para ensinar conhecimentos úteis, incluindo nutricionais, fornecer medicamentos antitérmicos, executar curativos de feridas; pesagens periódicas das crianças menores de 2 anos (com acompanhamento na curva de crescimento) e medição do perímetro braquial das gestantes. Haveria o acompanhamento de 50-100 famílias nas áreas rurais e 150-250 nas áreas urbanas por agente, para prevenção e atenção precoce de agravos.

As atividades mais amplas de atendimento às necessidades impostas pela seca, previstas no programa de governo, foram sendo desmontadas com o fim do período mais crítico. O Programa de Agentes de Saúde, no entanto, foi mantido, com indicação de sua expansão, sendo, a partir de então, financiado com recursos do Tesouro do Estado.

A idéia vigente era que o governo do Estado asseguraria o pagamento de parte do programa referente à remuneração dos agentes. Este aconteceria de forma direta, em uma primeira fase, sucessivamente haveria a responsabilidade de Associações Comunitárias locais no gerenciamento e acompanhamento financeiro do Programa.

Quanto à abrangência, a implementação aconteceria, em cada município, de maneira a cobrir inteiramente a população, haveria uma expansão gradativa para todos os municípios do Estado, empregando em áreas posicionadas dentre as mais pobres do Estado, um número relevante de mulheres que assim melhorariam a sua condição social e possivelmente, estimulariam um posicionamento mais ativo de outras mulheres na sociedade.

É assim que se inicia o Programa de Agentes de Saúde do Ceará em 45 municípios do interior, entre setembro de 1988 e julho de 1989. O objetivo geral do programa evidencia a melhoria da capacidade da comunidade de cuidar da própria saúde atendendo às necessidades de toda a população, empregando um número expressivo de mulheres, que com outros integrantes locais executantes de ações de saúde, deveriam implementar ações prioritariamente voltadas para a redução do risco de morte ligado ao parto, para a mãe e a criança.

Minayo, D' Elia e Svitone (1990) destacam vários pontos positivos alcançados pela presença dos agentes de saúde nas comunidades, tais como: ampliação do acesso das pessoas aos serviços de saúde, melhoria de determinados indicadores como cobertura vacinal, controle do câncer cérvico-uterino, redução de doenças que podem ser prevenidas por imunização, queda da mortalidade infantil por diarreia e outros vinculados à qualidade do trabalho.

Baseando-se no sucesso dessa experiência, o MS resolve lançar em 1991, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde – PNACS¹⁸, inicialmente para a região Nordeste do Brasil, e, numa segunda fase, abrangendo parte da região Norte, visando o combate emergencial de uma epidemia de cólera.

Brasil (1991 e 1993) informa que o PACS apresenta como objetivo geral melhorar através dos agentes comunitários, a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, e contribuir para a construção e consolidação de sistemas locais de saúde.

O PACS surge para contribuir na redução dos altos índices de morbidade e mortalidade infantil e materna, encontrados nas regiões Nordeste e Norte do Brasil, através da implementação de ações no primeiro nível de atenção. Na concepção inicial presente no projeto e depois abandonada, os agentes deveriam ser incluídos em um processo contínuo de habilitação como auxiliares de enfermagem comunitária.

Essa idéia de formação de auxiliar de enfermagem comunitário foi deixada para trás, em função de um posicionamento contrário demonstrado pelas entidades de representação da enfermagem, que emitiu pareceres e resoluções, no sentido de delimitar claramente o perfil de atribuições do agente, afastando a possibilidade de conflitos de competência e de exercício concomitante de atividades afins e comuns às profissões da área de enfermagem.

A Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN, alegava ainda que havia um paradoxo existente na criação de um novo tipo de trabalhador, sem a devida formação e

¹⁸ Em 1992, o PNACS passou a chamar-se PACS, perdendo o vocábulo nacional.

reconhecimento, numa conjuntura de política de desenvolvimento de recursos humanos que preconizava a qualificação formal do atendente de enfermagem como auxiliar.

Tomando como referência a experiência do Ceará, algumas definições foram tomadas em relação à seleção dos agentes: a idade mínima de 18 anos, compromisso de conclusão do primeiro grau, embora apenas se exigisse a capacidade de leitura e escrita, residir por mais de dois anos na comunidade e disponibilidade para trabalhar oito horas diárias.

As atribuições exigidas aos ACS eram: cadastrar os membros de cada família em sua micro-área de atuação, levantar informações sobre condições locais de saúde e saneamento e participar do respectivo diagnóstico feito pela equipe do programa, mapear e identificar fatores e áreas de risco à saúde, realizar visitas domiciliares, mantendo a vigilância sobre as condições de saúde das famílias, com especial atenção para gestantes e crianças, realizar atividades coletivas nas comunidades, incluindo reuniões com mães e grupos de portadores de uma dada patologia, discussão do diagnóstico de saúde da comunidade com planejamento comum e realização de ações intersetoriais, que contribuíssem para a melhoria da qualidade de vida e defesa solidária dos direitos de cidadania. Assim, *“este programa já estava pautado em princípios indutores da mudança de modelo, ou seja, provocava a vinculação dos indivíduos e famílias com as unidades básicas de saúde”* (SOUZA, 2000, p.7).

O ACS neste contexto representa, o elo entre a comunidade e as unidades de saúde, objetivando a formação do vínculo.

Ainda assim, as unidades de saúde atuavam na lógica tradicional do atendimento curativo, individualizado, esporádico, voltado para a doença e sem o estabelecimento de vínculo com a comunidade. Dessa forma, a idéia do agente enquanto elo entre a comunidade e o serviço não se firmava na prática, pois, de um lado, atuava o PACS, que se fortalecia a cada dia e pleno de potencialidades, e de outro, a rede de unidades básicas de saúde, desorganizadas, sucateadas e despreparadas para atuar com vínculos de responsabilidade em sua área de abrangência.

No período de setembro a novembro de 1994, realizou-se uma avaliação qualitativa do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, em 12 municípios de oito estados do Nordeste, excetuando-se o Ceará. Dentre os principais aspectos positivos, foi destacado o reconhecimento dos usuários pelo trabalho do ACS. Assim, 81,4% das famílias entrevistadas não aceitaram a idéia de extinção do programa.

Foi verificado ainda um impacto estatisticamente significativo dos indicadores usados (terapia vacinal, terapia de reidratação oral, exames pré-natal, tratamento de água para beber)

entre a população coberta e não coberta pelo PACS. Em vários estados, em média 87.9% da população conheciam o ACS, inclusive pelo nome, e sabia como localizá-lo facilmente, um alto percentual das famílias entrevistadas foi visitado no mês anterior à pesquisa.

Segundo Brasil (1999) por parte dos usuários, houve um alto percentual de respostas positivas (73,6%) em relação aos encaminhamentos dos pacientes referidos pelos ACS aos serviços de saúde. Nessa ocasião, o programa já se encontrava implantado em 987 municípios do país, de 17 estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e incluía um total de 33.488 agentes.

Na medida que o PACS se fortalecia nos municípios, demonstrando resultados concretos nos indicadores de mortalidade infantil e sendo bem avaliado pela própria população, as contradições cresciam e passaram a pressionar as unidades básicas de saúde. É importante citar que, além do impacto nos indicadores, o PACS trazia contribuições importantes para a organização dos sistemas locais através de uma expressiva interiorização de profissionais enfermeiros e do estímulo à criação dos conselhos municipais de saúde (SOUZA, 2000, p. 7).

É neste contexto que o MS oficializa, no início de 1994, o PSF, estratégia apontada para reorganização da atenção básica, na ótica da vigilância à saúde, direcionada para a construção de um modelo que representa uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida. O PSF valoriza os princípios constitucionais da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações.

Brasil (1994) baseia-se na definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e população, com o estabelecimento de uma nova relação entre os profissionais e a comunidade e de uma nova concepção de trabalho, centrada na equipe interdisciplinar que tem nas famílias seu compromisso social básico. Preconiza o fortalecimento de ações intersetoriais, com participação da comunidade dentro de um território, sendo responsável permanente por um número de famílias delimitadas em uma área geográfica.

Com a operacionalização da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 01/96 e o Piso de Atenção Básica – PAB, a expansão do PSF é estimulada, introduzindo-se a modalidade de pagamento per capita, com transferência regular e automática de recursos federais para os fundos de saúde dos municípios, habilitados em uma das condições de gestão previstas na referida norma, gerando maior autonomia para o gestor prover a atenção à saúde de sua população. O PAB tem em sua composição uma parte fixa e

uma variável destinada aos incentivos voltados a programas, estratégias ou ações prioritárias para o processo de reorganização da atenção básica, como o PACS/PFS.¹⁵

Brasil (1991 e 1993) refere que segundo requisitos definidos pelo MS, o agente deve morar nas respectivas áreas de atuação no mínimo há dois anos, possuir idade mínima de dezoito anos, saber ler e escrever e ter disponibilidade para trabalhar em regime de tempo integral. Deve estar vinculado a uma unidade de saúde tradicional ou de saúde da família, integrando as equipes básicas, compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro a seis agentes, para o atendimento de uma população adstrita, de no máximo quatro mil habitantes, cobrindo de seiscentas a mil famílias.

O MS, em 1997, reconhece que o PACS e o PSF são importantes estratégias para o aprimoramento e consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar. Essas estratégias são priorizadas no Plano de Ações e Metas, bem como estimula a expansão desses programas. O documento, ao definir as responsabilidades de cada nível de governo, estabelece as normas e diretrizes operacionais do PACS e PSF, relacionando trinta e três atribuições básicas para os agentes executarem em suas áreas territoriais de abrangência.

¹⁶

Brasil (2002) ao regulamentar a Lei 10.507, cria a profissão de agente comunitário de saúde, como membro integrante das equipes do PACS e do PSF; esses profissionais são encarregados por esta lei, para realizar atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas, nos domicílios e coletividades, em conformidade com os princípios do SUS.

Embora a Lei 10.507 dê estatuto de profissão ao ACS, Coe (1979) refere que uma profissão para se estabelecer requer um conjunto de conhecimentos especializados que possa oferecer ao público serviços técnicos, tendo para sua operacionalização um código de ética que tanto proteja quem recebe os seus serviços, como a si mesmo no exercício da profissão.

Finalmente, o profissional não somente adquire a licença para prestar serviços, como também, o mandato. A licença significa que o profissional tem o direito legalmente reconhecido, via Estado, de oferecer seus serviços e o mandato, significa que pode fixar para o público as metas de seus serviços e ditar as condições sob as quais pode oferecê-los. Portanto, os agentes comunitários de saúde ainda têm que fazer alguns deslocamentos rumo à

¹⁵ O Ministério da Saúde recomenda, desde então, que as estratégias de Saúde da Família e de ACS andem juntas.

¹⁶ Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1886/GM. 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

sua profissionalização, lutando pela conquista e garantia de determinados atributos conferidos a outras profissões.

Embora, incompleto e inacabado, esse percurso histórico reforça a compreensão de que a profissão dos agentes comunitários de saúde e seus congêneres têm em comum alguns aspectos gerais ou genéricos, executam atividades cujas características são de resto, variáveis no tempo e no espaço, refletindo propósitos, posturas e métodos de trabalho diversificados e diferentes formas de articulação entre Estado e sociedade civil, que delimitam as responsabilidades e obrigações de cada um.

O conceito de agente comunitário de saúde é apresentado de forma extremamente ampla nas ricas experiências já vivenciadas no país: incluem desde os sacerdotes, pajés, feiticeiros que atuam nas comunidades indígenas até os atuais agentes comunitários de saúde, alcança desde a intervenção de agentes de saúde como voluntários, atuando de maneira intermediária entre moradores e comunidades e serviços de saúde até os agentes institucionais vinculados a programas oficiais de governo.

Nessa particular maneira de atuar, no entanto, combinam-se em geral, três elementos comuns que foram identificados nas experiências relatadas: o recrutamento para o trabalho no local de moradia; treinamento básico e de curta duração e o exercício de atividades variadas, englobando ações de promoção e prevenção da saúde, bem como ações curativas.

As experiências brevemente aqui relatadas demonstram que não é tarefa fácil definir o ACS, pois a sua noção sofreu consideráveis transformações no decurso do tempo. Não se trata evidentemente de defender o princípio de que o atual agente comunitário de saúde é resultado da evolução natural dos que o precederam.

Entretanto, acredita-se que o contato com esse referencial histórico é relevante para se compreender melhor a sua reinserção ou talvez o seu ineditismo - sem ser original - no Brasil, dos anos 90, e os diferentes movimentos que se entrelaçaram para impulsionar a implantação e a sua implementação, agora para todo o país.

2.4. Consolidação do Trabalho a céu aberto: O processo histórico de implantação do PACS no País

A trajetória histórica da implantação do PACS para todo país e os diferentes movimentos que estiveram presentes nessa conjuntura e contribuíram para a conformação do projeto a nível nacional será descrito a seguir.

Destaco, pelo menos, quatro momentos que se cruzaram para o seu surgimento: o momento político-econômico e as reformas propostas; a força da idéia do movimento da promoção da saúde; a concretização do Sistema Único de Saúde numa Conjuntura Antagônica e o reconhecimento/incorporação da experiência do estado do Ceará.

2.4.1 – O momento político-econômico e as reformas do Estado

A redefinição do papel do Estado foi questão central nos anos 90, alcançando vários países; embora já estivesse presente desde os anos 70, tornando-se clara, no entanto, somente a partir da segunda metade da década de 80.

No Brasil, a questão adquire relevância, tendo em vista a dimensão da presença do Estado na economia nacional. Suas manifestações mais evidentes são a própria crise fiscal e o esgotamento da estratégia de substituição de importações, que se inserem num contexto mais amplo de superação das formas de intervenção econômica e social. Adicionalmente, o aparelho de Estado centraliza e concentra funções e se caracteriza pela rigidez dos procedimentos e pelo excesso de normas e regulamentos.

Brasil (1995) refere que em meados dos anos 90 surge um conjunto de respostas na tentativa de superação da crise, que implicaram em várias medidas envolvendo políticas de ajuste fiscal, reformas econômicas orientadas para o mercado, reforma da previdência social, inovação dos instrumentos da política social e de reforma do aparelho do Estado¹⁷.

A reforma insere-se dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento.

Daí a generalização, nos anos 90, dos processos de privatização de empresas estatais e outro que ficou conhecido como “publicização”, entendido como a descentralização para o setor público não-estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas que devem ser subsidiados por ele, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica.

Nessa perspectiva, busca-se o fortalecimento das funções de regulação e coordenação do Estado, particularmente no nível federal, e progressiva descentralização vertical, para os

¹⁷ No aparelho de Estado inclui-se a estrutura da administração pública em sentido amplo, ou seja, a estrutura organizacional do Estado em seus três Poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e três níveis (União, Estados-Membros e Municípios). O Estado, por sua vez é mais abrangente que o aparelho, porque compreende adicionalmente o sistema constitucional legal, que regula a população, nos limites de um território (Brasil, 1995).

níveis estaduais e municipais, das funções executivas no campo da prestação de serviços sociais e de infra-estrutura.

Segundo Brasil (1995) esses conceitos e idéias foram consubstanciados no Plano Diretor da Reforma da Administração Pública Brasileira, que partindo do diagnóstico de que houve um retrocesso burocrático com a Constituição de 1988 e um encarecimento do custeio da máquina administrativa, propõe uma ampla reforma administrativa, estabelecendo suas principais direções.

Para o aparelho de Estado fixaram-se diretrizes para tipos de gestão, formas de propriedades, objetivos e recursos humanos dos seus quatro setores: núcleo estratégico, representado pelo governo; atividades exclusivas, compostas pelos serviços que só o Estado pode realizar; serviços não-exclusivos, setor onde atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas e, finalmente, o setor de produção de bens e serviços para o mercado, área de atuação das empresas privadas.

Para o setor de serviços não-exclusivos, onde a saúde se inclui, foram indicadas a propriedade pública não-estatal e a administração gerencial, sendo a busca da eficiência o seu objetivo maior.

No entanto, algumas questões críticas em relação à implementação dessas medidas na saúde demandam análises mais apuradas já que,

Independente da situação de momento vivenciada pela emergência das reformas, algumas das características das organizações de serviços de saúde merecem ser revisitadas, no sentido de uma apreensão das facilidades ou dificuldades de adoção de um modelo gerencial. As organizações de serviço de saúde podem ser categorizadas como organizações profissionais que controlam seu próprio trabalho e são detentoras de forte influência sobre as decisões administrativas. A intervenção de gerentes e administradores é bastante limitada (Pierantoni, 2001, p. 348).

Nessa conjuntura, assistiu-se no país ao surgimento de uma política que colocava o modelo estatutário não como modelo apropriado e único para todos os servidores públicos, mas aplicável apenas àquelas funções inerentes ao próprio Estado, do seu núcleo estratégico, reservado aos funcionários que exercem funções regulatórias e administrativas de alto nível, como definido na proposta de reforma.

De acordo com essa nova concepção, a reforma do Estado modifica a área de recursos humanos do SUS, transformando as relações de trabalho focadas na estabilidade no emprego em relações flexíveis e não-estáveis, favorecendo a proliferação de formas, vínculos e padrões de remunerações diferenciados.

As orientações dessa política, muito embora focalizadas na administração federal, foram promovidas por Estados e Municípios, em muitas das suas diretrizes e propostas, que tinham aplicabilidade nesses níveis de governo.

Conforme Brasil (2002) neste cenário de mudanças, o MS chega a apontar como forma segura de contratação dos agentes comunitários de saúde, considerando-se o perfil desejado para esses profissionais, que as prefeituras adotassem o modelo de parceria com uma organização social, para o desenvolvimento do programa, é a autorização pública da terceirização dos serviços de saúde.

A superioridade do modelo indicado residia nas possibilidades de, simultaneamente, aproximar a sociedade civil da execução de um Programa vital para o desenvolvimento da saúde pública no país e da garantia de cobertura dos direitos sociais dos agentes, sem desrespeito aos princípios constitucionais inerentes à administração pública e sem repercussão nos limites impostos pela lei de responsabilidade fiscal.

Já que aspectos relacionados ao perfil do agente são imprescindíveis para o exercício de suas funções, e tendo como moldura um cenário de redefinição da estrutura, posição e atividades do Estado e de maior atrelamento às políticas de ajuste econômico do Fundo Monetário Internacional, muitas prefeituras encontraram nos ingredientes desse modelo, alternativas e soluções para contratação dos agentes, propiciando sua rápida expansão.

Segundo Brasil (2003) como consequência, cerca de 40% da força de trabalho do setor público de saúde, o que equivale a aproximadamente 800 mil trabalhadores, encontravam-se inseridos em situação de relações precárias no SUS, nas mais diversas modalidades contratuais: cooperativas, sistemas de bolsas de trabalho, contrato temporário, pagamento por reconhecimento de dívida, prestação de serviços pela Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, dentre outras.

Pesquisa realizada sobre as Modalidades de Contratação de Pessoal no Programa de Saúde da Família no Brasil aponta uma pluralidade de arranjos institucionais que cercam o desenvolvimento do PSF em nosso país, particularmente no que toca ao tema da chamada transição dos sistemas de relações de trabalho e do emprego em nosso país.

Conforme Brasil (2002) o PSF, conforme os dados da pesquisa demonstram na prática, salários diferentes daqueles praticados no mercado para as diversas categorias profissionais,

beneficiando claramente algumas e nem tanto outras, e, ao mesmo tempo, inaugura (ou fortalece) novas formas institucionais de relações de trabalho, mais ou menos flexíveis ou precárias, dependendo da ocupação e das condições e remuneração que pratica.

Brasil (2003), ao analisar especificamente o caso dos agentes comunitários de saúde, revela que dos mais de 180 mil trabalhadores em atividade no país, a grande maioria percebe o equivalente a um salário mínimo, tendo uma inserção precária no sistema, desprotegidos que são em relação à legislação trabalhista. O combate à precariedade do trabalho em saúde foi expressamente definido e assumido pelo governo atual, que vem implementando um conjunto de medidas para promoção de significativas melhorias nas relações e gestão do trabalho.¹⁸ Em Salvador, desde o final de 2007 que os ACS, vêm sendo contratados pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS, sem intermediação de uma empresa terceira.

2.4.2 – O movimento da promoção da saúde

A década de 90 pode ser considerada a vitrine de um profundo interesse em discutir aspectos de promoção da saúde, termo de uso muito freqüente na atualidade, o que não implica necessariamente que a concepção que a encerra seja tão recente.

A associação da promoção da saúde com a atuação sobre determinantes do meio ambiente e do estilo de vida vieram, segundo Terris (1996), com a segunda revolução epidemiológica; o movimento de prevenção das doenças crônicas.

Terris, (1996) *apud* Buss, (2000) refere que em 1943, a Medicina Social inglesa se preocupava com epidemiologia das doenças crônicas prevalentes, como a úlcera péptica, as doenças cardiovasculares, o câncer e os traumas acidentais. Considerando suas correlações com as condições sociais e ocupacionais, afirmava que elas deveriam ser em maior ou em menor grau, prevenidas.

Ferraz, (1994) constata que o papel fundamental dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, que vem a qualificar a visão moderna, deve muito à atuação da saúde pública canadense, e à sua posterior influência internacional.

Mendes, (1996) e Terris, (1996) *apud* Buss, (2000) salientam que ao longo dos anos 70 e 80, as evidências da associação entre condições de vida, prosperidade e bom nível educacional se acumularam.

¹⁸ Consta no Documento Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde, uma série de medidas neste sentido, incluindo a criação do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. (MS/SGTES/Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde). Agenda Positiva. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, 2004).

A primeira Conferência Internacional em Promoção de Saúde, em 1986, em Ottawa, no Canadá, formulou a carta de Ottawa que reconheceu como pré-requisitos fundamentais para a saúde: paz, educação, habitação, poder aquisitivo, ecossistema estável, conservação dos recursos naturais e a equidade.

Segundo Buss, (2002) a promoção da saúde foi conceituada como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. A carta de Ottawa assume que a equidade em saúde é um dos focos, cujas ações objetivam reduzir as diferenças no estado da população e no acesso a recursos diversos para uma vida mais saudável.

Para Carvalho (1996), o conceito de promoção da saúde passa a ser a espinha dorsal da nova saúde pública e é definido pela primeira vez em termos de política e estratégias, representando um avanço em relação à Conferência de Alma Ata.

Para Mendes, (1996) foi a partir dessas conferências, que a promoção da saúde passou a ser cada vez mais considerada nas políticas de saúde de diversos países. Na América Latina, a OPAS colocou o tema como prioridade programática, definindo-a como a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva.

Com a evolução do movimento na América do Norte, surge o Movimento Cidades Saudáveis, encampado pelo OMS a partir de 1986, após a experiência ocorrida em 1984, em Toronto, no Canadá.

De acordo com Mendes (1996); Ferraz; (1994) e Buss (2002) a OMS considera uma cidade saudável aquela em que os dirigentes municipais enfatizam a saúde de seus cidadãos numa ótica ampliada de qualidade de vida. O movimento se difundiu em inúmeras cidades do mundo e tornou-se um projeto estruturante e moderno, tendo sido também incorporado como estratégia pelo movimento de municipalização da saúde no Brasil.

Para se promover a saúde deve-se ir além do cuidado e colocar em prática, técnicas para tornar mais eficientes a comunicação e a mobilização da comunidade.

Como as profissões específicas do setor estão voltadas tradicionalmente mais para o tratamento das doenças, ou para facetas particulares da saúde, como a nutrição dentre outras, espera-se que o agente comunitário tenha o seu foco na saúde, integrando os conhecimentos relativos às diversas profissões e que confluem para a sua promoção.

Nessa perspectiva, o agente comunitário constitui-se, pelas suas características especiais, em um recurso humano central e estratégico para a possibilidade de implementação

de ações de promoção e de novas formas de perceber e praticar a atenção à saúde, envolvendo as pessoas, seus conhecimentos e entornos.

2.4.3 – A concretização do Sistema Único de Saúde numa Conjuntura Antagônica

A Carta Magna Brasileira de 1988 inscreve a saúde como direito de cidadania e a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, inaugura dois movimentos importantes em sua política no Brasil: a passagem de um modelo de seguro social para um modelo de seguridade social e, de um modelo centrado na medicina curativa, para um modelo de atenção pautado na integralidade, conforme requerido pelo movimento da Reforma Sanitária.

No entanto, depois da regulamentação dos dispositivos constitucionais para a saúde, que só ocorreu em 1990, já no cenário da contra-reforma, *“a ausência de um grande pacto relativo ao desenho e montagem inicial do SUS, redundou em resistência de toda ordem na fase de implementação”* (Labra, 2001, p. 372).

Acrescentem-se, no contexto dessa década, a política de ajuste imposta pelo governo federal, com exigência de encargos extras para estados e municípios, aprofundando ainda mais as desigualdades sociais e regionais, gerando grandes iniquidades. Para alguns autores, no contexto dos anos 90,

As políticas sociais e de saúde perderam sua dimensão integradora, tanto no âmbito nacional como no âmbito regional e estadual, caindo numa visão focalista onde o local é privilegiado, como único espaço capaz de dar respostas supostamente mais eficientes e acordes às necessidades da população. Retrocedemos a uma visão comunitária onde as pessoas e as famílias passam a ser as responsáveis últimas por sua saúde e bem estar (Noronha e Soares, 2001, p. 446).

Segundo Lima, (1996) em suas recomendações para os países pobres, o Banco Mundial sugere que a saúde seja um benefício que o estado deve promover apenas em certas condições e que a prioridade deve ser o financiamento de pacotes restritos de medidas em saúde pública e de intervenções clínicas essenciais. Para tanto, sugere medidas como: criar um ambiente propício para que as famílias melhorem suas condições de saúde, tornar mais criterioso o investimento em saúde e facilitar a participação do setor privado.

Nesse contexto, o governo Collor,

[...] possibilitou que os conservadores do seu governo se apoderassem de experiências/idéias vividas por estados e municípios populares e progressistas fazendo com que diversos técnicos, sensíveis, sérios e éticos, acreditassem que, de fato, aquele governo tinha propósitos para resolver os graves problemas de saúde do país. Nesse terreno fértil, nasceram várias políticas sociais de cunho assistencialista, dentre elas o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, mas com grande potencial socializante (Souza, 2001, p. 47).

Nessa conjuntura, o agente comunitário de saúde constitui-se em um agente fundamental para viabilizar o apoio, a implementação e o desenvolvimento de ações básicas de saúde voltadas para a comunidade, de forma a expandi-las e a fortalecê-las, agora, em nível nacional.

2.4.4 – O Reconhecimento/Incorporação da Experiência do Estado do Ceará

Apesar do Brasil já haver implementado significativas experiências com agentes comunitários de saúde ou similares, a experiência do Ceará é singular pela estratégia estruturada e rapidamente expandida no estado, de utilização desses trabalhadores para prioritariamente contribuir para redução da mortalidade infantil e materna e concomitantemente ampliar a cobertura dos serviços de saúde para áreas tradicionalmente desprovidas de assistência.

Esta experiência tem início em 1987, e torna-se uma experiência diferenciada em relação às outras experimentadas no Brasil, por dois aspectos: por ter sido a primeira vez que se trabalha com um grande quantitativo de ACS e por ter transformado um plano emergencial para a seca, em que se empregavam temporariamente pessoas das regiões atingidas, em um programa de promoção a saúde, que utilizava os mesmos recursos de fundos emergenciais do governo federal.

Em plena fase de implementação, um estudo de caso sobre o programa de agentes de saúde do Ceará, divulga os dados coletados em 31 municípios que integram este programa, revelando sua importância e eficácia nas ações de saúde que foram implementadas.

Este estudo aponta para uma queda notável de mortalidade infantil proporcional por diarreia, que em estudo anterior respondia por 48,3% dos óbitos de menores de um ano, no período de 1985-87, e após a implantação/implementação deste programa, registra-se 31,7%

dos óbitos nesta idade, no período de 1988-90, o que evidencia uma expressiva redução de 16,6% de óbitos de menores de um ano.

É importante observar também, a redução da mortalidade infantil por todas as causas que teve uma queda expressiva de 32%, sendo estimados em 95 por mil nascidos vivos para o ano de 1986 e em aproximadamente 65 por mil para 1989.

Para a efetivação dessas ações, Silva e Dalmaso (2002) referem que foram contratados 6.113 trabalhadores, dos quais a maioria eram mulheres (95%), preferencialmente àquelas que estavam em situação de pobreza extrema, oriundas de 118 municípios do sertão do Ceará. Esses agentes recebiam um treinamento simplificado de 15 dias, passando então a trabalhar por um período de seis a doze meses na promoção de alguns cuidados de saúde (aleitamento materno, reidratação oral e vacinação)

Tendler (1998) aponta que muito dos trabalhadores dos municípios onde o programa de saúde teve melhores resultados, fizeram coisas que não se encaixavam rigorosamente dentro da definição de seu campo de ação. As tarefas extras eram de três categorias: execução de algumas práticas curativas, em vez de preventivas, o lançamento de campanhas em toda comunidade para reduzir os riscos de agravos a saúde e ajuda às mães com tarefas comuns não diretamente ligadas à saúde. Em todas essas áreas os agentes assumiram grande variedade de tarefas voluntariamente, o que muito apreciaram.

Os procedimentos curativos executados por este novo ator da saúde eram considerados simples e assemelhavam-se a alguns procedimentos realizados pelos técnico-auxiliares de enfermagem; retirar pontos, tratar feridas, dar injeções, fornecer orientações, tratar resfriados e gripes, levar uma criança doente para o hospital. Foram com essas atividades que se iniciaram as tarefas curativas, consideradas como uma forma de início da saúde preventiva.

Em 1993, o UNICEF concedeu o prêmio “Criança e Paz”, aos agentes do Ceará pela experiência bem sucedida e contribuição no aumento dos indicadores de saúde das crianças e mães para atendimento das metas do Encontro Mundial de Cúpula pela Criança – Pacto pela Infância.

A publicidade colocou os funcionários do programa sobre um refletor público que lhes conferiu reconhecimento generalizado, e também aos municípios, com sucessivos prêmios para os que apresentassem bons indicadores em relação ao enfretamento da mortalidade infantil, assim como em outros indicadores que revelassem a melhoria das condições de saúde.

O processo de contratação teve um grande impacto sobre o modo como os funcionários e os usuários passaram a ver o programa de ACS do Ceará. A equipe de coordenação estadual contratou os agentes em três estágios.

Primeiramente, exigiu de todos os candidatos requerimentos escritos (membros da família e amigos ajudaram os candidatos menos alfabetizados a preencherem os formulários), dos quais selecionou uma lista de pessoas a serem entrevistadas.

Em seguida, dois membros da equipe (normalmente uma enfermeira e uma assistente social) viajavam até cada cidade para realizar uma reunião em grupo com todos os candidatos. À reunião freqüentemente, se seguia uma série de entrevistas individuais com aqueles que tinham maior probabilidade de serem selecionados.

Foi a esse processo que a autora denominou de contratação por mérito,

Ser escolhido para o trabalho de agente de saúde foi como receber um prêmio importante em público. Isso significou que os trabalhadores recém-contratados começaram a trabalhar fortemente influenciados pelo prestígio que o processo de seleção e o trabalho que tinham ganho lhes concediam (Tendler, 1998, p. 49).

Lima (2001), ao investigar a utilização do conceito de capital social ²⁰, e sua operacionalização na análise de políticas públicas no Brasil, o indica como um exemplo bem sucedido da possibilidade da mobilização de um recurso pré-existente ou de sua construção, como modelo de sinergia Estado-Sociedade e aponta como elementos-chave desse êxito:

[...] a mobilização/construção estariam na continuidade de políticas públicas (no caso cearense a permanência do mesmo grupo político no controle do aparelho do Estado desde 1987); estabilidade dessas políticas; regras claras de funcionamento numa área comumente sujeita à manipulação política e pouco eficaz em seus resultados; sua presença junto à população normalmente desassistida, através de visível contingente de agentes de saúde com a prestação de serviços básicos de informação sanitária; agentes da própria comunidade com relações sociais informais relativamente sedimentadas; ampla informação da população alvo; adoção de regime de trabalho que utiliza a confiança como elemento constituinte da

²⁰ Segundo o autor, capital social pode ser entendido como o conjunto de normas de reciprocidade; informação e confiança presente nas redes sociais informais desenvolvidas pelos indivíduos em sua vida cotidiana, resultando em numerosos benefícios diretos ou indiretos, sendo determinante na compreensão da ação social.

relação de trabalho entre o agente e a comunidade, estabelecendo um controle social sobre o trabalho realizado (Lima, 2001, p.23).

Enfim, esse conjunto de elementos importantes presentes na construção e implementação do projeto de ACS do Ceará e seus resultados positivos, constituiu-se em um importante indicador de sua efetividade e serviu de paradigma para a estratégia mais ampla, adotada nacionalmente em 1991, pelo Ministério da Saúde, ao lançar o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, indicando-o para todas as regiões brasileiras.

Não se pretende esgotar ou excluir a possibilidade da sinergia de outros fatores, movimentos e vetores que contribuíram para influenciar a idéia da utilização do agente comunitário de saúde nacionalmente pelo país, a partir de 1991; a intenção primeira é a de resgatar relevantes movimentos presentes naquele contexto, que impulsionaram essa política, reorientando os caminhos da saúde no Brasil.

A reforma do aparelho do Estado, a implementação de um amplo programa de privatização, a precarização e flexibilização das leis trabalhistas, a reformulação do papel do Estado enfatizando as suas funções reguladoras, a iminência de uma epidemia de cólera no país, a evolução e rápida expansão do tema da promoção da saúde, a necessidade de consolidação do SUS e seus direitos, tendo como referência a experiência bem sucedida do estado do Ceará, confluíram para a entrada em cena desse novo personagem, os agentes comunitários de saúde.

CAPÍTULO III

CONSIDERAÇÕES SOBRE A VIOLÊNCIA

3.1 – O Fenômeno da Violência na Sociedade

A violência, apesar da sua complexidade e das distintas concepções e interpretações sobre seus determinantes, tem sido definida como a utilização da força física ou da coação psíquica e moral por um indivíduo ou grupo, produzindo como resultado destruição, dano, limitação ou negação de qualquer dos direitos estabelecidos das pessoas ou dos grupos vitimados. A produção social desse evento envolve inúmeras causas, por exemplo, causas políticas, econômicas, culturais, religiosas, étnicas, de gênero, etárias o que torna bastante complexa a adoção de medidas de prevenção e controle.

Para a organização mundial de saúde (OMS):

Violência é o uso intencional da força física ou do poder, real ou por ameaça, contra a própria pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que pode resultar, ou tem alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, alterações do desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p.3).

A humanidade mesmo passando por transformações profundas em toda a abrangência de seus diferentes setores convive com a violência, que, permeia os contextos, desenvolvendo-se cada vez mais, gradativa e silenciosamente, e constituindo-se em um fato que ameaça a própria condição humana do ser.

De acordo com Costa, (2002) desde 1994, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) aborda esse fenômeno no contexto da saúde bem como suas conseqüências na sociedade e a reconhece como um importante desafio para a saúde pública.

O Conselho Internacional de Enfermeiras – CIE (2007) assevera que a violência é um problema social e de saúde pública que ameaça o desenvolvimento dos povos, afeta a qualidade de vida provocando um estado de erosão permanente no tecido social. É um fenômeno mundial sem fronteiras, que independe de raça, idade, condição socioeconômica, educação, credo ou religião, orientação sexual e local de trabalho. Atualmente atinge proporções epidêmicas, com amplas ramificações na atenção a saúde.

Mínayo (2000) enfatiza que a violência não é algo novo, a própria bíblia no relato de suas histórias como a de Caim e Abel é exemplo de como é quase impossível descrever

qualquer trajetória humana sem reconhecer a convivência com o uso da força, da experiência de dominação e das tentativas de exclusão do outro.

A referida autora salienta que um dos problemas principais do fenômeno da violência é sua etiologia e sua pluricausalidade/polissemidade. É simples dizer que a violência se enraíza nos fundamentos das relações sociais, porém, é muito difícil determinar suas causas. Existem correntes que a sustentam como resultante de necessidades biológicas, outra que a explica a partir dos indivíduos, outras que a reconhecem como um fenômeno de causalidade apenas social provocada ora por ruptura da ordem, ora pela vingança dos oprimidos, ora pela fraqueza do Estado.

A OPAS (2003) enfatiza que dentre os aspectos atualmente preocupantes, está à magnitude do problema apresentado pelas mortes por homicídios e suicídios, violência intra-familiar, sexual, contra crianças, adolescentes, idosos, mulheres e no trabalho.

Segundo Silva Filho (2004), o Brasil tem, por causa da violência, um custo estimado de trezentos milhões por dia, valor superior ao enviado à reforma da previdência. No entanto não é contabilizado o sofrimento físico e psíquico das vítimas da violência no Brasil, uma das mais dramáticas do mundo. O referido autor destaca que, com 3% da população mundial, o Brasil concentra 9% dos homicídios cometidos no planeta. Na década passada, os homicídios cresceram 29% e entre os jovens o crescimento foi de 48%.

Brasil (2000) refere que na nação brasileira, os acidentes e violências configuram um problema de saúde pública com forte impacto na morbidade e mortalidade da população.

Mello Jorge (2004) analisou as características dos pacientes internados nos hospitais brasileiros e afirmou que do total de internações do ano de 2000, cerca de 7,7% tem como causa de hospitalização uma lesão decorrente de algum acidente/violência. Em número absoluto as internações corresponderam a 700 mil.

Minayo (2000), nos estudos que vem desenvolvendo sobre esta temática, refere que o crescimento da violência no país mostra o agravamento nas relações sociais, devido ao aumento das desigualdades, ao efeito do desemprego, à falta de perspectiva do mercado de trabalho, ao aumento do contrabando de armas, à organização do crime, a impunidade, e a ausência ou omissão das políticas públicas.

No final de 2005, o Ministério da Saúde, com base na taxa de homicídios de Salvador em 2004, publicou que a capital baiana passou a ocupar a sétima colocação, dentre as cem cidades mais violentas do país. Com uma marca de 33,2 homicídios por 100 mil habitantes, a cidade está muito acima da taxa aceitável pela Organização das Nações Unidas (ONU), que seria de 12,54%.

Não se pode explicar a violência como uma consequência do estado de pobreza em que vive boa parte da população mundial, já que este fenômeno é multifacial e ocorre em todas as camadas da população. É natural que as relações humanas provoquem conflitos, que associados a outros fatores como álcool, drogas ilícitas, apologia ao consumismo, perda dos valores da família, traumas sexuais, impossibilidade de ascensão social, entre outros, pode promover e desencadear atos violentos. O universo de fatores é tão diverso que impossível seria atribuir a cada um deles; até mesmo crescer em um ambiente violento, a causa do desenvolvimento de uma personalidade mais propícia ao cometimento de atos de agressividade, constituindo com isso uma regra.

O avanço da ciência, nas últimas décadas, trouxe para os profissionais de saúde um novo paradigma; se as infecções parasitárias eram as principais causas de morte e debilidades no passado, agora, têm sido substituídas por doenças vinculadas a estilo de vida e a comportamentos perigosos.

Em Salvador, como no resto do Brasil, o índice de mortes violentas vem crescendo na faixa etária mais jovem da população. As mortes violentas, ou por causas externas no Brasil, juntamente com as doenças cardiovasculares, lideram os índices de causa de mortalidade. O problema da violência é tão amplo, que a observação empírica dos fatos faz com que, pouco a pouco, o assunto deixe de ser apenas um caso de polícia, sobre a responsabilidade da esfera pública e se projete para outros segmentos da sociedade. Sem dúvida, o problema de segurança pública tem se projetado para outras esferas de discussão, incluído que já se encontra ao âmbito da saúde pública, por exemplo.

Segundo os autores Noronha; Almeida; Santos, (2003) historicamente, a violência sempre influenciou nos indicadores da Saúde Pública. A forma como o amadurecimento do pensamento humano vê o problema é que mudou, e isso ocorreu graças ao volume de ocorrências que vem crescendo de forma acentuada. Já no início da segunda metade do século passado, os profissionais da área de saúde começam a se preocupar com a violência dentro do lar, em particular contra a criança, depois a violência contra a mulher. Em Salvador, estudo que trata do atendimento das vítimas de violência, de ambos os sexos, em suas diversas modalidades, com base no Hospital Geral do Estado (HGE) e no Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), no ano de 2001, ou seja, já no século XXI, demonstra que a violência contra a mulher, principalmente no ambiente familiar, continua alcançando índices alarmantes.

Se nas últimas décadas a violência era uma característica dos grandes centros urbanos e regiões metropolitanas, nesta década, também se tornou um fenômeno nos meios rurais, o que aponta a violência como um indicador negativo para a qualidade de vida, em qualquer

âmbito do habitat humano. Esse espectro da violência aponta para que se reflita ser este um problema com fortes traços de conotação social, e, portanto pode e deverá ser combatido por projetos que envolvam e emirjam da sociedade para que ensejem uma melhor qualidade e condição de viver.

Minayo (2002) faz referencia ao diferencial do olhar da saúde pública ao fenômeno da violência, considerando que a área da saúde desempenha papeis fundamentais, uma vez que, tem uma visão intersetorial, pois a saúde é a resultante das condições sociais, ambientais, de trabalho e econômicas.

Tendo uma cultura de pensar e agir intersetorialmente, o olhar do setor saúde sobre a violência é diametralmente diferente do setor de Segurança Pública. A filosofia gestada na área da saúde ao longo dos anos vem privilegiando a promoção e prevenção da saúde, apontando assim para uma proposta que é muito mais a favor das pessoas, do que para a punição das mesmas.

A idéia do setor da segurança pública e da sociedade de uma forma geral que não mais agüenta conviver com a crescente epidemia da violência, mesmo que considere a segurança como uma necessidade preventiva, aponta sempre para a criminalização/execução do agressor.

Refletindo sobre a pluralidade de causas que permeia o contexto da violência em nosso país, desde o processo de sua colonização, caracterizada pela exploração/expropriação ambiental, escravatura e segregação racial, erradicação de autonomia de princípios e interesses escusos de algumas pessoas detentoras do poder, o país tenta preservar a essência efetiva e solidária, oriunda da miscigenação racial que fundou o povo brasileiro, e tenta combater tais fatores e fatos que ensejam a proliferação da epidemia chamada – violência.

3.2 – Tipos de Violência

Minayo e Souza (1998) afirmam que a violência consiste em ações humanas de indivíduos, grupos, classes e nações que ocasionam a morte de outros seres ou que afetam sua integridade física, moral mental ou espiritual. Qualquer reflexão teórico-metodológica sobre a violência pressupõe o reconhecimento da complexidade, polissemia e controvérsia do objeto, gerando, por isso mesmo, muitas teorias – entretanto, todas parciais. Por se tratar de uma realidade plural, diferenciada, cujas especificidades precisam ser conhecidas, só é possível falar em violências. Portanto, a abordagem teórico-metodológica sempre envolverá saberes e práticas de áreas distintas, demandando estudos interdisciplinares, intersetoriais e multifocais.

Frente a este objeto de natureza polissêmica, Minayo (1994), numa tentativa de ampliar a idéia de violência para além da delinquência, apresenta uma classificação que mesmo sendo genérica, permite uma reflexão científica sobre o tema.

A autora propõe uma tipologia para se ler à violência, classificando-a da seguinte forma:

- Violência estrutural: é aquela que oferece um marco à violência do comportamento e está relacionada tanto com as estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos, podendo conduzir à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, aos quais são negadas as conquistas da sociedade (condições básicas de saúde, educação, emprego e salário digno). Pode-se dizer que esse tipo de violência avilta os bens essenciais a vida.
- Violência de resistência: constituem-se nas diferentes formas de respostas dos indivíduos, grupos, classes e nações oprimidos à violência estrutural. Na maioria das vezes, essa categoria de pensamentos e ações é objeto de contestação e repressão por parte dos detentores do poder político, econômico e/ou cultural.
- Violência da delinquência: é aquela que se revela nas ações fora da lei, ou seja, está diretamente ligada aos atos que a sociedade reconhece como um ato criminoso. Sua análise necessita passar pela análise da violência estrutural, que não só confronta os indivíduos uns com os outros mas também os corrompe e impulsiona ao delito.

Segundo Minayo e Souza (2003), a violência designa; de acordo com épocas, locais, circunstâncias e realidades muito diferentes; violências toleradas e violências condenadas. Assim, encerrar a definição de violência em um conceito fixo e simples é correr o risco de reduzi-la, de compreender mal sua evolução e sua especificidade histórica.

Estas autoras enfatizam que o fenômeno da violência é o resultante dos acelerados processos de mudanças sociais gerados, principalmente, pela industrialização e pela urbanização. Está fundamentada em análises de transições sociais e sustentada na idéia de que os movimentos da industrialização criam importantes correntes migratórias com destino às áreas periféricas dos centros urbanos, onde surgem comunidades que passam a viver em condições de extrema pobreza e desorganização social, além de estarem expostas a novos comportamentos e sem condições econômicas de concretizarem suas aspirações. Vale ressaltar que o contingente de trabalhadores da saúde denominado de ACS, são em sua esmagadora maioria, oriundos dessa parcela da população.

As autoras explicam, ainda, que as grandes metrópoles, sacudidas por essas bruscas mudanças, seriam o cenário ideal para o incremento da violência. Além disso, alguns fatores

tais como tamanho das cidades, perda de referência familiar e aglomeração de pessoas, poderiam favorecer a formação de subculturas periféricas marginalizadas das normas e leis sociais, o que produziria as chamadas “classes perigosas”. Assim, ao contrário do que acredita o senso comum, as grandes cidades não são o foco gerador da violência, mas sim o *locus* que privilegia a dissociação entre aspirações culturalmente criadas e possibilidades sociais, originando a delinquência e o crime, formas de violência social.

3.3 Violência e Trabalho

A violência é, cada vez mais, um fenômeno social que atinge governos e populações, tanto global quanto localmente, no público e no privado, estando seu conceito em constante mutação, uma vez que várias atitudes e comportamentos passaram a ser considerados como formas de violência.

Devido à generalização do fenômeno da violência não existem mais grupos sociais protegidos, diferentemente de outros momentos, ainda que alguns tenham mais condições de buscar proteção institucional e individual. Isto é, a violência não mais se restringe a determinados nichos sociais, raciais, econômicos e/ou geográficos.

Com o fenômeno da mundialização da economia engendrado pela globalização, a violência é considerada como o problema que mais têm afetado o Brasil, nesta conjuntura.

[...] as extremas desigualdades, a violência nos ambientes de trabalho e o desemprego, a exclusão social e a exclusão moral, a corrupção e a impunidade, problemas que se arrastam historicamente e, nesta etapa do desenvolvimento, têm grande peso sobre a dinâmica da violência. Minayo e Souza (1999, p. 12-13)

Partindo dos problemas levantados, pode-se afirmar que as condições de trabalho ofertadas pela economia mundializada/globalizada naturaliza o trabalho precarizado, uma vez que a deteriorização do trabalho aliam-se propostas de flexibilidade nos contratos laborais, sob meros ditames do mercado, socialmente inaceitáveis, carreando para o mundo do trabalho um profundo sentido de negatividade, desfavorecendo um dos atributos fundamentais do trabalho que é o desenvolvimento da pessoa e o aperfeiçoamento do gênero humano.

Se tomarmos como referência a proposição de Mendes e Dias (1991), quando colocam que o objeto da saúde do trabalhador é definido como o processo saúde/doença, percebe-se que a conjuntura no mundo do trabalho globalizado verticaliza o que se denomina de violência no trabalho, corroborando com a assertiva desses autores quando afirmam ser próprio do campo da saúde do trabalhador compreender o adoecer e morrer dos trabalhadores,

articulado com o conjunto de valores, crenças, idéias e representações de todos os atores sociais desenvolvidos.

A questão da violência no mundo do trabalho é um tema premente para o campo da saúde do trabalhador. Se observarmos, a própria Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNST, através do Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador – GEISAT, considera:

Entre os problemas de saúde relacionados ao trabalho deve ser ressaltado o aumento das agressões e episódios de violência contra o trabalhador no seu local de trabalho, traduzidas pelos acidentes e doenças do trabalho; violência decorrente de relações de trabalho deterioradas, como no trabalho escravo envolvendo crianças; a violência ligada às relações de gênero e ao assédio moral, caracterizada pelas agressões entre pares, chefias e subordinados (Brasil, 2004, p.6).

Sendo o fenômeno da mundialização/globalização os *padrastos da violência no mundo do trabalho*¹⁹, é necessário que vislumbremos o objeto último para o trabalhador que é o salário. Assim, buscando um melhor entendimento da violência presente em tais relações, recorreremos às considerações feitas por Marx (1987), quando conceitua trabalho como:

[..]. Um processo de que participa o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo que modifica sua própria natureza. Marx (1987, p.202)

O salário tipifica a relação clássica do modo de produção capitalista, o que legitima a afirmação de Ribeiro (1999) quando refere que as condições e formas de organização do trabalho colocam os trabalhadores em situações específicas de risco a saúde, traduzindo-se em uma espécie de seletividade natural dos que adoecem e morrem no e pelo trabalho, o que caracterizaria uma banalização da violência no trabalho.

Mesmo que o fator salário, ingrediente fundamental na relação capital e trabalho, promovam uma maior organização e resistência dos trabalhadores em relação ao sistema de trabalho preconizado no escravismo, pode-se concluir que o trabalhador está submetido ao poder de quem detém o capital, estando o seu trabalho significado pela exploração – mais valia – processo de trabalho esse que ocorre em meio a conflitos de interesses contraditórios, permeando as possíveis situações de violência no trabalho.

¹⁹ Grifo nosso

As relações de trabalho aqui estudadas estão geograficamente situadas, estamos falando do Brasil, um país tropical, reconhecido mundialmente como um país em desenvolvimento, ainda que dependente e situado na chamada periferia do capitalismo globalizado. Portanto um país capitalista, que apesar de ter extinguido do seu sistema de governo, na segunda metade dos anos 60, a ditadura militar; ainda convive com suas influências nas relações de trabalho.

Zaluar (1994), ao estudar o modo de vida das classes populares no Rio de Janeiro, chega à conclusão de que a relação entre trabalhador e patrão é permeada pelos conflitos engendrados entre capital e trabalho, fazendo emergir a condição do trabalhador dependente e subalterno frente ao patrão. A autora assevera que muitas vezes o trabalhador descreve tal situação com palavras que designam a humilhação e o sofrimento vivido no mundo do trabalho. A autora ainda chama a atenção sobre o autoritarismo nas relações de trabalho, que faz emergir as violências no trabalho.

Dejours (2001) alude que o sentimento de medo vivenciado pelo trabalhador, sobretudo quando se vê na eminência do desemprego, leva-o a condutas de obediência e submissão, diluindo a reciprocidade no ambiente de trabalho o que gera uma espécie de distanciamento do sofrimento do outro. Segundo o autor aí se traduz a “banalização do mal”, comportamento social adotado pelos chefes, patrões e até mesmo trabalhadores, favorecendo uma maior tolerância às injustiças, o que leva esses sujeitos a se tornarem colaboradores de um sistema que só funciona sob a égide do embuste e da tirania, engendrando a convivência com a subversão das leis que regem o mundo do trabalho e as normas sociais que garantem a ascensão do homem a um mundo de maior civilidade.

Sendo a violência em geral um fenômeno difícil de ser conceituado frente a sua polissemia, é observado que alguns autores como Santos Junior (2004), Santos Junior; Campos (2003) a referência à necessidade em se fazer a distinção entre os termos violência no trabalho e violência do trabalho.

Campos (2003) ao definir violência do trabalho refere: “[...] é aquela que se origina no modo de produção e toma corpo na organização do processo de trabalho, provocando sofrimento, desgaste, adoecimento e, finalmente, a morte relacionada ao trabalho” (Campos, 2003, p.1645).

Estabelecendo tal definição, o autor aponta que, apesar da ênfase dada à origem da violência estar no modo como o trabalho é produzido ou organizado, esta afirmativa não permite dizer que o trabalho em si é uma atividade violenta em sua origem, evidenciando sim, que a forma como este é organizado ou mesmo gerenciado pode se configurar como uma forma de violência para os sujeitos que materializam o trabalho – os trabalhadores. Este autor

ao fazer referência à violência no trabalho caracteriza a violência apontando para a perspectiva de risco no ambiente de trabalho.

A temática violência e trabalho, abordada por Machado e Levenstein (2000) é denominada de violência Ocupacional, esses autores argumentam que a violência no ambiente do trabalho vem se tornando crescente e que a mesma é praticada de forma intencional. Os autores enfatizam que esse aumento da violência no ambiente de trabalho com caráter intencional é uma resposta ao estágio atual do capitalismo, uma vez que com a precarização no mundo do trabalho, é o setor de serviços que mais absorve a mão de obra dos trabalhadores.

Com essa mudança de cenário, a empregabilidade que antes tinha um “lôcus” mais determinado e relativamente mais seguro para a materialidade do trabalho, a exemplo do ambiente fabril, agora passa a um ambiente, que chamo nesta dissertação de – a céu aberto, colocando o trabalhador num território que não apresenta uma delimitação espacial como a do setor fabril (espaço restrito/confinado de trabalho), levando-o a um trabalho que o deixa exposto a todas as intempéries do espaço aberto, quer seja no meio urbano ou rural.

Como o trabalho ocupa a parte mais importante e privilegiada na vida das pessoas, pode-se asseverar que o trabalho extrapola as dimensões de seu ambiente, uma vez que a insígnia “trabalhador”, não reside apenas no ambiente de trabalho, mas sim repousa no corpo de cada sujeito trabalhador.

Aonde quer que ela vá, a insígnia esta inscrita em seu corpo visceral e signico. É o trabalho que constrói as interações humanas e insere o seu signo no constructo humano e em suas humanidades, construindo espaços que podem ser ocupados por “estados”; reconhecido socialmente como “estado” de saúde ou de doença.

Para delimitar os atos a serem considerados como violentos na presente investigação, nos reportamos à categorização apresentada por Santos Junior et al (2004).

Estes autores relacionam uma série de atos enquadrando-os como violência no trabalho (Quadro 1), que poderemos visualizar quando da análise da situação de violência vivida pelo ACS em seu ambiente de trabalho.

Quadro 1 – Atos enquadrados como violência no trabalho.

Homicídio	Estupro
Roubo	Extorsão
Agr. física (chute; soco; arranhão; cuspe; beliscão)	Grito
Ofensa	Ameaça
Assédio, incluindo sexual ou racial	Provocação (bullying)
Perseguição por grupos (mobbing)	Intimidação
Insinuação	Ostracismo
Mensagem agressiva	Postura agressiva
Gesto rude	Xingamento
Interferência no trab., ferramenta ou equipamento	Comportamento hostil
Silêncio deliberado	Outros

O risco de violência no ambiente de trabalho esta disseminado entre as mais diversas ocupações e ramos de atividades, existindo categorias ocupacionais que concentram um maior número de características e situações que segundo o NIOSH (1996), favorecem ou facilitam a violência (Quadro 2). Dentre essas categorias estão os trabalhadores que para desenvolver o seu trabalho precisa manter o contato direto com o público (trabalhadores da saúde, da segurança, dentre outros)

Quadro 2 – Situações de risco para a violência no trabalho.

Contato com o público	Trabalho sozinho ou em pequenos grupos
Manipulação de dinheiro ou valores	Horário noturno ou no início da manhã
Transporte de passageiros, bens ou serviços	Áreas de alta criminalidade
Posto de trabalho móvel ou externo	Guardar volumes
Contato com pessoas “instáveis” em cuidados de saúde ou serviço social	Locais de trabalho no interior de comunidades isoladas
	Instalações de Justiça Criminal

Fonte NIOSH, 1996.

Das onze características compiladas por esta instituição, é observado que seis dessas características são situações de risco possíveis de ser encontrada na realização do trabalho do ACS.

Estabelecida tais considerações sobre a violência, quer no seu âmbito geral, ou mesmo na especificidade que é a violência manifesta por conta do trabalho, tomaremos nesta

dissertação, por força do nosso objeto de estudo, as terminologias: violência do trabalho e violência no trabalho (violência ocupacional), uma vez que a categoria de trabalhadores – Agentes Comunitários de Saúde, como veremos em capítulo específico, durante o exercício de suas atividades laborais transitam por essas terminologias, o que contribuirá para a compreensão das situações de violência vivida por esses trabalhadores.

CAPÍTULO IV

O ACS E SEU AMBIENTE DE TRABALHO:

Desvendando o trabalho e descobrindo violências

4.1 – Breve caracterização do município de Salvador, dos serviços disponibilizados na Atenção Básica e a distribuição das Equipes de ACS e Saúde da Família.

O Município de Salvador localiza-se na região litorânea do Estado da Bahia, com uma superfície de 707 Km², apresentando 18 Regiões Administrativas e 12 Distritos Sanitários. Destes, o que apresenta uma maior área é o Subúrbio Ferroviário. A maior concentração populacional, em números absolutos, está nos Distritos Cabula/Beirú e Barra/Rio Vermelho.

Segundo dados do IBGE/2007, o município de Salvador é considerado uma metrópole nacional com cerca de 2.754.950 habitantes, sendo que 46.8% são do sexo masculino e 53.2% são do sexo feminino. Possui 658.222 domicílios, com uma média de 3,2 habitantes por domicílio. É a terceira cidade mais populosa do Brasil, primeira do Nordeste e a sétima mais populosa da América Latina. É o centro de cultura afro-brasileira. A maior parte da população é negra ou parda.

O quadro 3 apresenta de que forma estão distribuídas as unidades de saúde, conforme os 12 Distritos Sanitários, responsáveis pela implementação das ações de saúde do município.

Conforme dados do SIAB/2008, no primeiro semestre de 2008 o município de Salvador contava com 142 equipes de saúde da família e 42 equipes de Agentes Comunitários de Saúde. Do total de Agentes Comunitários de Saúde, 751 pertencem ao Programa de Saúde da Família, hoje chamado de Estratégia de Saúde da Família e 862 pertencem ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, hoje chamado de estratégia de Agente Comunitário de Saúde. Esses dados podem ser visualizados no quadro 4.

Quadro 3 – Distribuição de Unidades Básicas de Saúde, por Distrito Sanitário, no 1º Semestre de 2008, Salvador-Ba.

Distrito Sanitário	N.º de Postos de Saúde Tradicionais	N.º de UBS Tradicionais	N.º de UBS c/ Saúde da Família	N.º de UBS c/ Estratégia de Agente Comunitário
Centro Histórico	00	05	02	01
Itapagipe	00	00	02	02
São Caetano/Valéria	01	00	07	03
Liberdade	00	00	02	03
Brotas	00	02	01	02
Barra/Rio Vermelho	00	00	03	05
Boca do Rio	00	01	01	02
Itapuã	00	01	03	03
Cabula /Beirú	02	07	03	05
Pau da Lima	00	05	01	03
Subúrbio Ferroviário	00	00	14	04
Cajazeiras	00	00	05	01
TOTAL	03	21	44	34

Fonte: SIAB/2008.

Quadro 4 - Distribuição de Equipes de ACS e Saúde da Família, no 1º Semestre de 2008, Salvador-Ba.

Distrito Sanitário	N.º. de Equipes de Saúde da Família	N.º. de Equipes de ACS	N.º. de ACS	
			Estratégia de Saúde da Família	Estratégia de ACS
Centro Histórico	02	01	06	05
Itapagipe	05	02	30	55
São Caetano/Valéria	25	04	125	81
Liberdade	06	05	36	101
Brotas	02	04	08	108
Barra/Rio Vermelho	12	05	73	93
Boca do Rio	04	02	23	49
Itapuã	10	04	41	84
Cabula /Beirú	11	05	70	97
Pau da Lima	04	03	21	53
Subúrbio Ferroviário	43	04	238	86
Cajazeiras	18	03	80	50
TOTAL	142	42	751	862

Fonte SIAB/2008.

4.1.1 – Caracterização do ACS no Candéal e do Ambiente de Trabalho



As informações aqui tratadas tiveram como base as entrevistas realizadas com os Agentes Comunitários de Saúde das duas equipes da Unidade de Saúde da Família do Candéal - USFC.

Ressaltam-se as dificuldades que se verificam, em um estudo como o presente, de natureza qualitativa, de apresentar os resultados e, posteriormente, discuti-los.

Assim, optou-se, no capítulo anterior, por tecer considerações sobre a violência na sociedade, os principais tipos e a questão da violência no trabalho, e neste, apresentar os sujeitos da pesquisa no ambiente de trabalho.

Apresenta-se, no (Quadro 5), a caracterização dos oito agentes de saúde segundo as variáveis: sexo, idade, local de nascimento, escolaridade, tempo de residência no bairro, trabalho anterior ao de ACS, trabalho comunitário anterior a profissão de ACS, motivação para ser agente, tempo de trabalho na USFC, religião, estado civil e número de filhos.

Como pode ser constatada a maioria dos ACS do Candéal são do sexo feminino, característica de gênero predominante na profissão em todo o Brasil, com a média de idade de 36 anos, de escolaridade acima da exigida para o trabalho (conclusão do ensino fundamental). Apesar do tempo médio de residência no bairro ser de pouco mais de 26 anos, apenas quatro agentes tinha participação mais direta e pessoal em atividade comunitária, uma desde a idade de 13 anos, outra por já estar ajudando a comunidade em questões de saúde uma vez que tem formação na área e duas por estarem engajadas em trabalhos ligados a associação de moradores. Ser agente comunitário de saúde apareceu como oportunidade de emprego para a maioria; apenas duas ACS referem que tornar-se agente representou uma etapa de profissionalização do trabalho já investidos em atividades de visita a doentes e contato com a população, nesse caso representando um reconhecimento e remuneração de atividade antes voluntária.

Grande parte dos agentes da USFC entrevistados havia sido contratada desde a implantação da Unidade de Saúde, sendo apenas duas ACS que contavam com 03 e 04 anos de vínculo. Em relação à opção religiosa, existem nesta unidade, católicos, evangélicos, espíritas e até os que se declaram sem opção religiosa. Em relação ao estado civil 05 declaram-se solteiros, 02 casados e 01 divorciado; apesar da maioria declarar, estarem solteiras, apenas duas referiu não ter filhos.

Segundo Ícaro Iandê, morador do bairro, a comunidade do Candeal, uma das comunidades mais antigas de Salvador-BA e localizada no bairro de Brotas - é testemunha e ao mesmo tempo, agente das transformações que vem ocorrendo ao longo de sua história. Na sua origem, há quase trezentos anos, a comunidade era um local de refúgio para escravos negros que conquistavam a sua liberdade. Por sua origem quilombola e influenciado pela ideologia dos quilombos, o Candeal ainda é símbolo de resistência ao preconceito, à opressão, à exclusão social e econômica. Durante séculos, a comunidade se manteve íntegra enquanto se transformava miscigenada pela própria brasilidade.

O nome do Candeal tem origem numa árvore de madeira forte chamada Candeia, antigamente em abundância na região e hoje praticamente inexistente.

Apesar da deterioração urbanística provocada pelo alto índice de pobreza, pelo aumento desenfreado de sua população e pela ausência de infra-estrutura e serviços sociais a Comunidade mantém a sua identidade, a qual vem sendo tecida por manifestações culturais, principalmente pelo candomblé, pela capoeira e pelos sons dos timbaus: seu ícone de libertação. Exatamente por isso a cultura é o principal patrimônio para a sustentação do desenvolvimento dessa comunidade.

Quadro 5 Caracterização dos trabalhadores entrevistados²⁰

TRAÇO DOS ACS	Elisa	Lina	Francisca	Verônica	Tâmara	Gertrudes	Núbia	Paloma
Sexo	F	F	F	F	F	F	F	F
Idade Média(anos)	36	36	36	36	36	36	36	36
Local de Nascimento	Salvador	Salvador	Salvador	Salvador	Salvador	Salvador	Espírito Santo	Feira de Santana
Escolaridade	Ensino Médio Completo	Ensino Médio Completo	Ensino Médio Completo	Ensino Médio Completo	Ensino Médio Completo	Ensino Médio Completo	Ensino Médio Completo	Ensino Médio Completo
Tempo Médio de Residência no Bairro (anos)	26	26	26	26	26	26	26	26
Trabalho anterior ao de ACS	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não
Trabalho Comunitário Anterior a ACS	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
Motivação para ser ACS	Oportunidade de emprego	Oportunidade de emprego	Necessidade de Trabalho	Oportunidade de emprego com carteira assinada	Oportunidade de emprego	Oportunidade de remuneração, por atividade que já desenvolvia.	Oportunidade de remuneração, por atividade que já desenvolvia	Oportunidade de emprego
Tempo Médio de Trabalho USFC (anos)	04	04	04	04	04	04	04	04
Religião	Católica	Católica	Católica	Católica	Católica	Católica	Católica	Católica
Estado Civil	Solteira	Solteira	Casado	Casada	Solteira	Divorciada	Solteira	Solteira
Nº de Filhos	00	01	01	01	01	02	02	00

O Candeal, pertencente à área do Distrito Sanitário de Brotas, tendo como limites o Horto Florestal e a Cidade Jardim; a população da área adstrita é de 5.791 habitantes, sendo 2.650 pertencentes ao sexo masculino e 3.141 pertencentes ao sexo feminino, conforme levantamento feito pela USFC, apresentado no (Quadro 6) .

Esses dados revelam que o bairro com toda a sua diversidade é caracterizado por uma população jovem, apresentando em sua composição 67,6% dos moradores com essa característica.

²⁰ Por solicitação dos ACS, alguns dados da tabela que poderiam identificá-los foram alterados.

Quadro 6 – Faixa Etária/Gênero

Faixa Etária	<1ano	1 a 4	5 a 6	7a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a +	Total
Gênero											
MASC	2	87	84	167	236	220	1057	347	257	193	2650
FEM	6	89	77	135	252	250	1253	474	253	352	3141
TOTAL GERAL	8	176	161	302	488	470	2310	821	510	545	5791

Fonte: PSF/Candéal

4.2 – O Processo e as condições de trabalho do agente comunitário de saúde

O ambiente de trabalho tem sido palco de mortes, doenças e incapacidades para um grande número de trabalhadores, ao longo da história.

Para Oddone et al (1986), o ambiente de trabalho corresponde ao conjunto das condições de produção em que a força do trabalho e o capital se transformam em mercadorias e em lucro. Refere-se assim às características do local de trabalho e aos elementos conexos à atividade em si, que em condições inadequadas/insatisfatórias têm a capacidade de provocar danos a quem sobrevive do e pelo trabalho. Complementando a definição de Oddone, mais direcionada ao trabalho da indústria, encontra-se o ponto de vista de Campos (2003), que reconhece o ambiente de trabalho para além dos espaços restritos das instituições/organizações, abrangendo também os ambientes externos quando neles se situam trabalhadores que desenvolvem suas atividades laborativas nos espaços públicos ou abertos ao público, como policiais, motoristas, entregadores, os ACS, entre outros.

O deslocamento dos trabalhadores do setor secundário da economia para o setor de serviços tem ampliado o número de trabalhadores que exercem as suas atividades laborativas a céu aberto em contato direto com o público em sua vida real. Com isso, o confinamento dos ambientes de trabalho onde prevalece a sensação de isolamento e monotonia, tem cedido lugar às atividades e ocupações onde a sociabilidade é exercitada pela interação direta com o público.

Paes-Machado e Levenstein (2000) referem que tais trabalhadores, embora consigam superar os inconvenientes dos locais fechados, acham-se mais expostos a situações estressantes e violentas, exigindo um maior esforço do ponto de vista psíquico para lidar com a diversidade e imprevisibilidade dos usuários de serviços que requerem profissionais que trabalham *a céu aberto*²¹. Estas situações são muitas vezes concretizadas através de atos violentos dirigidos ao trabalhador no trabalho ou a serviço deste, com consequências inesperadas para a sua vida e para a sua saúde.

4.2.1 – O trabalho gerando satisfação

Kantorski (1997), resgatando a importância do trabalho na vida do homem, destaca que o trabalho consiste em uma condição inexorável da existência humana. Ao trabalhar, o homem deixa sua face na natureza, reconhecendo a si mesmo, produz sua identidade social e transcende no espaço e no tempo, constituindo-se produtor de sua própria história.

O Agente Comunitário de Saúde sendo um trabalhador refere que o trabalho corresponde às necessidades de sobrevivência do indivíduo, tanto no que diz respeito ao valor capital do trabalho, bem como à própria valorização pessoal.

Neste estudo, depreendemos que o trabalho oferece ao ACS atributos pessoais que proporcionam satisfação no trabalho, conforme relatos a seguir:

Eu me sinto gratificada em meu trabalho, não pela remuneração, mas porque faço o que gosto (Lina).

Me sinto realizada como ACS, gosto do que faço (Verônica).

Gosto de ser ACS, e não pretendo largar essa profissão, [...] já ajudava as pessoas antes e agora poso ajudar mais (Gertrudes).

Também é apontado pelos ACS, como principal motivação para o trabalho, a possibilidade de ajudar as pessoas mais necessitadas da comunidade, o que favorece a satisfação que estes trabalhadores encontram na realização de suas atividades laborais.

Questões sobre a remuneração, apesar de serem abordadas pelos ACS, não foram colocadas como geradora de insatisfação e impeditiva para o trabalho. O que foi apontado por

²¹ Grifo nosso

esses trabalhadores é a oportunidade de terem um emprego com carteira assinada e a experiência que este tipo de trabalho tem proporcionado.

A gente quando começa a procurar emprego nessa capital aqui, a dificuldade que é encontrar emprego, a questão do desemprego que a gente ouve falar, o que aparece a gente entra para poder trabalhar (Francisca).

Com o passar do tempo fui aprendendo a gostar do trabalho; com o meu trabalho já consegui coisas que talvez eu não tivesse conseguido. É um trabalho muito bom, porém, pelo fato de ser na rua não dá aquela segurança, a gente anda muito, vê muita coisa e não tem mecanismo para resolver (Paloma).

Na entrevista falei que o mais importante para mim agora é o trabalho. [...] já trabalhei, mas esse é o primeiro trabalho com carteira assinada (Elisa).

Os direitos, oriundos de um trabalho formal (com carteira assinada), que garante ao trabalhador os direitos sociais, como remuneração mensal, décimo terceiro salário, férias remuneradas, benefícios previdenciários, repouso semanal remunerado, dentre outros, contribui para a motivação e valorização destes trabalhadores, bem como para o êxito do PSF.

Silva (2001) refere que as principais motivações para o trabalho dos ACS que fazem parte do Projeto Qualis, na cidade de São Paulo, é o trabalho remunerado, o contato solidário com a população, o aprendizado e a perspectiva de profissionalização.

Para ser ACS, o trabalhador precisa ser morador da área de abrangência em que atua no PACS ou PSF. Este é um critério estabelecido para a contratação do ACS, conforme a Lei Federal 10.507 de 10 de julho de 2002, apontado pelo Ministério da Saúde como o principal facilitador da aproximação do setor saúde à comunidade, no âmbito do SUS.

Ser morador e trabalhador da saúde traz inúmeras vivências ao ACS, julgadas por estes trabalhadores como positivas e negativas, gerando situações de satisfação e sofrimento.

Cadastrar e posteriormente visitar as famílias é o instrumento fundamental utilizado para a vigilância a saúde da comunidade, seja no âmbito do PACS ou PSF.

Essa é uma atividade a céu aberto, pois só poderá ser executada fora do espaço institucional, exigindo do profissional uma dinâmica diferente de trabalho, pois não existe um espaço físico que limite as intercorrências naturais do espaço externo, que foge ao domínio do profissional.

Assim, consideramos que, na ambigüidade dos sentimentos, o trabalho com as famílias da comunidade, que se efetiva a céu aberto, é o que dar prazer e visibilidade ao trabalho realizado pelos ACS.

Eu acho que as pessoas têm confiança no meu trabalho, elas vêm que meu trabalho é serio; eles têm confiança na gente, nos Agentes Comunitários (Francisca).

Algumas pessoas gostam do meu trabalho, [...] a maioria abre as coisas que se passa na vida que se passa na família (Elisa).

Às vezes as pessoas deveriam me ver como profissional e não como vizinha; acho que eles atrapalham um pouco. [...], porém a busca constante a nós ACS, nos finais de semana, feriado, chateia, mas também indica confiança no nosso trabalho (Elisa).

Apesar de apontarem também dificuldades, morar na área de abrangência da USFC oferece ao ACS facilidades, quer no aspecto de deslocamento ou mesmo no conhecimento que tem da área e dos moradores que ali vivem, favorecendo melhores relações com os usuários e facilitando o fortalecimento do vínculo.

Sendo um integrante da comunidade, o ACS, vive situações semelhantes às dos usuários do serviço, uma relação de identificação com as condições de vida e saúde da população. Essa aproximação identitária, possibilita compreender melhor as condições e estilo de vida da comunidade, bem como as suas necessidades.

[...] bom porque esta perto do seu trabalho, você não pega transporte, não passa por aquele tumulto de ter de acordar de madrugada pegar ônibus, enfrentar a mesma situação na hora de voltar para casa; e também você conhece as pessoas com quem vai lidar na comunidade (Paloma).

A relação minha com a comunidade agora é outra, diferente da que eu tinha quando apenas só era moradora (relação de vizinha). Agora eu sou um referencial, um profissional de saúde, alguém que por ter uma boa relação de vizinhança, e por agora ser um representante da saúde, se tem uma maior confiança para se falar determinadas situações de vida, de saúde (Verônica).

Nunes et al. (2002), ao analisar o processo de construção identitário do ACS, refere que sua formação a partir de referências biomédicas, confere a este trabalhador um sentimento de orgulho, uma vez que agora, o seu conhecimento esta para além do conhecimento popular, que anteriormente o igualava ao conhecimento de seus pares na comunidade.

Esses autores também concluem que o prestígio social, sentido pelos ACS, pode estar relacionado ao fato de terem passado a ter acesso privilegiado a outros profissionais e ações de saúde, criando nos moradores confiança quanto à possibilidade de resolução dos seus problemas.

4.2.2 – O trabalho gerando sofrimento

Dejours (1990) na busca de entendimento sobre o que no trabalho é fonte de nocividade, propõe que a categoria seja esquematicamente dividida em condição de trabalho e organização do trabalho.

Como condição de trabalho, define-se o conjunto que envolve o ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação altitude, etc.), o ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças, etc.), o ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), as condições de higiene e de segurança, e as características antropométricas do posto de trabalho, tendo como alvo o corpo do trabalhador, ocasionando desgaste, envelhecimento e doenças.

Por organização de trabalho compreende-se a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões pertinentes a responsabilidades – enfim, a diferenciação entre os trabalhadores; fruto de uma construção social, contribuindo para que ocorra uma afetação no nível de seu funcionamento psíquico e a mobilização de investimentos afetivos, tais como o amor e o ódio, a amizade, a solidariedade, a confiança, a parceria, etc. Trata-se de uma relação conflituosa em que são travados infundáveis embates entre as artimanhas de uma (organização do trabalho) e a vontade e os desejos do outro (trabalhador) – uma luta pela a saúde de ambos (saúde financeira do capital e saúde física e mental do trabalhador).

É o trabalhador quem vai administrar a disfunção, o desequilíbrio existente entre o trabalho prescrito e o real, sendo necessárias a recomposição das tarefas e sua redivisão entre os operadores, o que não pode ser considerado fácil ou leve, pois, na maioria das vezes, essa

operação é investida de sofrimento, no nível corporal e, principalmente, no nível da economia psíquica. “*Em todo o fazer humano encontramos sempre uma parcela de insucesso, face ao qual o operador ajusta a técnica e os objetivos*” (Athayde,1996: 89).

Quando a organização do trabalho é fonte de exigências rígidas e estáveis, às quais estão expostos os trabalhadores, inviabiliza a construção de defesas e deixa aos trabalhadores a alternativa única de adaptar-se ao trabalho, que passa a ser apenas fonte de pressões patogênicas e meio de sobrevivência. O trabalho, entretanto, também pode levar a uma vivência de prazer, pois as pessoas diferenciam-se na forma como vivenciam as situações de trabalho, sendo a história de vida um fator importante na elaboração de sistemas defensivos. Ele pode representar a possibilidade de o trabalhador afirmar-se e construir novas normas, de defender-se.

Na ambigüidade de sentimentos e emoções, expressos pelos ACS, consideramos o sofrimento que estes trabalhadores têm vivenciando, expondo-os a problemas de saúde, desmotivação e insatisfação no trabalho.

Identificamos que o ACS aponta como dificuldade no seu trabalho com as famílias do bairro, as pressões que sofre na cotidianidade, proveniente do seu envolvimento com a população.

Nesse sentido os ACS entrevistados puderam falar sobre o sofrimento que o seu trabalho oferece:

Na equipe, as pessoas não dão muita importância às situações que vivemos durante a realização de nosso trabalho no bairro; ficam até admiradas, mas não tomam nenhuma medida para sanar o problema (Verônica).

A desvalorização do profissional é grande, o próprio governo precariza as condições de trabalho do seu corpo técnico quando não contrata a sua mão de obra de forma direta e terceiriza sua prestação de serviço (Núbia).

Uma das coisas que acho negativa em nosso trabalho é a interferência, em nossa vida particular pela comunidade, pois não tem dia nem horário; eles podem ver que você esta arrumada, não esta de farda e lhe para querendo uma informação (Lina).

O trabalho no PSF vai além de um trabalho técnico e tecnológico; para mim trabalhar no PSF somente com técnica e tecnologia é uma violência, tanto para a comunidade como também para com os trabalhadores que abraçam essa nova forma de fazer o SUS acontecer. [...] eu sei que eu trabalho, ultrapasso os meus limites, mas ultrapasso com consciência, talvez seja isso; a consciência, que me fortalece (mesmo com desânimo), fazendo com que o dia seguinte, seja um novo dia de luta para ultrapassar as adversidades (Núbia).

Está explícito nestas falas, sob o ponto de vista institucional a desvalorização do trabalho ACS, bem como a pressão da comunidade, que reconhecendo nele um aliado, busca-

o incessantemente como porta voz de suas necessidades. O sofrimento ocorre nesta dualidade, pois os próprios ACS idealizam para si uma expectativa bastante elevada em relação a sua competência/profissão e sistema de saúde, desconsiderando em alguns momentos as responsabilidades da equipe, dos indivíduos e das próprias famílias.

Tomaz (2002) adverte sobre o risco de atribuir-se ao ACS o difícil e complexo papel de profissional que impulsiona a consolidação do SUS, vez que, a consolidação do SUS, depende de uma série de fatores, técnicos, políticos, sociais e econômicos; bem como do envolvimento de diferentes atores, inclusive o próprio ACS, que sem dúvida tem um papel fundamental neste processo.

Algumas dificuldades são relatadas como sinônimos de angústia para os ACS. Uma delas refere-se ao fato de que, por ser morador do bairro e trabalhador da USF, torna-se fonte de informação sobre o processo de organização dos serviços de saúde prestados pela Unidade do bairro. Outro ponto tem relação com a própria dificuldade que o ACS possui de impor limites a comunidade. O reconhecimento do papel social do ACS, muitas vezes visto como solidário, recebe equivocadas interpretações, uma vez que sofre abordagens em qualquer local que esteja; independentemente do horário de trabalho, final de semana ou feriado.

Acho pertinente esta reflexão, sob o ponto de vista destes trabalhadores, uma vez que as questões trabalhistas e de vínculo institucional como o direito ao descanso remunerado e o contrato de trabalho de 40 horas semanais/8 horas diárias é um direito conquistado pela luta dos trabalhadores ao longo da história.

Apesar da maioria dos trabalhadores entrevistados não trazer de forma explícita questões de sua própria saúde frente às condições de trabalho, encontramos num estudo feito por Camelo (2002), que 70% dos ACS, dos Núcleos de Saúde da Família do Centro de Saúde Escola FMRP-USP, apresentaram sintomas de estresse.

A autora deste trabalho adotou como referência para definição de estresse o conceito Lipp (1999)²², que refere ser o estresse um estado de tensão que causa uma ruptura no equilíbrio interno do organismo. Os sintomas podem ser de ordem física (tensão muscular, sensação de desgaste físico, insônia, perda de memória), ou de ordem psíquica (vontade subta de iniciar novos projetos, aumento súbito de motivação, irritabilidade e sensibilidade emotiva excessiva).

Retratando esse aspecto, alguns ACS teceram as seguintes considerações durante entrevista:

²² Lipp, M.E.N. O que eu tenho é estresse? De onde ele vem? In: Lipp, M.E.N. (Ed.) O estresse está junto de você. São Paulo: Contexto, 1999. Cap. 1, p. 9-18.

Se dependesse de meu marido eu não estaria trabalhando como ACS, ele acha esse trabalho muito cansativo, acha que eu me desgasto muito, que chego em casa sobrecarregada, sem muita paciência para corrigir o dever da menina (Verônica).

Ainda bem que convivendo com essa realidade, nunca tive nenhum problema de saúde maior, apenas uma dor de cabeça de vez em quando, um estresse (Elisa).

Você sai do seu trabalho mais aquela pressão vivida no ambiente de trabalho não sai de sua cabeça. Como fica então a sua relação com a família? Fico nervosa com algumas situações vividas no trabalho que interfere nas resoluções que tenho de tomar em minha casa (Lina).

A família torna-se para o ACS um depósito de suas angústias, motivo gerador de estresse no âmbito familiar. Do ponto de vista do ACS e de sua família, o trabalho dos ACS, muitas vezes não tem respaldo institucional, uma vez que as agruras do trabalho são trazidas para o seio familiar, deixando de ser resolvida no âmbito institucional, ou seja, na própria equipe.

Para Camelo (2002), a pessoa com estresse relacionado ao trabalho, tenderá a ter problemas no gerenciamento de seu papel familiar, gerando relações tensas e conflituosas.

Nesta pesquisa, pode-se observar que os ACS para falar de seu trabalho, por vezes, remetem-se ao trabalho em equipe como um fator enriquecedor para a promoção da saúde da comunidade, porém, ressaltam com muita veemência as dificuldades encontradas na efetivação do trabalho em equipe, apontando hábitos dos profissionais de saúde que comprometem a operacionalidade do PSF.

As pessoas vêm trabalhar aqui, mas não visualizam o que é um trabalho no PSF, ainda vem com aquela idéia de Posto de Saúde (Lina).

Eles (ACS) são mais solidários no trabalho, mas o restante da equipe também é importante, existe uma divisão e isso às vezes atrapalha o trabalho (Gertrudes).

[...] essa situação contamina a gente, então, cada vez vamos fazendo menos pela comunidade. Eu acho que os profissionais daqui tinham muito a dar hoje em dia, muito a oferecer para a comunidade e por causa de picuinha, diferença de salário, contratação, fica negligenciando o trabalho (Elisa).

Aqui na unidade tem uma equipe que funciona e tem uma equipe que esta por esta; esta mais a fim de ganhar o seu dinheiro do que fazer o próprio trabalho. Eu fico triste com isso, pois para mim o PSF é sinônimo de trabalho em equipe, e muitas vezes, pela própria necessidade do serviço, ultrapassar o horário de trabalho (Núbia).

Falando sobre o trabalho em equipe multiprofissional, Peduzzi (1998), Mishima e Almeida (2001) e Fortuna (2003), referem que a relação recíproca – trabalho e interação –

caracteriza o trabalho em equipe e a interação demanda, simultaneamente, a preservação das diferenças técnicas, flexibilizando as fronteiras entre as áreas profissionais.

Se formos pensar nos pressupostos que norteiam o PSF, veremos que o trabalho não se circunscreve apenas a uma execução técnica hierarquizada. Para que esse trabalho possa ser efetivado, garantindo seus princípios norteadores, a interação social/profissional entre os membros da equipe, com maior flexibilidade e horizontalidade entre os poderes instituídos, possibilitará maior autonomia e criatividade dos ACS e maior integração da equipe.

Nesse sentido, a reflexão sobre esse argumento proposto por Fortuna (2003) é significativamente oportuno, uma vez que possibilita pensar filosoficamente sobre o sentido da equipe, sobretudo de uma equipe de saúde, que tem como argumento principal para suas ações, o cuidado: *"No entre trabalhadores/trabalhadores, trabalhadores usuários se faz a criação do trabalho em equipe em saúde [...] Equipe é mistura que não se funde e deixa viver ao lado, é simples; nem sobre; nem sub; apenas com"* (Fortuna, 2003, p.12).

A pesquisa nos revela que, o trabalho em equipe para o ACS, tem sido a junção de pessoas, de fazeres e saberes, um agrupamento de pessoas pouco integradas. As falas dos ACS, também revelam que ainda é muito incipiente a horizontalidade institucional, fator relevante para a materialidade dessa nova forma de intervir em saúde, preconizada pelo PSF, na tentativa de fazer valer o SUS nos seus princípios de integralidade e equidade.

É meu complicado dizer, pois eles não falam nada explicitamente se está bom; fala mais que está ruim; critica mais do que elogia (um elogio de vez em quando, uma crítica sadia, sempre e bem vinda). A crítica é sempre destrutiva, nunca falaram nada diretamente comigo, mas sempre é dirigida a equipe toda; sempre uma crítica destrutiva que não leva você a construir ou consertar nada. O que se fala sempre é que você não presta, não trabalha, e isso chateia um pouquinho (Lina).

[...] as pessoas não dão nenhuma importância ao outro. [...] é uma falta de cuidado da equipe em relação aos acontecimentos que dificultam o nosso trabalho (Tâmara).

Temos 02 equipes (Gueto e Pedra do Marfim), mas existe uma terceira equipe oriunda dessas duas equipes; essa é a equipe que funciona, têm pessoas nessa equipe que compreende a essência do PSF, essa é a equipe que no meu entender sustenta este núcleo de saúde; é onde as relações de poder não são construídas verticalmente; ninguém determina e você tem que obedecer. Nesta equipe as pessoas conversam e se respeitam, são humanas e profissionais (Núbia).

O ACS, na efetivação de seu papel, traz as demandas da comunidade para serem integradas aos diversos saberes da equipe. No entanto, o papel sócio/profissional do ACS, revela descaso na equipe. Acredito que o processo se agrava, uma vez que o ACS são os representantes da comunidade dentro da Unidade de Saúde. Assim, ao não darem a

importância devida a suas colocações, a equipe pode estar desconsiderando o que acontece, ou mesmo colocando uma mordida no que a comunidade esta falando.

Por outro lado revela-se também um profissional mais sensível, talvez por pertencer à própria comunidade e também viver as agruras do bairro, que leva para os “cadastrados” as propostas de trabalho da equipe de saúde da família, e para a equipe de trabalho, as demandas dos “cadastrados”, sendo depositário de inúmeras expectativas.

CAPÍTULO V

SIGNIFICADOS DA VIOLÊNCIA VIVENCIADA PELOS ACS NO COTIDIANO DE TRABALHO NO CANDEAL

5.1 – Violência no Trabalho

Ao buscar uma aproximação entre violência e trabalho, lembro inicialmente, o estudo de Carneiro (2000) ao mostrar que os trabalhadores em ambientes externos sofrem mais violência do que aqueles que exercem atividades em ambientes confinados (a céu fechado).

Noronha et. al. (2004), em pesquisa realizada no município de Vitória da Conquista – BA, objetivando identificar as necessidades de capacitação dos profissionais do PSF, ao discutir junto aos ACS sobre o cotidiano e condições de trabalho, refere que a expansão, a proximidade, o grande número de pessoas, a violência todos são motivos para angustiar estes profissionais no exercício de trabalho.

Garrido (2004) refere que no cotidiano de trabalho dos profissionais do PSF, a exposição à violência é freqüente, revelando uma situação mais acentuada em relação aos ACS, vez que, esses profissionais para realizar suas atividades laborais têm que caminhar em ambientes externos (a céu aberto).

Sobre a violência no trabalho, Waddington, Badger e Bull (2005), em artigo publicado no *Bristh Journal of Criminology*, ao avaliar a noção de violência conclui que alguns comportamentos podem ser caracterizados como violentos, ameaçadores ou intimidadores. Assim, propõe que os pesquisadores desta área de conhecimento estabeleçam diferenças entre os vários casos/tipos de violência.

Apesar de bastante relevantes em termos de sua incidência na população trabalhadora e suas conseqüências para o trabalhador, os episódios não-fatais de violência no trabalho, a princípio menos graves se comparados a outros tipos de violência como os homicídios, não recebem a atenção que merecem. No Brasil, além da escassez de estudos, convive-se também com a subnotificação destes eventos, em decorrência de uma série de fatores, a exemplo da ausência nos Boletins de Ocorrência Policial de espaços específicos para o registro da violência relacionada ao trabalho, o desconhecimento ou omissão dos próprios trabalhadores e/ou empregadores da articulação entre violência e trabalho. A naturalização destes eventos

por serem considerados menores quando confrontados a outras formas mais dramáticas de violência têm contribuído para a invisibilidade deste problema de saúde pública.

Como foi enunciado no capítulo III, a análise sobre a violência que abordaremos neste capítulo apóia-se nas terminologias: violência do trabalho/violência no trabalho (violência ocupacional), uma vez que a categoria de trabalhadores – Agentes Comunitários de Saúde, durante o exercício de suas atividades laborais vivenciam situações de violência oriundas **do e no** trabalho por força do desempenho de suas tarefas ocupacionais.

Embora os entrevistados considerem que trabalham em um ambiente permeado por violências, parece haver dificuldade em identificar situações de violência em geral, e sua influência no cotidiano de trabalho, essa dificuldade me levou a pensar que ninguém, ou a maioria das pessoas, não gostam de falar mal de sua própria casa. Para que os ACS se sentissem a vontade para falar da violência em seu ambiente de trabalho em muitas entrevistas foi necessária a atenção do pesquisador para poder confrontar respostas e perguntas para assim desvelar a violência vivida/sofrida pelos ACS na realização do trabalho. A categoria “violências vivenciadas” é composta por duas subcategorias, a saber: compreendendo o cenário de violência e violência institucional.

5.2 – O Trabalho a Céu Aberto: A compreensão dos ACS sobre a violência no âmbito de sua atividade profissional

Desenvolvendo suas atividades e ações na unidade de saúde da família, nos domicílios e na comunidade em que a equipe de saúde da família é responsável, priorizo para discussão nesta pesquisa, o trabalho do ACS realizado fora da USFC, uma vez que são determinadas situações por eles vivenciadas que desvelam a violência no âmbito do trabalho, e também por ser este espaço – a céu aberto – o palco principal/primordial de seu trabalho. Também, teço considerações sobre outras situações de violência por eles vivenciadas que dificultam as ações de prevenção e promoção da saúde da população assistida pelo SUS.

A visita domiciliar constitui uma atividade que tem o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos e grupos ou planejamento de ações, visando à promoção de saúde da coletividade. A sua execução ocorre no local de moradia dos usuários, possibilitando ao profissional conhecer o contexto de vida do usuário da USF. E requer um profissional habilitado e com capacitação específica no uso das técnicas de comunicação e de observação sistematizada.

Neste estudo, o acompanhamento das famílias no seu espaço privado tem favorecido a crença que o ACS tem em seu trabalho como um dos mais importantes pela responsabilidade do cuidado com o outro, ainda que essa atividade esteja vinculada a situações de violência conforme enunciam os protagonistas desse trabalho.

Quando começamos tivemos cursos que nos deram uma base para o trabalho, porém a parte pratica cada um aprendeu no dia a dia de trabalho [...] começamos a ver que a nossa responsabilidade é muito maior do que ouvimos durante o curso (Verônica).

Somos fundamentais na equipe, é o agente que é a ponte principal entre o paciente e a unidade. [...] Nós reconhecemos o valor do nosso trabalho pelos resultados na comunidade. (Lina)

Nós trabalhamos com a prevenção e promoção da saúde; a gente tem que prover a saúde na comunidade. (Francisca)

Nessa categoria empírica estão incluídas as representações dos entrevistados sobre o seu entendimento do que seja violência. Foram relacionadas às várias formas de agressão sofridas pelos ACS. Foi possível perceber, pelas entrevistas, como primeira reação ao questionamento do que o entrevistado entende por violência, a surpresa e a necessidade de reflexão antes da resposta, demonstrando haver determinado grau de dificuldade em estabelecer conceitos sobre o assunto.

Os ACS da USFC relatam vários tipos de violência que fazem parte de seu cotidiano de trabalho, que vão desde a violência velada, que acontece em sua relação com o usuário, até a violência institucional, percebida pela falta de condições adequadas de trabalho.

5.2.1 Compreendendo o cenário de violência

Nas entrevistas, emergiram citações de vários tipos de violência que fazem parte da realidade do trabalho dos profissionais, em situações distintas. A primeira idéia de violência é a explicitação de uma agressão naturalizada, que está enraizada nos hábitos e costumes da comunidade e que passa a ser considerada natural. Ressalta-se que situações de violência podem se manifestar de várias formas e que nem sempre se referem à agressão física, sendo possível identificar como relevantes a agressividade verbal, de postura, enfim, de um comportamento hostil.

A área de abrangência da unidade é composta por uma população de condições sociais diversificadas; oscilando entre uma comunidade de pessoas pobres em suas mais diversas

matizes, que moram em casas que variam do barraco ao “palácio”; e bairros de classe média que ficam no seu contorno. É a tradução na modernidade da Casa Grande e Senzala, onde Gilberto Freyre em sua maestria retrata a importância do homem brasileiro reavaliar o seu próprio passado e aceitar o fato de que o sangue e a cultura do povo africano são componentes importantes da identidade nacional. Os ACS reconhecem que o cenário é uma área que com o passar do tempo vem se tornando violenta, com influência das atividades do tráfico de drogas em seu trabalho; segundo eles, com a chegada da vizinhança de melhor poder aquisitivo os problemas no bairro também foram se complexificando.

Para eles,

Violência é toda agressão física ou psíquica: quando fere o seu caráter, o seu sentimento, algo que você vê diante da situação vivida pelas famílias que você acompanha e fica impotente para resolver (Lina).

A violência é... é a droga, a violência é uma agressão, a violência é quando você chega à casa de uma pessoa e vê a pessoa não ter o que comer, eu acho que tudo isso é violência. Eu não vejo a violência como [...] uma pessoa agredindo outra fisicamente, vejo a violência assim de várias formas (Francisca).

Se quando eu comecei a trabalhar eu encontrei aquela situação que já lhe falei sobre o tráfico de drogas, posso dizer que a situação foi piorando, e se eu já tinha receio e medo agora fico mais assustada (Verônica).

[...] fiquei chocada ao ver aquele estado de pobreza, [...] se só tinham uma escova para quatro pessoas, imagine a fome, ela também é um caminho para a droga, para o tráfico (Gertrudes).

Minayo (1994) afirma que não se conhece uma sociedade sem a presença de violência. Esta faz parte da própria condição humana, e as pessoas, enquanto cidadãos são, ao mesmo tempo, sujeitas e objeto deste fenômeno. No entanto, é no tráfico de drogas ilegais que se encontra o mais consistente e desprezível vínculo entre violência e ser humano. A violência ou a sua ameaça são mecanismos que reforçam as regras sociais de troca no mercado ilícito em sociedade sem recursos legais capazes de dirimir as disputas.

Passei a conhecer situações no Candeal que não conhecia. [...] nessa casa tinha situações gravíssimas, até traficantes membros da família, adolescentes que faziam um monte de barbaridades lá fora (em outros bairros de Salvador), e eu tendo que fazer um trabalho com ele, conversar, tentar mudar a realidade (Verônica).

Eu procuro me proteger em relação aos comentários sobre o tráfico, tento ficar neutra, quando escuto alguma coisa faço de contas que não ouvi (Tâmara).

Não se sentem neutros, no sentido literal do termo, pois há sempre um julgamento, um sentido de medo que permanece, interrompe o sono, o descanso. Muitas vezes se sentem solitários para compreender os processos da realidade. A tendência é fingir que se afasta do contexto dos problemas de saúde e tomar de modo fragmentado a realidade possível de ser vista em meio aos extremos da miséria gerada pelo tráfico.

A compreensão do texto traz as unidades de sentidos nem sempre explícitas nos enunciados, mas de algum modo aparecem expressões significativas nas faces, como uma espécie de tensão quando ao dialogarmos, requerem à violência do bairro, tanto física quanto a que revela carências materiais e fome. Nesse aspecto, suas falas são testemunhos das condições do mundo cotidiano do bairro implicado no trabalho. E nesse contexto diverso se sentem sujeitos, e examinam todo o tempo, como podem agir com o outro.

Nesse processo de compreensão da linguagem, a hermenêutica é o instrumento que contribui com a análise dos termos expressos pelos agentes nesse meio social violento.

Oliveira (2004) refere que embora seja freqüente no Brasil o uso da expressão “crime organizado” para ações criminais eficazes executadas por quadrilhas, ainda não se tem definido os tipos de ações criminosas que possam ser consideradas organizadas. Para a construção desse difícil conceito é necessário levar em conta características econômicas e institucionais, tais como *modus operandi* dos atores, estruturas de sustentação e ramificações do grupo, divisões de funções no grupo e seu tempo de existência que permitam sua classificação como organização criminosa. Além disso, as organizações criminosas devem ser analisadas por suas dimensões de atuação: local, nacional ou internacional.

Nesse sentido, não se pode dizer que no município de Salvador exista a atuação de crime organizado, mas sim que a criminalidade na cidade tem sua forma de organização. O mercado do tráfico de drogas se orienta a partir da divisão de áreas de domínio de comercialização, que são definidas por sorteios, os quais não acontecem pacificamente, mas que, na verdade, se configuram em períodos de conflitos mais acirrados, com restrição de circulação onde eles acontecem.

Para ampliar o cuidado com a população, o PSF também trabalha com a ótica da divisão de áreas de atendimento, que são denominadas “áreas de adstrição do PSF”, que seguem uma orientação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Área do tráfico, área de adstrição do PSF; esta é a zona de trabalho do ACS, lugar onde os trabalhadores precisam “executar” o seu trabalho de cada dia, ficando expostos aos riscos de trabalhar em áreas de conflitos pelo tráfico de drogas que muitas vezes estão sob comando de grupos diferentes.

Em períodos em que há briga por território de tráfico de drogas os conflitos sustentados por armas de fogo são frequentes, impedindo o livre acesso à comunidade, inclusive pela presença da polícia na busca pelos cimosos.

Agressões por armas de fogo figuram como um dos tipos de violência mais temido devido ao seu elevado potencial em gerar danos físicos incapacitantes. Assim, em situações de conflitos armados por domínio de áreas de tráfico há prejuízo do trabalho da equipe de saúde, havendo, até mesmo, interrupção de algumas atividades. Entretanto, os profissionais vivem um conflito quando não prestam atendimento a famílias que vivem em áreas de conflitos e acabam por se tornar sujeitos passivos da situação.

O nosso trabalho não é muito seguro, não temos ferramentas suficientes para dar conta de nossas tarefas. [...] eu tinha que ir a casa dele não com um olhar que ele é um bandido, mas um cadastrado meu que tenho que atender e procurar ajudar (Verônica).

A minha área é um pouco violenta, quando eu vou lá eles me tratam muito bem, tem uma proteção comigo; nunca foram violentos comigo (Gertrudes).

Vou à casa de um cadastrado e não posso demonstrar que estou com medo, eu preciso fazer o meu trabalho, a comunidade precisa do nosso trabalho (Paloma).

Apesar de reconhecer os riscos que enfrentam no cotidiano de trabalho, percebe-se um comprometimento com as pessoas que necessitam de assistência.

Nesse sentido, os trabalhadores vivem o conflito ao sentirem-se responsáveis pelo cuidado do usuário de sua área de abrangência. E pelo fato de prestar esse cuidado, sentem-se preocupados, principalmente por entender que as pessoas prejudicadas são vítimas de uma escalada de violência e da necessidade de residirem em um local rodeado por conflitos e necessidades de toda natureza. Assim, a violência define para o cidadão um isolamento social, inserindo-o em um mundo marginalizado.

Outra forma de violência percebida pelos ACS é o “desinteresse” da comunidade frente às atividades oferecidas pela USFC.

Acho que a comunidade do Candeal é muito desinteressada em relação ao que a gente proporciona a ela; os grupos que são oferecidos eles não se interessam em participar, temos que ficar o tempo todo chamando, adulando. Vejo isso como uma violência (Tâmara).

Merhy (2003) afirma que as duras experiências vividas por usuários e trabalhadores de saúde têm mostrado que nem sempre a produção do cuidado em saúde está efetivamente comprometida com a cura e a promoção, conforme os modelos de atenção adotados. A

combinação da produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquista de resultados é um nó crítico a ser trabalhado por gestores e trabalhadores. De maneira geral, os processos atuais de produção de saúde, em particular os que buscam novas lógicas para as relações trabalhadores/usuários, vivem tensões básicas e próprias dos atos produtivos de saúde.

Entretanto, há um conflito entre os objetivos dos trabalhadores e dos usuários do serviço. Parece que existe uma divisão em dois blocos distintos, ambos vivendo uma relação de oposição complementar. Os primeiros realizam suas atividades com foco na atenção ao usuário. Embora em todo trabalho haja um tempo hábil para a realização das atividades, o tempo não é a primeira preocupação dos trabalhadores, mas sim a qualidade do atendimento prestado. O usuário tem como prioridade ser atendido, mas, além disso, precisa de atendimento ágil, pois sua disponibilidade de tempo para “seu” cuidado é menor do que a unidade tem condições de atender. Essa situação ocorre em razão de um conflito anterior: as condições de atendimento da unidade em termos de disponibilidade de recursos humanos, materiais e tecnológico não é suficiente para atender, satisfatoriamente, à demanda da população.

[...] quando a comunidade começa a desacreditar no programa pelas constantes falhas em sua execução, que vão desde a falta de compromisso do corpo de trabalhadores da ponta, até o descaso do alto escalão do governo que não estão nem aí para fazer valer a implementação dos insumos básicos para a execução do programa (profissionais, materiais, medicação, etc.) (Núbia).

A enunciação desta Agente Comunitária nos sugere pensar, que por falta de uma assistência a comunidades como esta, que vivem em situações de extrema precariedade, onde a situação de vida da população as situa abaixo da linha de pobreza, quando se tem algum problema, a solução que se espera é imediata. O tipo de assistência desenvolvido pelo PSF é um trabalho de prevenção, onde o processo de estabilização dos agravos a saúde tem como carro chefe a educação em saúde; e esse tipo de ação para quem sempre teve de esperar as sobras da assistência, esta fadada a não se concretizar.

5.2.2 Violência institucional

Outra forma de violência relatada pelos entrevistados diz respeito à relação profissional-organização. Consideram como forma de violência institucional o não oferecimento de infra-estrutura para o trabalho que, freqüentemente, leva a conflitos com usuários; também referem à falta de entrosamento na equipe; o não reconhecimento do

trabalho, que vai desde a própria equipe, como também pelo “auto-escalão”; trabalhar e ter que ser morador do bairro.

[...] minha equipe é capenga, essa equipe tão reduzida sobrecarrega o trabalho. [...] a falta de reconhecimento é uma violência, e aqui não se tem um reconhecimento do trabalho do ACS (Gertrudes).

[...] a desvalorização do profissional é grande, o próprio governo precariza as condições de trabalho do seu corpo técnico quando não contrata a sua mão de obra de forma direta e terceiriza sua prestação de serviço (Núbia).

[...] por outro lado acho ruim por causa da invasão de nossa privacidade. Essa invasão da privacidade, que é natural, é uma espécie de violência, pois não temos o direito de descansar como todo trabalhador no seu horário após o dia de trabalho, sábado, domingo ou feriado (Lina).

Esses trabalhadores entrevistados colocam como violência a organização do trabalho na unidade, compreendendo a UBS em seu sentido ampliado. Afirmam sentir-se violentados desde a sua chegada, quando são admitidos para o trabalho (precarização na contratação), bem como no ambiente de trabalho, dado o reduzido número de funcionários disponíveis para desenvolver as ações necessárias para o atendimento da população. Entende que a escassez de recursos humanos torna mais demorado o atendimento, o que gera conflitos e falta de interesse nas propostas de atenção a saúde formuladas pela USF por parte da população.

No contexto do PSF, o número de trabalhadores disponibilizados para atender determinada população, na verdade, corresponde a um número maior de usuários, que ultrapassa a sua capacidade de resolução (ainda que o número de famílias estejam dentro do parâmetro estipulado pelo MS). Essa situação acarreta um atendimento que não satisfaz à comunidade e sobrecarrega o profissional. Nessa perspectiva, o salto qualitativo esperado com a proposta do modelo de atenção universal está sendo adiado, pois a força de trabalho está inadequada para realizar as transformações necessárias.

Essa condição de trabalho é percebida pela maioria dos ACS entrevistados, que em suas falas traduzem a dificuldade na realização das visitas e qualidade no serviço prestado a população de sua área adstrita.

Tenho 133 famílias sob a minha responsabilidade, sempre tem aquelas pessoas que por mais que você tente ser agradável, ela não gosta de você (Lina).

Sou responsável por 132 famílias, acredito que para se fazer um bom trabalho esse número deve ser menor, penso que 100 famílias sejam um número razoável para que possamos fazer um bom trabalho (Verônica).

Acompanho 135 famílias, acredito que para fazer um trabalho de mais qualidade, todos os ACS deveriam acompanhar no máximo 100 famílias (Paloma).

Atendo a 156 famílias, acho que é muito, deveria ser 100 famílias no máximo por ACS, para que pudéssemos fazer um trabalho de melhor qualidade (Tâmara).

Ribeiro; Pires e Blank (2004) referem que para o desenvolvimento do PSF, é essencial construir um modelo de organização de serviços baseado em condições sociopolíticas, materiais e humanas que viabilize um trabalho de qualidade tanto para os trabalhadores quanto para os usuários.

Não atender a essa estrutura é correr o risco de deixar surgir à desmotivação do profissional, bem como desacreditar a proposta diante dos profissionais de saúde e da sociedade, que lutam para fazer valer o SUS.

O profissional entende que, em sua realidade, melhores condições de trabalho significariam uma melhor assistência e que essa é a essência de seu trabalho e do serviço de saúde que, nem sempre, é valorizada por dirigentes e usuários.

A assistência preconizada pelo PSF é uma assistência familiar que pressupõem um acompanhamento de equipe, e para os ACS, esse é um nó que vem dificultando a sedimentação do programa.

O que eu observo é que os trabalhadores (médicos e os outros profissionais de saúde) do PSF não estão preparados para abraçar essa nova forma de fazer saúde, trabalhar em equipe, eles ainda tem aquela visão de tratamento apenas baseado no medicamento, na vinda do doente para o posto de saúde; a comunidade não é ouvida para que se efetive de fato um trabalho de prevenção (Verônica).

Apesar de todos no posto saber dessas ocorrências não foi tomada nenhuma providência, e o que eu penso disto é que as pessoas não dão nenhuma importância ao outro, eu pedi a gerente na época para fazer um relatório do porque que eu não faço mais a visita a essa família e isso não foi feito, então eu não tenho mais ninguém a quem apelar; é uma falta de cuidado da equipe em relação aos acontecimentos que dificultam o nosso trabalho (Tâmara).

Os ACS são mais solidários no trabalho, mas o restante da equipe também é importante, existe uma divisão, uma falta de entrosamento na equipe e isso atrapalha o trabalho (Gertrudes).

Para que o meu trabalho aconteça, eu preciso que o trabalho de toda a equipe também aconteça (Núbia).

Em um contexto no qual trabalham diversos profissionais, é necessário a interação entre eles para favorecer a dinamização do processo de trabalho e esgotar todas as possibilidades de atendimento à comunidade.

Schraiber et al (1999) compreendem que os profissionais devem estar cientes da complementaridade de suas ações e proceder de forma articulada, identificando e respeitando as autonomias técnicas de modo complementar e interdependente. O que se espera é um duplo movimento por parte da equipe de saúde, pois para a eficiência e eficácia dos serviços, são necessárias tanto as autonomias técnicas dos profissionais quanto a articulação das ações.

5.3 Violência, contexto e reflexos no processo de trabalho dos ACS

Vemos em Marx (1982) que o processo de trabalho é composto por três elementos: atividade adequada a um fim, o que é o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; e os meios de trabalho, o instrumental do trabalho. Considera-se também meios de trabalho as condições materiais necessárias à realização do trabalho, como área física para sua realização. O trabalho é considerado um atributo humano, pois só o homem idealiza seu resultado final. Para a realização do trabalho, além do esforço, é preciso a vontade durante todo o curso do seu desenvolvimento. Nesse sentido, quaisquer fatores que atuem sobre algum dos elementos que compõem o processo de trabalho tendem a modificá-lo, podendo essa mudança resultar de forma positiva ou negativa.

A construção desta categoria se deu a partir dos relatos destes profissionais referentes aos seus sentimentos e reações ao trabalharem em um contexto no qual os vários tipos de violência, inclusive a institucional, estão presentes e estabelecem condutas. Foi possível verificar que os trabalhadores expressam fragilidade diante de suas condições de trabalho.

Acreditam que a constante tensão emocional no trabalho diário vem causando desmotivação; risco de cometer erros durante a execução de suas tarefas; desenvolvimento do individualismo e adoecimento do profissional.

Motta (1993) refere que a constante preocupação em relação à motivação para o trabalho se justifica na busca de uma relação mais satisfatória entre o indivíduo e sua tarefa. São freqüentes as explicações para baixo rendimento, para absenteísmo e atraso, para a falta de motivação. Ao contrário, a motivação traria entusiasmo, dedicação, cooperação e produtividade.

As situações de violência experienciadas pelos ACS que atuam no PSF do Candéal têm se configurado de várias formas: agressão verbal, psíquica e institucional, dentre outras. A desmotivação para o trabalho tem sido associada às diversas situações de violência que se repetem cotidianamente, sem uma perspectiva de mudança com a participação do trabalhador.

No relato dos trabalhadores é possível identificar as interferências que esses tipos de violência vêm interferindo no desempenho de seu trabalho.

[...] uma família onde todos têm problemas mentais [...] é duro você lidar com situações como essa, tentar fazer alguma coisa, dar um encaminhamento e vê que nada acontece. [...] Isso me faz perguntar: O que é que eu fiz para encontrar uma família nesse estado? Isso me trava, eu coloco a mão na cabeça, saio da casa para que a família não me veja nesse estado (Lina).

Situações de violência acontecem nas reuniões de equipe quando é exposta qualquer situação particular de algum colega (ACS) em relação ao seu trabalho. Também acontece em público. Já aconteceu com um Agente Comunitário, ser chamado atenção no meio dos cadastrados (usuários do serviço), pela gerencia. Eu me senti mal, quase desmaio aqui. Nesse dia ficou claro para mim que havia uma distinção/discriminação por ser ela uma agente e ser de cor negra. A falta de respeito com o profissional é uma violência (Lina).

Hoje eu sinto a minha saúde um pouco abalada, acredito que é por causa do trabalho, tanto pelo desgaste físico como emocional. Subo e desço muita ladeira e escada; a comunidade interfere muito na vida particular do ACS, pois não tem dia nem horário; eles podem ver que você esta arrumada, não esta de farda e lhe para querendo uma informação. Para a comunidade o ACS é o salvador, mesmo ele sabendo que o funcionamento da unidade é de 2ª a 6ª feira, se eles sentem alguma coisa procura logo a gente para marcar uma consulta; isso não tem horário; pode ser à noite, domingo, feriado (Verônica).

Trabalhar nessas condições é muito desgastante, [...] acaba interferindo em minha vida, em minha saúde, vou entristecendo com o meu trabalho, vou adoecendo (Núbia).

Essas situações vivenciadas pelos ACS agem negativamente na saúde dos trabalhadores, sendo motivo de tristeza, raiva, desapontamento, perda da satisfação com o trabalho, podendo causar prejuízo para ao bom desempenho do PSF, uma vez que, trabalhador vítima de agressão evita exposição às mesmas ou situações semelhantes geradoras da violência experienciada.

Motta (2002) explica que o medo está na interface do mundo exterior com o mundo interior. Exteriormente, começa pela consciência de fatores de risco, que está associada à percepção interna da pessoa sobre sua vulnerabilidade a esses fatores. O medo varia proporcionalmente à variação de três fatores: percepção de risco, vulnerabilidade e capacidade de resposta.

Assim, considerando os três fatores, o entrevistado a seguir, coloca de que modo ele enfrenta situações de violência. Sob sua ótica, a reação ideal para que seja possível dar continuidade ao seu trabalho seria ignorar a cena presenciada, mostrando a incapacidade de

resposta diante do risco. Além disso, considera que deixar transparecer seu sentimento aumenta sua vulnerabilidade.

Eu procuro me proteger em relação a comentários sobre o tráfico, tento ficar neutra, quando escuto alguma coisa, faço de conta que não ouvi (Tâmara).

Fico na minha, não me intrometo (Gertrudes).

Essa violência no bairro tem interferido no meu trabalho. E não posso demonstrar que estou com medo (Paloma).

A defesa adotada por esses ACS para poder continuar exercendo suas atividades no ambiente de trabalho é fingir que nada acontece ou aconteceu, colocando assim em cena a naturalidade da violência nesse contexto.

Vivenciar essas e outras situações de violência e medo produz reflexos em sua vida pessoal e profissional que precisam ser analisados enquanto efeitos dos riscos desse trabalho dos ACS. Em locais de maior pobreza e vulnerabilidade social torna-se ainda mais difícil para esses trabalhadores desempenhar o seu papel na equipe de saúde.

Do que foi exposto até o momento, sobre o ambiente de trabalho dos ACS, vale considerar que para suas atividades “a céu aberto”, merece uma profunda reflexão ética. Até que ponto o governo pode lhes assegurar segurança no trabalho?

A raiz etimológica da palavra ética, como nos lembra Boff (2001), é originada do *ethos* e significa a toca do animal ou casa humana, podendo também ser entendida, como aquela porção do mundo que serve para organizar, cuidar e fazer o nosso *habitat*.

Assim, *ethos* é o termo que se aplica ao cuidado, em que “*identificamos os princípios, os valores que fazem da vida um bem viver e das ações um reto agir*” (Boff, 2001, p.12).

Vamos também encontrar em Chauí (1999) o sujeito ético, racional e consciente, que sabe o que faz, *ou deveria saber*²³. Sendo teoricamente livre, decide, escolhe é responsável e responde pelo que faz.

Assim, pode-se afirmar que uma ação será ética, se consciente, livre e responsável, sendo virtuosa, na medida em que, seja realizada em conformidade com o bom e o justo. A ação ética deve resultar de uma decisão do próprio agente e não de uma pressão externa, o que leva a um conflito entre a autonomia do sujeito e a heteronômia dos valores da sociedade onde vive.

Ao fazer tal reflexão é possível perceber que os ACS não têm uma posição crítica em relação às suas condutas frente às situações de violência que vivenciam na cotidianidade de

²³ Grifo nosso

seu trabalho. Consideram natural conhecer fatos relativos à população com quem trabalha e ignorá-los ou não divulgá-los, uma vez que, conforme é salientado pela fala de um agente:

A equipe não se importa, eles ouvem, até ficam admirados com as situações que relatamos, porém, não é tomada nenhuma medida para que seja minimizada a exposição a essas situações de violência (Verônica).

Mantendo, assim, o sigilo por uma questão profissional ou por medo das conseqüências, na tentativa de evitar mais conflitos. Fazendo a análise dessa forma, a ética impetrada pelo ACS, é uma relação estratégica de defesa, para a manutenção de sua vida e trabalho.

O silêncio ou a omissão é então legitimada pelas condições de trabalho a que estão submetidos, espaços públicos (a céu aberto) e privados (a céu fechado), onde a cada dia a violência vem se naturalizando e sendo banalizada.

Transformando-se em uma “*panela de pressão*”, metáfora utilizada por eles para definir a ansiedade gerada pelo trabalho, o ACS acumula emoções negativas, tensões, medo. Muitas vezes não se sente em condições de assistir à comunidade como gostariam. Nesse sentido, sentem-se perdidos no trabalho, pois o cuidado para ele se constitui em um valor do exercício de sua profissão e dá sentido ao seu trabalho. Entretanto, ele se torna vítima de doenças físicas e psíquicas, causadas também, pela violência e dificilmente estas, serão diagnosticadas como doença relacionada à sua atividade laboral.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2002) aponta as doenças do trabalho como um conjunto de danos ou agravos que incidem sobre a saúde dos trabalhadores e que são causados, desencadeados ou agravados por fatores de risco presentes nos locais de trabalho. Para os ACS seus agravos à saúde ao manifestarem-se de forma lenta e insidiosa dificultam o estabelecimento do nexo causal (relação entre doença e trabalho).

No entanto, mesmo que não leve a um adoecimento comprovado do profissional, a forte tensão que vivenciam em suas funções pode acarretar desmotivação, levando a um desgaste de difícil mensuração e de difícil interpretação de seus efeitos, tanto sobre o profissional quanto sobre seu trabalho.

Enfim, este estudo evidencia que as situações de violência, vivenciada no dia a dia de trabalho dos ACS, necessitam ser problematizadas, enfrentadas, pois as falas desses agentes enunciam um enfraquecimento das ações preconizadas pelo Programa de Saúde da Família.

CONCLUSÃO

*Esperando o sol,
Esperando o trem,
Esperando o aumento para o mês que vem
Esperando um filho pra esperar também,
Esperando a festa, Esperando a sorte, Esperando a morte,
Esperando o norte, Esperando o dia de esperar ninguém,
Esperando enfim, nada mais além Da esperança aflita,
bendita, infinita do apito do trem ...*
[Pedro Pedreiro, de Chico Buarque]

A pesquisa aqui apresentada possibilita perceber a complexidade das relações laborais vivenciadas pelos ACS do Candeal de Brotas em Salvador-BA, no dia a dia de trabalho na USF ali situada. O acúmulo de situações de violência em seus diferentes matizes, ali experienciadas, configura-se como um quadro preocupante para a saúde destes trabalhadores, encarregados de promover a saúde da população através da prática de educação em saúde: alavanca primeira do trabalho de prevenção.

A área de adstrição, onde os ACS materializam seu trabalho, mesmo não sendo uma das mais violentas da cidade de Salvador-BA, vem, segundo os próprios agentes, tornando-se um lugar, onde a violência vem crescendo ao longo do tempo, e denunciá-la, significa valorizar a exposição desses trabalhadores a essa condição de trabalho preocupante. O impacto dessas condições afeta a assistência primária de saúde da comunidade. Incide, pois, na efetividade do Programa de Saúde da Família, como também na saúde do agente, protagonista central desse programa.

O estudo possibilita perceber, que a violência, presente no dia a dia destes trabalhadores, é facialmente percebida em suas diversas facetas, porém, falada e definida pelos mesmos com cautela, possivelmente por conta de sua banalização.

Reconhecida como natural, a violência, evidencia o tratamento que vem recebendo manifesto no pouco reconhecimento de ser este um problema de saúde pública, passível de medidas estratégicas para amenizar a dureza do problema e prevenir que alcance dimensões mais profundas, conforme recomenda a Organização Mundial de Saúde.

Segundo a OMS (2002), embora a violência esteja presente em todas as sociedades, o mundo não tem que aceitá-la como parte inevitável da condição humana. Assim como a violência tem estado presente ao longo de toda a existência humana, também, sistemas religiosos, filosóficos e jurídicos têm crescido no sentido de preveni-la ou limitá-la, ainda que nenhum deles tenha tido eficácia para sua reversão.

Nesse sentido, diante da magnitude alcançada pela violência, principalmente nos grandes centros urbanos as intervenções exigem abordagem e monitoramento interdisciplinares. A questão da violência deixa de ser, exclusiva da segurança pública para se tornar um problema de acesso aos serviços, moradia, emprego, educação e saúde dentre outros. Nesse sentido, o setor saúde, pela sua amplitude, cobertura geográfica e por atender vítimas de todo tipo de violência, pode ser considerado um poderoso aliado em sua prevenção, de forma articulada com outros setores da sociedade.

Em relação aos ACS, sujeitos desta pesquisa; percebe-se a necessidade de preparo para as suas ações de uma forma geral, bem como no tocante as questões relacionadas à violência objeto deste estudo, uma vez que, como os próprios agentes referem, a escalada da violência no bairro vem se tornando crescente.

A violência aqui em relevo é também estendida à insatisfação relatada pelos sujeitos da pesquisa, categorizada por nós como violência institucional e situada como um viés da violência estrutural. Estes profissionais de saúde deixam transparecer em suas falas que o processo de trabalho tem acontecido em precárias condições materiais e psíquicas, com prejuízo de sua motivação e ameaça constante da qualidade da assistência prestada a população adstrita.

Essas condições de trabalho exigem do profissional uma capacidade extraordinária de recriação do *modus operandi* na cotidianidade de seu trabalho, de forma solitária, ou somente contando com os seus pares, quando é possível. Tentam redimensionar conceitos e conflitos, até mesmo acreditar ser ético ao ignorar ou omitir determinadas situações de violência que presencia, como forma de se proteger e de garantir seu trabalho.

Nessa perspectiva, a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador - SMS tem como desafio, ampliar o conceito e as práticas de saúde, inserindo, concretamente, a violência como um problema que afeta seus trabalhadores e usuários.

Tomando como referencia o que foi revelado pelos ACS do Candéal, esta pesquisa em seus múltiplos aspectos, confirma a violência como um grave problema de saúde pública, que vem impactando a garantia aos usuários de uma melhor qualidade de vida e saúde e aos trabalhadores do sistema, a dificuldade em executar ações de prevenção e promoção da saúde da população assistida pelo SUS.

O desafio aqui apontado, mesmo sendo fruto de um estudo que teve como referencia um único bairro de Salvador – o Candéal – e este bairro não ser considerado pelos próprios sujeitos da pesquisa, como um bairro que conste no ranking dos bairros mais violentos da cidade, merece a atenção desta autoridade de saúde pública – a SMS, uma vez que a escalada

da violência urbana é um problema já constatado pelas estatísticas públicas, e por os estudiosos da área.

Este estudo não esgota o tema, sendo necessário outras pesquisas que possam ampliar a discussão sobre o tema, ou mesmo preencher lacunas aqui deixadas sobre o processo e as relações de trabalho, as subjetividades dos profissionais ACS quando expressam as características de um trabalho dominado pelo medo da violência, ao tempo em que se tem como axioma do trabalho, o estabelecimento de vínculos e comprometimentos com a comunidade.

Assim, mediações no sentido da prevenção e controle das situações de violência no ambiente de trabalho, embora difíceis por exigirem abordagens que vão além daquelas estabelecidas pela segurança pública, são urgentes antes que alcancem patamares mais alarmantes, os quais, as medidas isoladas adotadas pela segurança pública, são reconhecidamente ineficazes.

Diante dos enunciados dos agentes sobre sua realidade concreta de viver no *limite* de suas condições físicas e emocionais, considero fundamental a revisão dessas ações de saúde no contexto da guerra urbana instalada nos grandes centros da sociedade brasileira, como em Salvador. Na expressão do trabalhador, quer dizer: “pensar a perspectiva do nosso trabalho”. Também, entendo a importância de novos investimentos em investigações desta natureza, para revelar as condições reais de trabalho, e contribuir com a discussão sobre ambiente e condições dignas de trabalho.

Finalizo com testemunhos dos agentes, para mostrar a infinitude dessa pesquisa sobre o trabalho a *céu aberto* em situações de violência no ambiente de trabalho dos ACS. Recorro ao círculo hermenêutico para mostrar que não é possível esgotar o tema. A violência é institucional em conexão com a violência estrutural, é significada como a indiferença do poder público sobre seu trabalho; a falta de compromisso da saúde pública sobre as necessidades da população assistida pelos agentes, entre outras unidades analíticas aqui refletidas.

A melhora da atividade do ACS para mim está condicionada a um trabalho onde todos busquem trabalhar em prol da comunidade, em prol de uma coisa melhor. Só assim, talvez mude alguma coisa nessa profissão. Penso que isso vai demorar um pouco, não só por causa dos ACS, mas por conta de como o trabalho é organizado pelos gestores, **a prefeitura não está nem aí, eles não olham muito para o nosso trabalho, não procuram implantar algo diferente.** Nós ACS, fomos colocados para saber das necessidades de saúde da população, **informamos da necessidade, porém o que é oferecido para a necessidade das pessoas é**

muito pouco para o problema levantado; então como é que fica, qual é o nosso papel enquanto um profissional de saúde, morador e cidadão?

Então para que saber tanta coisa, se o nosso poder de ação é tão limitado, parece que isso não foi pensado quando inventaram o PSF ou não se pensou muito no que realmente é saúde ou doença.

Essa situação já me deixou angustiada, hoje não, procuro me defender, sei que a maioria das coisas que as famílias precisam não depende somente de mim, depende de outras pessoas.

Essa é a maior violência em nosso trabalho, nós vamos às casas, descobrimos as necessidades da família e não podemos fazer nada por causa de um limite que muitas das vezes não se justifica, aqui falta muita coisa que não deveria faltar. Se você tem um programa para trabalhar com hipertensão e falta a medicação – fala sério.

Se uma pessoa da comunidade passar mal, é ela que tem que chamar o SAMUR, nós do posto nem servimos para fazer isso, para fazer a intermediação. Penso que nós poderíamos ajudar mais a comunidade. Tudo isso deixa, nós ACS, num lugar muito delicado, pois somos moradores e trabalhadores ao mesmo tempo.

Preciso por um limite nisso, ficar nessa profissão é uma violência comigo mesmo.

Às vezes as pessoas dizem que eu tomo as coisas muito para mim, mas eu não acho isso não, pois, se você estivesse no lugar daquele outro?

São cinco anos vivendo no limite; vivo com essa realidade que muito pouco foi modificada, piorou mais ainda, como eu lhe disse de 02 anos para cá as coisas ficaram mais difíceis.

Penso que as mudanças para essa situação pode começar do micro; pode começar com a substituição de algumas pessoas daqui da unidade, é necessário que venham pessoas com atitude mesmo de trabalho; arregaçar as mangas e dizer, vamos fazer isso pela comunidade; começando por esse pouquinho já é fazer muito pela comunidade.

Ainda bem que convivendo com essa realidade, nunca tive nenhum problema de saúde maior, apenas uma dor de cabeça de vez em quando,... um estresse.

Essa situação contamina a gente, então, cada vez vamos fazendo menos pela comunidade.

Eu acho que os profissionais daqui tinham muito a dar hoje em dia, muito a oferecer para a comunidade e por causa de picuinha; diferença de salário; contratação; ficam negligenciando o trabalho (Elisa).

Referências

ANAND, D.Dr. Índia, Unindo o Antigo ao Moderno. In: A Saúde do Mundo: *Revista da Organização Mundial de Saúde*, Genebra, p. 22-31, fev./mar. 1973.

BODSTEIN, R. C. de A.; FONSECA, C. M. O Desafio da Reforma Sanitária: Consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde. In: COSTA, MINAYO, RAMOS, STOTZ (Orgs.). *Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde*. Vol. 1, Petrópolis: Vozes, em co-edição com ABRASCO, 1989, p. 67-90.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Fundação nacional de Saúde. *Programa de Agente Comunitário de Saúde. Avaliação Qualitativa do PACS*. Brasília, DF, 1994.

_____. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília, DF, 1995.

_____. *Promoção da Saúde: Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Tradução: Luis Eduardo Fonseca. Brasília: Ministério da Saúde. 1996

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil:1988. Texto constitucional de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n. 1/92 e 19/98 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n. 1 a 6/94*. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicação, p. 125. 1998.

_____. *Avaliação da implementação e funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF: relatório preliminar*. Coordenação de Atenção Básica, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. www.saude.gov.br/psf/publicacoes/download/Relpsf2.zip. 1999.

_____. *Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002. Dispõe sobre a criação da profissão de Agente Comunitário de Saúde*, Brasília, 1º de julho de 2002. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saudedafamilia/portarias>. Acesso em 24 de setembro de 2007.

_____. Ministério da Saúde/UFMG/NESCON/EPSM. *Agentes Institucionais e Modalidades de Contratação de Pessoal no Programa de Saúde da Família no Brasil*. Relatório de Pesquisa. Belo Horizonte, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Relatório. Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS*. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Previdência Social, Conselho Nacional de Previdência Social. *Resolução Nº 1.253 de 24 de novembro de 2004. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador*, 2004.

BUSS, P.M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

CALDEIRA, B. V., *A territorialização e o planejamento estratégico dos distritos rurais do município de Castro – Paraná*. Dissertação de Mestrado, Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa. 2001.

CAMELO, S. H. H. *Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família*. 2002. 109 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002

CAMPOS, G. W. de S. *A saúde pública em defesa da vida*. São Paulo: HUCITEC, 1991.

CAMPOS, A. S. Violência e Trabalho. In: MENDES, R. (org.). *Patologia do Trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003, p. 1641-1665.

CARNEIRO, S.A.M. *Trabalho e violência: relação de proximidade*. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2000.

CARVALHO A. I. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência & Saúde coletiva* 1(1):104-121. 1996.

CARVALHO, A. I. de et al., Modelos de atenção à saúde (II): aspectos operacionais e inovações. In: *Gestão de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília: UNB. 1998.

CARVALHO, B. G., MARTIN, G. B. & CORDONI JR., L., A organização do sistema de saúde no Brasil. In: *Bases da Saúde Coletiva* (S. M. Andrade, D. A. Soares & L. Cordoni Jr., or.), pp. 27-59, Londrina: Editora UEL/ABRASCO/NESCO. 2001.

CHAUÍ, M. *Explicações para a violência impedem que a violência se torne compreensível*. Folha de S. Paulo, São Paulo, 14 mar. 1999. Disponível em: <<http://www.geocities.com/Athens/Aegean/9837/violenciachau.html>>. Acesso em: setembro. 2007

CHAULAGAI, C. H. N. Voluntarios para la salud en comunidades urbanas. Foro Mundial de la Salud: *Revista da Organización Mundial de la Salud, Ginebra*, v. 14, p. 16-19, 1993.

CHRISTENSEN, P. B. & KARLQUIST, S. Impacto de Los Promotores de Salud en una Zona de Barrios Pobres de Pucallpa, Perú. In: *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, v. 109, n. 2, p. 134-144, 1990.

COE, R. M. *Sociología de la Medicina*. Madrid: Alianza Editorial, 1979.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA. *La violencia. Declaración de posición Del CIE*. 2000. Disponível em <:http://www.icn.ch/psviolence00sp.htm.> Acesso em julho 2007.

COSTA, H. Violência é problema de saúde pública. *Jornal de Londrina*, Londrina, 21 out. 2002. p. 6A

CUMPER, G. C. & VAUGHAN, P. Dos auxiliares de Salud de la Comunidad a la hora de la decisión. *Foro Mundial de La Salud*, v. 6, p. 422-425, 1985.

CUNHA, A. G. *Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

D' AGUIAR, J. M. M. *O Programa Saúde da Família no Brasil: a resolutividade do PSF no município de Volta Redonda*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001. 146 p.

DAL POZ, M. R. O agente comunitário de saúde: algumas reflexões. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.

DAVID, H. M. S. De povo de Deus à Institucionalização Domesticadora mudanças e passagens em duas décadas de educação popular com agentes comunitários de saúde. In: VASCONCELOS, E. M (Org.) *A Saúde Nas palavras e Nos Gestos*. Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde. São Paulo: Editora HUCITEC, 2001.

DAYRIT, M. M. La formación de agentes locales de salud en Filipinas: un sistema no gubernamental. *Foro Mundial de La Salud*, v. 6, 34, 1985.

DEJOURS, C. et al. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas. 1990

DEJOURS, C. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

ESCOREL, S. Projetos Montes Claros - palco e bandeira de luta, experiência acumulada do movimento sanitário. In: *Projeto Montes Claros, a Utopia Revisitada* (S.T.Fleury, org) pp. 129-164, Rio de Janeiro: Editora ABRASCO. 1995.

ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. 1987. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1987.

FERRAZ, S. T. *Bases Conceituais de Promoção da Saúde*. Brasília, OPAS, 1994 (mimeo).

FORTUNA, C. M. *Cuidando de quem cuida: notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca-mutante para produção de vida*. 2003, 236 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

GADAMER. H. . *Verdade e método*. Petrópolis: Editora Vozes. 1999.

GAGNON, A. J. Capacitación e integración de promotores rurales de salud. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 110, n. 4, p. 298-309, 1991.

GARRIDO, E. N. *Mulheres em situação de violência doméstica: o que faz a Equipe de Saúde da Família?* Dissertação de Mestrado – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2004.

GERSHON, D. Estudo de caso: *TÁ REBOCADO – programa de desenvolvimento comunitário, Salvador – BA* / Débora Gershon. Supervisão de Marlene Fernandes. Coordenação de Carlos Alberto Silva Arruda. – Rio de Janeiro: IBAM/CAIXA, 2003.

GEERTZ, Clifford. 1998. O senso comum como sistema cultural. In: _____. *O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Petrópolis: Vozes.

HORN, J. S. *Medicina para Milhões: a experiência chinesa*. (Trad.) Maria Terezinha Joffily. Rio de Janeiro: Brasileira S. A., 1979.

HORTALE, V. A. O conceito de descentralização aplicado aos serviços de saúde: dimensões, padrões e regularidades. *Revista de Administração Pública*, 31(3): 23-35. 1997.

KANTORSKI, L. P. As transformações do mundo do trabalho e a questão da saúde: algumas reflexões preliminares. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 5-15. 1997.

LABRA, M. E. Política e saúde no Chile e no Brasil. Contribuições para uma comparação. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 361-376, 2001.

LAVILLE, C; DIONNE, J. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda. 1999.

LEAVELL, H. R. e CLARCK, E. G. Níveis de Aplicação de Medicina Preventiva. In: *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, p. 11-36. 1976.

LEONE, C.; FRESCHI, S. A.; YAMAMOTO, T. S.; MARQUES, A. M.; HASEGAWA, N. M.; PRIMO, E. e FERNANDEZ, B. S. Pesquisa participante no desenvolvimento comunitário. *Boletín Oficina Sanitaria Pan-americana*, v. 101, n. 5, p. 493-503, 1986.

LIMA, Ari. O fenômeno Timbalada. Cultura musical afro-pop e juventude baiana negro-mestiça. In: SANSONE, Livio e SANTOS, Jocélio Teles dos (orgs.). *Ritmos em trânsito. Sócio-antropologia da música baiana*. São Paulo/Salvador: Dynamis Editorial/Programa A Cor da Bahia/Projeto S.A.M.BA da UFBA, 1997, p. 161-180.

LIMA, C. R. M. Reforma do Estado e Política de Saúde: discussão da agenda do Banco Mundial e da crítica de Laurell. In: *Saúde em Debate*, n. 49- 50, p.34-43, mar. 1996.

LIMA, T. C. A Teoria do Capital Social. In: *Política & Trabalho*, v. 17, p. 46 - 63, set. 2001.

LUZ, M. T., Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática – anos 80. In: *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do sistema único de saúde (SUS)*. SANTANA, J. P., (org.). Brasília: OPAS. 1997.

MARX, K. Processo de trabalho e processo de produzir mais-valia. In: *MARX, K. O capital*. São Paulo: Difel, L. 1, v. 1. p. 201-223. 1982.

MARX, K. *O Capital: crítica da economia política. Volume I: O processo de produção do capital*. São Paulo: Editora Bertrand Brasil, 1987.

MAY, Tim. *Pesquisa social. Questões, métodos e processos*. Porto Alegre, Artemed. 2001.

MOTTA, P. R. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Record, 1993.

MOTTA, M.G.C. O entrelaçar dos mundos: família e hospital. In: ELSÉN, I., MARCON, S.S., SANTOS, M.R.. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá. Ed. Eduem. 2002

MURLLO JORGE, M. H. P. Violência urbana e impacto na saúde das populações. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v.28, n. 1, p.57-62, jan/mar. 2004.

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

MENDES, R. DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 5, p.341-349, 1991.

_____.Saúde dos trabalhadores. In: ROUQUAYROL, M; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucutec, 2003.

MINAYO, M. C.; DELIA, J. C. R.; SVITONE, E. *Programa de agentes de saúde do Ceará*. Fortaleza, UNICEF, 1990.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 10, Supl. 1, p. 7-18, 1994.

_____. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. IV, n. 3, p.513-531, nov. 1997/fev. 1998.

_____.É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.4, no. 1, p.7-23. ISSN 1413-8123. 1999

MINAYO, M. C. S. Violência como indicador de Qualidade de Vida. *ACTA Paulista Enfermagem*, v. 13, n. especial, p.159-180, Parte I, 2000.

MINAYO, M. C. S. *et al. Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____, Temos um tipo de Violência que não é só Brasileiro. *Revista da Saúde* n. 3, p. 18-21, dezembro, 2002.

MISHIMA, S. M.; ALMEIDA, M. C. P. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface-Comunicação, Saúde e Educação*. Botucatu, v.5, n. 9, p. 150-153, 2001.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. A. O. A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis – O Agente Comunitário de Saúde. *Cadernos do IPEA*. Texto para Discussão nº 735. Rio de Janeiro, 2000.

NORONHA, C. V.; ALMEIDA, P. H.; SANTOS, L. D. *Violência e saúde: magnitude e custos dos atendimentos de emergência na cidade de Salvador-Bahia. Relatório de pesquisa*. Salvador: UFBA/ISC/DEFID/SESAB, 2003.

NORONHA et al. *Projeto Saúde para Todos na América Latina: Identificando as necessidades de capacitação dos profissionais do Programa Saúde da Família*. Brasil. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2004.

NORONHA, J.C. & LEVCOVITZ, E., AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde. In: *Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80*. GUIMARÃES, R. & TAVARES, R., (org.), pp. 73-111, Rio de Janeiro: Abrasco/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 1994.

NORONHA, J. C. de; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90: In: *Ciência e Saúde Coletiva*, Abrasco, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

NUNES, M. O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. A.; HOMEN, C. R.; MELO, M. C. I. C. O. Agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Caderno de Saúde Pública*, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.

ODDONE, I et al. *Ambiente de Trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1986.

OLIVEIRA, A. Crime organizado: é possível definir? *Revista Espaço Acadêmico*, Recife, n. 34, mar. 2004.

OOI, G.L. Qué futuro tiene la medicina tradicional china fuera de su país de origen? In: *Foro Mundial de la Salud: revista da OMS*, Genebra, v. 14, p. 81-87, 1993.

Organização Mundial de Saúde/Unicef. *Proposições Alternativas Para O atendimento das necessidades básicas de saúde nos países em desenvolvimento*. UNICEF, Genebra, 1980.

_____. Mijoramento de la labor de los agentes de salud comunitarios en la atención primaria de salud. *Série de Informes Técnicos 780*, Genebra, 1989.

_____. *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*, 2002.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPS). *Violência e Saúde Pública*. 2003.

PAES-MACHADO, E & LEVENSTEIN, C. Quando a violência chega ao local de trabalho: criminalidade violenta e vitimização no transporte coletivo. In: OLIVEIRA, N; RIBEIRO, LMS; ZANETTI, JC (Orgs). *A outra face da moeda: violência na Bahia*. Salvador : Comissão de Justiça e Paz da Arquidiocese de Salvador, 2000.

PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*, 1998. 284 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PIERANTONI, C. R. As reformas do estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, Abrasco, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p 341-360, 2001.

PIRES, D. *O saber e as práticas de saúde no Brasil e sua apropriação pela Medicina e pela Enfermagem Institucionalizadas*. 259 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1988.

Prêmio Faz Diferença. O Globo, Rio de Janeiro, Caderno Especial, p. 6, dez. de 2003.

RIBEIRO, H. P. *A violência oculta do trabalho: as lesões por esforços repetitivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, 2004.

ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

SANTI, V. *Avaliação da implantação do Programa de Saúde da Família na zona rural de Castro-PR*. Dissertação de Mestrado, Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa. 2000.

SANTOS, R. C. N. A História do Projeto Montes Claros. In: FLEURY, S. (Org.) *Projeto Montes Claros. A Utopia Revisitada*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

SANTOS JÚNIOR, E. A. *Vitimas da violência no trabalho: o retrato da situação dos médicos das unidades de pronto atendimento 24h da prefeitura de Belo Horizonte*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

SANTOS JÚNIOR, E. A.; DIAS, E. C. Violência no trabalho: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, Belo Horizonte, vol. 2, n. 1, p. 36-54, 2004.

SANTOS, M. *Pensando o Espaço do Homem*, 5ª Ed. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

SCLIAR, M. *Do Mágico ao Social: trajetória da saúde pública*. São Paulo: Senac, 2002.

SCHIRAIKER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação: identificando problemas. *Ciências e Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 221-242. 1999.

SILVA, J. A. *O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade?* Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SILVA, J. A. DALMASO, A. S. W. Agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. In: *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 6, n. 10, p. 75-96, fev. 2002.

SILVA FILHO, J. V. *A violência no Brasil requer ações concretas*, Disponível em: <http://aprasc.com.br/policia/acoes.asp>. Acesso em novembro de 2007.

SILVA. M.J.; RODRIGUES, R.M. Os agentes comunitários de saúde no processo de municipalização de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v.2, n.1, jan/jun 2000. Online: disponível na internet via <http://www.fen.ufz.br/revista>. Arquivo consultado em outubr. de 2007

SOUZA, H. M. Entrevista com a Diretoria do Departamento de Atenção Básica – SPS/MS. In: *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 53, n. especial, p.7-16, dez. 2000.

SOUZA, M. F. de. *Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo*. São Paulo: Editora HUCITEC, 2001.

TENDLER, J. *Bom Governo nos Trópicos. Uma visão crítica*. Rio de Janeiro - Brasília: Revan - ENAP, 1998.

TERRIS, M.; 1992. *Apud*: BUSS, P. M.; 2000. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5, 1: 163-177. 2000.

TOBAR, F. Nova Racionalidade Técnica. In: FLEURY, S. (Org.) *Projeto Montes Claros. A Utopia Revisitada*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995, p. 101-126.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. Botucatu, v.6, n.10, p. 75-94, 2002.

VASCONCELOS, E. M. *Educação Popular nos Serviços de Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1991.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular e atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec, Coordenação de Atenção Básica, Secretaria de Assistência a Saúde, Ministério da Saúde. 1999.

VIANA, A. L.D´A. & DAL POZ, M. R., A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, 8(2): 11-48. 1998.

YANGNI-ANGATÉ, A. Se necesitan corazones, cabezas y manos para dispensar atención primaria. *Foro Mundial de la Salud*, v. 12, n. 4, p. 437-440, 1991.

ZALUAR, A. *A máquina e a revolta: as organizações populares e o significado da pobreza*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

ANEXO 1 - Roteiro de Entrevista

Parte I Identificação do informante	1) Sexo [1] Masc [2] Fem 2) Data de Nascimento: ____/____/____ Local de Nascimento: _____ 3) Escolaridade [1] Ens. Fund. Incompleto [2] En Ens. Fund. completo [3] Ens.Médio incompleto [4] Ens. Médio completo [5] Ens. Sup. incompleto [6] Ens. Sup. completo [7] Especializ. incompleto [8] Especializ. Completo 4) Estado Civil [1] Solteiro 2] Casado [3] Viúvo [4] Outro _____ 5) Profissão / ocupação principal: _____ Tempo na ocupação: ____ 6) Profissão/ocupação secundária: _____ Tempo na ocupação: ____ 7) Tempo de Residência no bairro: _____
Parte II Relação com a Comunidade	1) Como é sua relação com a comunidade? 2) A comunidade demonstra confiança no trabalho que você realiza? 3) Nas visitas domiciliares (VDS) como você vê a aceitação das famílias quanto ao ingresso em suas casas, orientações de saúde e exposição dos problemas de saúde? 4) Você considera este bairro violento? Por que?
Rotina de Trabalho	1) Qual é sua rotina de trabalho (atividades) no dia-a-dia? 2) Quais as outras atividades que você participa, na equipe, mas que não são diárias, isto é, campanhas, etc...? 3) Das atividades desenvolvidas, cite 3 (três) que mais gosta de fazer? 4) Agora, cite 3 (três) que você não gosta de fazer? 5) Você sente-se gratificado no seu trabalho? (Pela comunidade, pela equipe, pela família). Você esta atingindo a realização pessoal? 6) Como você prioriza as visitas domiciliares? 7) O que violência para você? 8) Você já presenciou algum tipo de violência durante o seu trabalho?
Relações de Trabalho	1) Em sua opinião, qual o papel do ACS na equipe? 2) E na comunidade? 2) Como você sente sua relação de trabalho na equipe? É valorizado ou não? 3) Em sua opinião, o que pode ser melhorado na sua atuação pessoal? 4) E na sua atuação da equipe? 5) Quais as melhorias que podem ser obtidas nas relações internas e externas do seu trabalho? 6) A Constituição da atual equipe, em sua opinião é adequada às necessidades da comunidade? 7) Caso negativo, qual a composição ideal (médicos, enfermeiros, ...) Dê sua sugestão: 8) A violência ou medo da violência interfere no seu trabalho? De que forma?
Perspectivas	1) Diante da realidade atual, dê sua opinião sobre a situação profissional do ACS: 2) Seu papel na equipe: 3) Seu vínculo empregatício: 4) Sua remuneração: 5) Papel do ACS: 6) Vínculo empregatício: 7) Remuneração: 8) O que você considera importante e que não lhe foi perguntado?

Descrevendo o Trabalho e complementando informações	<ol style="list-style-type: none">1. Fale sobre suas atribuições no trabalho.2. O que mudou na sua vida depois de começar a trabalhar como ACS?3. Trabalhar no mesmo local de moradia facilita ou dificulta seu trabalho?4. O que você considera violência no seu trabalho?5. Você já viveu algum tipo de violência no trabalho?6. Caso tenha necessitado de afastamento do trabalho em decorrência deste acontecimento, como ficou sua relação com a comunidade e PSF?7. A Violência sofrida vem dificultando suas atividades na comunidade?8. Tem interferido na sua vida fora do trabalho?9. Qual a sua religião? É praticante?10. A religião tem ajudado a superar a violência sofrida no ambiente de trabalho?11. Antes de ser ACS você exercia outra atividade profissional?.12. O que lhe motivou a ser ACS?13. Há quanto tempo trabalha na USFC?14. Você tem filho? () Sim () Não Quantos? _____15. Realizava algum trabalho comunitário antes de ser ACS?
---	--

Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento da Pesquisa “TRABALHO A CÉU ABERTO: SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NO AMBIENTE DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CANDEAL DE BROTAS EM SALVADOR-BA”.

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Nome do informante:.....

RG:..... Sexo: () Masc. () Fem. Data nascimento:/...../.....

Endereço:..... N°:.....

Complem.:.....

Bairro:..... Cidade:.....

Estado:.....

CEP:.....Tel.:DDD().....Cel.:()

II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

TÍTULO DA PESQUISA: TRABALHO A CÉU ABERTO: SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NO AMBIENTE DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CANDEAL DE BROTAS EM SALVADOR-BA

Pesquisador: LÁZARO JOSÉ RODRIGUES DE SOUZA

1. Orientador: **Prof.^a Dr.^a MARIA DO CARMO SOARES DE FREITAS**
2. Instituição Responsável: **Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Bahia - UFBA**
3. **DURAÇÃO DA PESQUISA: cinco meses**

TELEFONE E ENDEREÇO ELETRÔNICO DO RESPONSÁVEL PELA PESQUISA

Contato Telefônico: (71) 3341-5543 / (71) 9963-8971

Endereço eletrônico: lrvl_1@yahoo.com.br

III – EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO SUJEITO DA PESQUISA SOBRE O ESTUDO

- O presente estudo apresenta o objetivo Compreender os significados atribuídos pelos ACS aos tipos, formas de referência e nomeação da violência, vivenciada no cotidiano de trabalho desses atores no bairro do Candeal de Brotas em Salvador-BA; observar e descrever as condições de trabalho dos ACS; descrever e contextualizar junto aos ACS o que é compreendido como violência no âmbito de sua atividade profissional; interpretar que concepções têm os ACS sobre o seu trabalho interpretar junto aos ACS os tipos e formas de violência sofrida no exercício do trabalho, e as principais estratégias efetivadas no enfrentamento da violência; analisar as narrativas sobre as violências e as condições de trabalho desses agentes.
1. Você contará a história desde o período da sua admissão no PACS/PSF até o momento atual. Esta história será gravada e posteriormente transcrita, conservando na íntegra sua fala. O tempo de entrevista será o período necessário para esgotarmos a sua história e poderá ser desmembrado em vários momentos conforme sua disponibilidade.
 2. Importante ressaltar que esta pesquisa não tem vínculo com nenhuma esfera de governo que possa colocá-lo em risco pelo que vai revelar.
 - a) Pretendemos obter com este estudo os seguintes benefícios: elaboração de manuais, cartilhas educativas, e publicações científicas para o conhecimento sobre as condições laborais e de risco da violência no ambiente de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, em benefício destes trabalhadores, bem como um maior conhecimento do processo de trabalho e as situações de violência vividas no ambiente de trabalho desta categoria profissional.

IV – GARANTIAS FORNECIDAS PELO PESQUISADOR AO SUJEITO DA PESQUISA

1. Aos trabalhadores que aceitarem participar da pesquisa, informamos que sua participação é voluntária e a recusa não acarretará em nenhum prejuízo ou constrangimento junto ao pesquisador.
2. Será garantido o acesso, a qualquer momento, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas.

Anexo III - Parecer do Comitê de Ética



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/MCO/UFBA
MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
IORG0003460. Assurance FWA00002471, October 26, 2010
IRB00004123, October 5, 2007 - October 4, 2010

Rua Padre Feijó 240, Canela – Ambulatório Magalhães Neto 3.º andar, Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde
 Cep: 40.110-170 – Salvador-Bahia telefax.: (71) 3203-2740 e-mail: cepmco@ufba.br homepage: www.cepcco.ufba.br

PARECER/RESOLUÇÃO N.º 036/2008

Registro CEP. 016/08 (Este n.º deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

Título do Projeto. “Trabalho a céu aberto: o ambiente de trabalho dos agentes comunitários de saúde do Candéal de Brotas, Salvador, Bahia”.

Patrocínio/Financiamento. Recursos próprios. Orçamento mínimo.

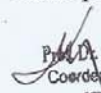
Pesquisador Responsável. Lázaro José Rodrigues de Souza, Professor da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências e Terapeuta Ocupacional do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador-CESAT. Professora, Doutora, Maria do Carmo Soares de Freitas, Nutricionista. “Currícula Vitae” apensos.

Instituição. Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia.

Área do Conhecimento. 4.08; Nível D; Grupo III

Objetivos. Geral — compreender os significados atribuídos pelos ACS aos tipos, formas de referência e nomeação da violência, vivenciada no cotidiano do trabalho desses atores no bairro do Candéal de Brotas, de Salvador-Bahia. **Específicos** — observar as condições de trabalho dos ACS; descrever e contextualizar junto aos ACS o que é compreendido como violência ou não, no âmbito de suas atividades profissionais; interpretar junto aos ACS os tipos e formas de violência sofridas no exercício do trabalho e as principais estratégias efetivadas no enfrentamento destas violências; analisar as narrativas sobre as violências e as condições de trabalho desses agentes.

Resumo. Trata-se de um estudo qualitativo, a ser realizado junto a agentes comunitários de saúde (ACS), no bairro do Candéal de Brotas, em Salvador, cuja investigação em campo tem duração de cinco meses. Para seleção dos indivíduos informantes, será tomado como universo 11 ACS que atuam na Programa de Saúde da Família, no referido bairro, considerados os seguintes critérios de inclusão: ser ACS, de acordo com a classificação Brasileira de Ocupações e estar trabalhando na profissão há, no mínimo, 6 meses. Os dados serão coletados por meio de técnicas de entrevista semi-estruturada, observação participante e grupo focal, conforme roteiro pré-estabelecido (Anexo I, Roteiro de entrevista e grupo focal), que esclarecem quanto às informações a serem coletadas. O projeto apresenta considerações em respeito à Resolução 196/96 do CNS/MS e inclui um modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II), não conta com financiamento e não se evidencia na proposta riscos aos participantes investigados. Os Currículos Lattes do Pesquisador Principal[®] e da Orientadora encontram-se anexados.


 Prof. Dr. Antônio dos Santos Barrato
 Coordenador do Comitê de Ética
 em Pesquisas Humanas
 MCO - Universidade Federal da Bahia



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/MCO/UFBA
MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
IORG0003460. Assurance FWA00002471, October 26, 2010
IRB00004123, October 5, 2007 - October 4, 2010

Rua Padre Feijó 240, Canela – Ambulatório Magalhães Neto 3.º andar, Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde
 Cep: 40.110-170 – Salvador-Bahia telefax.: (71) 3203-2740 e-mail: cepmco@ufba.br homepage: www.cepemco.ufba.br

Comentários. A pesquisa mostra-se com estrutura organizada, revisão bibliográfica consistente e atualizada e tem descrição clara, mas, entretanto, não se articula o título apresentado aos objetivos descritos nem é explicitada a razão para título tão distinto do objeto principal de investigação. Em relação ao modelo de “Termo de Consentimento Livre e Pré-Esclarecido” são sugeridas as seguintes adequações: **a)** rever o item III,3, onde consta “publicações bibliográficas” como benefício, uma vez que se interpreta que o conhecimento da condição estudada, de modo prévio à publicação, já resulta em material não publicado que orienta a formulação de ações com vistas à proteção do trabalho dos ACS; **b)** incluir no item IV a possibilidade dos informantes de desistir da participação em andamento ou de solicitar a exclusão/omissão de falas/respostas e **e)** no item V, as informações deste Institucional devem ser retificadas para que seja incluído o endereço e contatos completos. **Protocolo aprovável com recomendações.**

Aprovado com recomendações prévias. Salvador, 14 Maio de 2008

Professor, Doutor, Antônio dos Santos Barata
 Coordenador – CEP/MCO/UFBA

Prof. Dr. Antonio dos Santos Barata
 Coordenador do Comitê de Ética
 em Pesquisas Humanas
 Universidade Federal da Bahia

Observações importantes. Toda a documentação anexa ao Protocolo proposto e rubricada pelo (a) Pesquisador (a), arquivada neste CEP, e também a outra devolvida com a rubrica da Secretária deste (a) ao (à) mesmo (a), faz parte intrínseca deste Parecer/Resolução e nas “Recomendações Adicionais” apensas, **bem como a impostergável entrega de relatórios parciais e final como consta nesta liberação,** (Modelo de Redação para Relatório de Pesquisa, anexo).



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/MCO/UFBA
MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
IORG0003460. Assurance FWA00002471, October 26, 2010
IRB00004123, October 5, 2007 - October 4, 2010

Rua Augusto Viana, s/nº, Canela – Hospital Universitário Professor Edgard Santos, 1.º andar.
 Cep: 40.110-160 – Salvador-Bahia telefax.: (71) 3339-6394 e-mail: cepmco@ufba.br homepage: www.cepemco.ufba.br

PARECER/RESOLUÇÃO ADITIVA N.º 209/2008

Para análise e deliberação deste Institucional o Professor **Lázaro José Rodrigues de Souza**, Pesquisador Responsável pelo Projeto de Pesquisa “**Trabalho a céu aberto: o ambiente de trabalho dos agentes comunitários de saúde do Candeal de Brotas, Salvador, Bahia**”, aprovado em 14 de Maio de 2008 pelo Parecer/Resolução nº 036/2008 deste Colegiado, apresentou, em 18 de Setembro de 2008, o novo “**Termo de Consentimento Livre e Pré-Esclarecido**”, além do Título do Projeto modificado para “**Trabalho a Céu Aberto: Situações de Violência no Ambiente de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Candeal de Brotas em Salvador-BA**”, em atendimento às recomendações ponderadas no referido Parecer.

Por terem sido satisfatórias as respostas analisadas e inexistindo na referida proposição conflito administrativo, processual e ético que contra-indique a conseqüente execução da pesquisa, fica a mesma **aprovada** por esta Instância.

Alto

Salvador, 30 Setembro de 2008

Antônio dos Santos Barata
 Professor, Doutor, Antônio dos Santos Barata
 Coordenador – CEP/MCO/UFBA

Observações importantes. Toda a documentação anexa ao Protocolo proposto e rubricada pelo (a) Pesquisador (a), arquivada neste CEP, e também a outra devolvida com a rubrica da Secretária deste (a) ao (à) mesmo (a), faz parte intrínseca deste Parecer/Resolução e nas “Recomendações Adicionais” apenas, **bem como a imposterável entrega de relatórios parciais e final como consta nesta liberação**, (Modelo de Redação para Relatório de Pesquisa, anexo).

Recebido em:
 20/10/08
 Loc: *[assinatura]*



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/MCO/UFBA
MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
IORG0003460. Assurance FWA00002471, October 26, 2010
IRB00004123, October 5, 2007 - October 4, 2010

Rua Padre Feijó 240, Canela – Ambulatório Magalhães Neto 3.º andar, Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde
 Cep: 40.110-170 – Salvador-Bahia telefax.: (71) 3203-2740 e-mail: cepmco@ufba.br homepage: www.cepemco.ufba.br

Recomendações Adicionais ao Parecer/Resolução N.º 036/2008

Senhor (a) Investigador (a).

O “**sujeito de pesquisa**” tem incondicional liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo à sua assistência médica, (Res. CNS/MS 196/96 – Item IV. 1. f), e deve receber uma cópia do **Termo de Consentimento Livre e Pré-Esclarecido (TCLPE)** na íntegra, por ele e por Vossa Senhoria assinada (Item IV. 2. d).

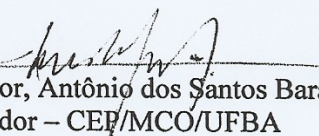
O (a) **Pesquisador (a)** deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuação pelo CEP que aprovou, (Res. CNS/MS 196/96 Item III.3 z e Res. 346 Item II N.º 5), aguardando novo e respectivo Parecer, exceto quando, no curso da mesma, possa ocorrer risco ou dano não previsto ao passivo participante ou quando for constatada a superioridade do regime oferecido a um dos grupos da pesquisa, (Res. 196/96 Item V.3, devendo ocorrer equivalência medicamentosa), hipóteses que requerem ação imediata.

Informamos ao (à) Senhor (a) **Pesquisador (a)** que, no cumprimento da legislação, (Res. CNS/MS 251/97 Item 2 letras C.D.E.F.H), este CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que ocorram ou alterem o curso normal da pesquisa, (Res. CNS/MS 196/96 Item V.4 e Res. 346 Item II 5ª). É papel do (a) **Pesquisador (a)** assegurar medidas imediatas adequadas frente a **evento adverso grave ocorrido**, (mesmo que tenha sido em outro centro), e enviar notificação ao CEP com seu posicionamento científico-profissional, incluindo continuação de pesquisa e/ou alteração do “TCLPE”, (Res. 346 Item II N.º 5a). Deve também encaminhar ao CEP **relatórios trimestrais ou semestrais** sobre o andamento (de acordo com o tempo de duração da mesma), e o **final, completo**, ao término da pesquisa, quando não demarcadas datas específicas.

Eventuais modificações ou emendas ao Protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando individualmente a parte a ser modificada e suas justificativas, em conjunção ao Parecer Aprobatório do 1.º CEP quando for o caso, para serem anexadas ao Protocolo inicial, (Res. CNS/MS 251/97 – Item III.2 e Res. 346 Item III N.º 4 letra a, b).

Este CEP deverá ser informado quando da inclusão do primeiro e do último pacientes.
VIDE VERSO.

Em 14/09/08


 Professor, Doutor, Antônio dos Santos Barata
 Coordenador – CEP/MCO/UFBA
 Prof. Dr. Antônio dos Santos Barata
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
 em Pós-Graduação em Medicina e Saúde
 MCO - Universidade Federal da Bahia

Disposições que Assistem aos Direitos do Consumidor (“Sujeitos da Pesquisa”).

Constituição Federal Brasileira (1988) — em particular art. 5.º, incisos X e XIV ; Código Civil — arts. 20 - 21; Código Penal — arts. 153 - 154; Código de Processo Civil — arts. 347, 363 e 406; Código de Defesa do Consumidor — arts. 43 - 44; Medida Provisória 2.200-2, de 24 de Agosto de 2001; Resoluções da ANS. (Lei 9.961 de 28/01/2000) em particular a RN n.º 21; Código de Ética Médica CFM arts. 11, 70, 102, 103, 105, 106 e 108; Resoluções do CFM N.ºs 1605/2000, 1.638/2002, 1.642/2002 e Parecer CFM N.º 08/2005; Padrões de Acreditações Hospitalares do Consórcio Brasileiro de Acreditação, em particular as disposições GI.2 – GI 1.12; Normas da Instituição quanto ao acesso ao Prontuário Médico. Considera-se, ainda, essencial, para a preservação do sigilo e privacidade dos dados e conseqüente proteção do “sujeito da pesquisa”, a anuência do Médico responsável pelo Paciente e da Autoridade Responsável pelos Prontuários.

