

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE:
DISCURSO E PRÁTICA EM SAÚDE BUCAL COLETIVA**

ANANYR PORTO FAJARDO

JULHO DE 2001

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE BUCAL COLETIVA**

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE:
DISCURSO E PRÁTICA EM SAÚDE BUCAL COLETIVA**

Ananyr Porto Fajardo

**Dissertação apresentada como parte dos requisitos obrigatórios para a obtenção
do título de mestre em Odontologia, na área de concentração de saúde bucal
coletiva.**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Solange Maria Beys Bercht

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Sonia Maria Blauth Slavutzky

Julho de 2001

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos Agentes Comunitários de Saúde, profissionais que conciliam seu saber com o conhecimento científico e se esforçam por reinterpretá-los, numa luta permanente para construir uma vida melhor para todos.

AGRADECIMENTOS

Ao longo dessa caminhada senti-me acompanhada por muita gente, de diferentes maneiras e diversos graus de intensidade, conforme o momento. Como seria impossível nomear a todos, espero que se sintam representados a seguir.

Assim sendo, agradeço:

- à Prof.^a Solange M. B. Bercht, orientadora da dissertação, pela experiência e conhecimento compartilhados;
- à Prof.^a Sonia M. B. Slavutzky, co-orientadora da dissertação, pela sabedoria disponibilizada;
- às agentes comunitárias de saúde entrevistadas por terem compartilhado seu saber e seu tempo comigo, enriquecendo minha vivência profissional;
- ao Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição pela liberação em horário de trabalho para realizar o curso;
- à coordenação do PSF de Porto Alegre pela disponibilização de informações e material;
- à Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde pela viabilização de minha substituição durante o curso;

III

- à minha família, pelo apoio permanente;
- aos colegas do Mestrado pela convivência solidária;
- às equipes com as quais trabalho pelo apoio demonstrado;
- às colegas do Grupo de Educação em Saúde do SSC pelo exemplo;
- à Diana e à Sinara pelas palavras e pela disponibilidade; e
- ao Thomas porque “tudo é possível”.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo descrever o que agentes comunitários de saúde da cidade de Porto Alegre sabem em relação à saúde bucal e como colocam em prática esse saber.

Partindo de um histórico recente do sistema público de atenção à saúde no Brasil, são resumidas duas estratégias de atenção primária à saúde - a saúde comunitária e a saúde da família.

A seguir, são enfocados os trabalhadores em saúde coletiva, especificamente em termos de trabalho interdisciplinar e em relação à sua formação e capacitação.

Os agentes comunitários de saúde são então apresentados por um breve histórico da profissão, o desempenho de sua função nas equipes de saúde e junto às comunidades, sua capacitação técnica e seu papel em relação às ações em saúde bucal.

A discussão está baseada em entrevistas realizadas com agentes comunitários de saúde, buscando caracterizar sua origem, expectativas, condições de trabalho e satisfação com as mesmas. Finalmente, aspectos relativos à saúde bucal são apresentados e relacionados aos demais.

Ao final da pesquisa foi elaborada uma proposta de capacitação em saúde bucal para essa categoria profissional.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

FNS – Fundação Nacional de Saúde

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

MS – Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SF – Saúde da Família

SSC – Serviço de Saúde Comunitária

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

US – Unidade de Saúde

Ficha Catalográfica

F175a Fajardo, Ananyr Porto
Agentes comunitários de saúde: discurso e prática em saúde bucal coletiva /
Ananyr Porto Fajardo; Orientação de Solange Maria Beys Bercht. – Porto Alegre,
2001.
146 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Faculdade de Odontologia. Curso de Mestrado em Odontologia - Saúde Bucal
Coletiva.

1. Agentes comunitários de saúde 2. Saúde bucal coletiva I. Universidade
Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia II. Título

CDU 614: 616.314

VI SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	p. II
AGRADECIMENTOS	p. III
RESUMO	p. V
LISTA DE ABREVIATURAS	p. VI
SUMÁRIO	p. VII
1. INTRODUÇÃO	p. 1
2. REVISÃO DA LITERATURA	p. 5
2.1. SISTEMAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL	p. 5
2.2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS	p. 10
2.2.1. SAÚDE COMUNITÁRIA	p. 13
2.2.2. SAÚDE DA FAMÍLIA	p. 16
2.3. TRABALHADORES EM SAÚDE COLETIVA NO BRASIL	p. 22
2.3.1. AS EQUIPES DE SAÚDE	p. 29
2.3.2. FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO EM SAÚDE	p. 33
2.3.3. AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - ACS	p. 36
2.3.3.1. ACS NAS EQUIPES DE SAÚDE	p. 41
2.3.3.2. CAPACITAÇÃO TÉCNICA DOS ACS	p. 53
2.3.3.3. O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ACS	p. 55
2.4. SAÚDE BUCAL COLETIVA	p. 59
3. METODOLOGIA	p. 65
4. RESULTADOS	p. 73

5. DISCUSSÃO	p. 96
6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	p. 110
7. SUMMARY	p. 118
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	p. 119
9. ANEXOS	p. 138

1. INTRODUÇÃO

Cada vez mais a atenção à saúde é oferecida por outras categorias profissionais que não apenas a médica, tanto para serviços de caráter coletivo como privado.

Entretanto, na literatura sobre profissionais de saúde, textos sobre o fazer de médicos e pessoal de enfermagem são muito mais abundantes do que sobre outras categorias, especialmente agentes comunitários de saúde (ACS).

A possibilidade de trazer para uma discussão de cunho acadêmico a importância da inserção dos ACS na construção do campo da saúde bucal coletiva foi uma das motivações para elaborar essa dissertação de mestrado.

A possibilidade de convívio profissional entre a pesquisadora e os agentes comunitários de saúde despertou a curiosidade sobre a vivência e o questionamento da prática desses profissionais de saúde no que concerne à saúde bucal.

A capacitação dessa categoria profissional tem-se dado em serviço e por treinamento ou aperfeiçoamento periódicos ou não. Sua habilitação permite que detectem situações de agravo à saúde ou de risco social, realizem aconselhamento e encaminhem casos ao serviço de saúde ao qual esses profissionais estão vinculados.

Intervêm numa grande variedade de casos e atuam em muitas situações e com maior profundidade do que aponta sua habilitação formal.

No entanto, na experiência da autora, saúde bucal não é um assunto priorizado e é perceptível uma certa confusão de discursos pela mescla de informações captadas de

diversas fontes a respeito do assunto e sua posterior reinterpretação a partir da história e da vivência pessoal de cada agente.

O que se verifica é que não há uma capacitação formal sistematizada desses trabalhadores em relação à saúde bucal.

Tomar como área de estudo este recorte da realidade justifica-se pelo papel que estes profissionais desempenham junto à comunidade e à sua equipe de trabalho, constituindo um vínculo entre elas.

A aproximação gradual do foco dessa pesquisa parte de uma breve revisão histórica do sistema brasileiro de atenção à saúde, destacando dois modelos de atenção à saúde coletiva, a saúde comunitária e a saúde da família.

A seguir, são apresentados alguns aspectos relativos aos profissionais de saúde no Brasil, contextualizando o lugar dos agentes comunitários de saúde nas equipes de saúde.

Finalmente, a partir de entrevistas com agentes comunitários de saúde de Porto Alegre, seu discurso e prática em saúde bucal coletiva são apresentados e confrontados, gerando uma proposta de capacitação nessa área.

Especificamente, objetiva-se enfocar as relações e a inserção do ACS na odontologia, verificando seu discurso e sua prática em saúde bucal.

A opção por não utilizar a expressão “recursos humanos” ao tratar de trabalhadores em saúde deve-se à tentativa de desconfigurar uma idéia de horizontalidade entre recursos humanos, recursos materiais e recursos financeiros, e assim atribuir-nos uma condição de sujeitos no processo de trabalho em saúde.

A palavra “comunidade” será utilizada nessa dissertação como sinônimo de um local geograficamente limitado que abriga uma população social e culturalmente identificada que é servida por equipamentos sociais, estando neles incluídos escolas, igrejas, unidades de saúde e centros comunitários, entre outros.

A rede de relações sociais é dinamizada nesses limites, sempre que possível. A busca de outros recursos dá-se na medida da necessidade ou da vontade, seja de atenção à saúde, busca de trabalho ou de lazer, por exemplo.

A palavra “população” significará nesse trabalho cidadãos de classe socioeconômica baixa, vivendo na mesma comunidade mas compartilhando heterogeneidades em suas vivências e expectativas de vida.

Na interligação entre comunidade e serviço de saúde, são os agentes comunitários de saúde quem muitas vezes recebem a queixa inicial de um usuário ou percebem pela primeira vez um problema durante as visitas domiciliares que realizam. Legitimam-se pelo conhecimento e pela vivência da realidade local.

A importância e o significado dessa categoria profissional para a comunidade e a equipe de saúde é tal que julgou-se ser de interesse verificar as relações da mesma com a saúde bucal coletiva, assunto que tradicionalmente não é prioritário nem para a população nem para as equipes.

Assim, questiona-se que tipo de discurso e de prática em saúde bucal esses profissionais estariam veiculando e se estariam promovendo a aproximação entre o conhecimento formal sobre saúde bucal e o saber próprio das pessoas da comunidade.

Pela crescente importância de seu papel e pelo fato de ser um profissional relativamente novo no cenário da saúde, quando comparado com outros profissionais,

julgou-se importante focar sua prática e seu discurso formalizado pelo olhar acadêmico, garantindo certo distanciamento que permitisse uma primeira leitura do fazer em saúde bucal desse trabalhador.

Ao desvelar o discurso e a prática em saúde bucal por parte de agentes comunitários de saúde que atuam na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, poderemos descrever seu exercício profissional e seu discurso em relação à saúde bucal, além de avaliar as condutas promotoras de saúde em relação à cárie, doença periodontal, má oclusão, câncer de boca e fissuras de lábio e palato.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Nesse capítulo, reviso brevemente o histórico recente dos sistemas brasileiros de atenção à saúde, destacando dois modelos de atenção à saúde coletiva - comunitária e da família. São então apresentados alguns aspectos relativos aos profissionais dessa área no Brasil, contextualizando seu lugar nas equipes interdisciplinares. Finalmente, é brevemente discutida a constituição e a inserção da saúde bucal coletiva como integrante dos conteúdos dos programas de atenção à saúde coletiva.

2.1. Sistemas de serviços de saúde no Brasil

Três modelos de assistência à saúde foram implementados no Brasil ao longo do século XX: o sanitarismo campanhista, o médico-assistencial privatista e o Sistema Único de Saúde, sendo que este último coexiste com dois sistemas de cunho privado, a Atenção Médica Supletiva e o Sistema de Medicina Liberal (Mendes, 1998, p. 18).

Enquanto o país dependia economicamente da agroexportação, entre o final do século XIX e o início do século XX, o modelo vigente de assistência à saúde era o sanitarismo campanhista (Silva Júnior, 1998, p. 69), de cunho autoritário e cujo objetivo era sanear as vias de circulação de mercadorias e controlar endemias que pudessem prejudicar sua exportação. Era necessário expandir portos, urbanizar cidades e sanear as vias urbanas para garantir a vinda e a permanência de capital e investidores estrangeiros no país (Pires, 1998, p. 94; Sevcenko, 1993, p. 39-41).

Com a aceleração da urbanização e o advento da industrialização, a partir da segunda década do século XX, o modelo médico-assistencialista começa a ser conformado, objetivando manter a força de trabalho da classe trabalhadora, notadamente a urbana, prevalecendo o atendimento à demanda (Fundação Oswaldo Cruz, 1998, p. 43).

Nas duas últimas décadas do século XX, foram delineados dois projetos antagônicos, ficando o neoliberal consolidado e sendo proposta a reforma sanitária (Silva Júnior, 1998, p. 70; Mendes, 1999, p. 20) por setores contra-hegemônicos de instituições de ensino e pesquisa e por parcelas da sociedade civil (Buss, 1995, p. 78).

Em termos mundiais, é possível identificar três fases de reformas sanitárias. A primeira ocorreu em torno da Primeira Guerra Mundial e ofereceu atenção à saúde da população socioeconomicamente empobrecida; a segunda fase ocorreu após a Segunda Grande Guerra e propôs a universalização da atenção à saúde e sua instituição como direito de cidadania; já a terceira fase foi deflagrada nas décadas de 60 e de 70 com a expansão da atenção médica e com a crise que se seguiu fundada no questionamento de seus fundamentos (Almeida, C., 1996, p. 69-70).

A reforma sanitária proposta no Brasil preconizava, mais do que uma transformação em termos de administração ou financiamento do sistema de saúde, uma radicalização do conceito próprio de saúde e das ações institucionais correspondentes (Silva, Vianna e Nogueira, 1986, p. 118).

Como um processo modernizador e transformador em nível intersetorial e interinstitucional, exemplificado pelo conceito ampliado de saúde como resultante de condições sociais (Minayo, 1986, p. 118-119), a reforma sanitária brasileira pregava a responsabilidade do Estado pela garantia da manutenção do direito à saúde (Mendes, 1999, p. 42-43).

O Movimento Sanitário, no qual foi baseada a reforma sanitária, adotou as vias parlamentar, sociopolítica e institucional para construir um novo sistema de saúde (Silva Júnior, 1998, p. 23-24), mas, desde sua concepção, teve como referência as classes populares (Escorel, 1998, p. 176). É provável que esse caráter contra-hegemônico tenha sido responsável por seu baixo poder de interferência sobre as instituições (Escorel, 1998, p. 178).

Diversos países elaboraram e aplicaram reformas sanitárias fundamentadas nos princípios da descentralização administrativa, universalidade de acesso

priorizando grupos de risco, equidade e participação popular (Carlos e Gurgel, 1998, p. 176).

Baseado na *Riforma Sanitaria* italiana, que, por sua vez, foi baseada no Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra (Hortale, 1996, p. 111), o movimento brasileiro pela reforma sanitária apresentou, pelo menos, duas diferenças importantes entre essas duas experiências. Na Itália, foi gerado por movimentos sociais; no Brasil, quem a preconizou foram técnicos progressistas. Lá, teve um sentido contra-hegemônico; aqui constituiu uma adaptação de antigas propostas (Oliveira, 1989, p. 18-20).

Alguns autores avaliam que o movimento não questionou o modelo médico hegemônico, baseado num saber clínico aplicado sobre um doente num ambiente biomédico (Teixeira, 1993, p. 21), resultando daí uma alienação das organizações sociais pelo comprometimento com a academia e com a burocracia (Fleury, 1991, p. 11; Vasconcelos, 1999a, p. 265). Outros pensam que, por não se desvincular da postura corporativista, os profissionais que a preconizaram não conseguiram superar a falta de discussão sobre contradições vigentes nem se aliar à população como atores do processo (Ramos, Melo e Soares, 1989, p. 158).

Conforme Cordeiro (1997, p. 57-58), o movimento não conseguiu elaborar uma política clara e inovadora que superasse a fragmentação técnica e social do trabalho em saúde e que rumasse para uma recomposição do processo de trabalho sob a ótica do compromisso social.

Levando em conta essas concepções, é possível observar que a reforma sanitária não conseguiu incluir plenamente os trabalhadores da saúde no processo de discussão e elaboração de suas propostas (Campos, 1997, p. 33; Minayo, 1997, p. 59). No dizer de Bravo (1996, p. 262), conformou mais uma modernização do que uma transformação.

Somente a articulação e a integração das políticas sociais poderiam promover uma modificação significativa que afetasse positivamente o fator saúde em relação à doença no binômio saúde-doença (Cordeiro, 1997, p. 45). Além disso, dever-se-iam privilegiar o sujeito coletivo e o individual, pois ambos são mais do que casos ou prontuários (Minayo e Souza, 1989, p. 99).

Contudo, a interação entre atores sociais de distintos setores convergindo para uma transformação na política de saúde brasileira, mesmo marcada por limites, contradições e apoios, continua a marcar a atenção à saúde no Brasil. Sendo um processo, a reforma sanitária está inconclusa (Gerschman, 1995, p. 15-17) e merece ser debatida, defendida e aperfeiçoada. Não é apenas o campo da saúde que define a necessidade de reestruturação desses sistemas de serviços, mas sim questões mais amplas (Almeida, C., 1996, p. 69), reforçando a idéia de que saúde é resultado de uma interseção entre vários fatores e processos.

O debate entre as correntes integrantes do Movimento Sanitário atingiu seu ápice durante a Oitava Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 em Brasília, cujo relatório embasou o texto referente a esse assunto na Constituição promulgada em 1988 (Buss, 1995, p. 81). Além de ter ampliado o conceito de saúde, esse evento também inovou ao incluir setores sindicais, associações de moradores e outras entidades representativas da sociedade organizada entre seus participantes (Ramos, 1986, p. 96).

Conforme as mudanças econômicas, socioculturais e políticas vividas pelo país, o sistema de saúde brasileiro foi sendo simultaneamente modificado, independente de corresponder às necessidades da população (Buss, 1995, p. 74).

2.2. O Sistema Único de Saúde - SUS

Além do sistema público, constituído por serviços públicos e privados contratados (Buss, 1995, p. 82), o país conta com dois outros sistemas privados de atenção à saúde, a Atenção Médica Supletiva e o Sistema de Medicina Liberal. Tanto suas formas de organização como de financiamento são diferentes, apesar de ambos também serem subsidiados pelo Estado (Mendes, 1998, p. 58).

Elias (1999, p. 75-76) subdivide os serviços privados em “sem fins lucrativos”, criados por iniciativa da comunidade ou de grupos sociais, sendo financiados por serviço prestado ou por isenções fiscais, e os “lucrativos”, que são sociedades limitadas ou anônimas que recebem pelo capital investido, além de também serem favorecidos por incentivos fiscais.

A instituição de um sistema único de saúde no Brasil já tinha sido proposta em 1979 durante o 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde (Cordeiro, 1982, p. 89). Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS), definido constitucionalmente em 1988 (Brasil, 1988, título VIII, capítulo II, seção II), tem envolvido diferentes atores no desenrolar de seu processo; é resultado do confronto entre aspectos políticos, ideológicos e tecnológicos diversos, antagonistas ou não (Mendes, 1996, p. 58) e constitui a única opção de atenção à saúde para cerca de 80% da população brasileira (Buss, 1996, p. 182).

Conforme Mendes (1996, p. 234-255), a implementação do SUS vem implicando uma mudança conceitual a respeito de quatro categorias.

A concepção de saúde-doença, que passaria a ser vinculada à qualidade de vida; o paradigma sanitário, substituindo o conceito de saúde como ausência de doença por um conceito que a define como produto social; a prática sanitária, que evoluiu para uma

atitude de vigilância da saúde associada à epidemiologia; e finalmente a maneira de governar, que passa a gerenciar intersetorialmente a atenção à saúde nos municípios.

O modelo assistencial vigente no país, definido como o modo pelo qual as ações de saúde são produzidas pelos serviços de saúde e organizadas pelo Estado (Campos, 1989a, p. 53), é resultado de condições socioeconômicas e culturais construídas historicamente e que determinam a concepção de saúde vigente em cada momento (Mendes, 1996, p. 58), desrespeitando, muitas vezes, a necessidade real de saúde da população (Buss, 1995, p. 74).

Há três níveis de acesso da população ao sistema de saúde: primário, secundário e terciário. O primeiro nível de acesso da população ao sistema de saúde, conhecido como atenção primária à saúde (APS), será primordialmente focado nessa dissertação.

Possibilidade de acesso à unidade de saúde, abrangência dos serviços oferecidos, adscrição da clientela e continuidade da atenção são os elementos estruturais desse nível de atenção. Além disso, outros quatro atributos qualificam a APS: é o primeiro contato para atenção em saúde, oferece longitudinalidade do atendimento, presta referência e contra-referência e coordena a continuidade da atenção (Starfield, 1992, p. 17-18).

Localmente referidos, prestando atenção de forma constante e continuada, integrando ações educativas, preventivas e curativas e localizados próximos ou dentro das comunidades, os serviços de atenção primária têm seu potencial de enfrentamento dos agravos à saúde em maior vantagem do que outros sistemas de atenção (Vasconcelos, 1999a, p. 23). Tal proximidade física facilita a apreensão das necessidades e propostas da população atendida, desde que

seja baseada num diálogo permanente entre o saber local e o conhecimento técnico-político tomados coletivamente.

A atenção primária à saúde incorporou agentes e auxiliares de saúde, geralmente oriundos da própria comunidade, aos serviços, racionalizando a atenção prestada via simplificação do cuidado (Bodstein e Fonseca, 1989, p. 82-83) e promovendo a aproximação entre profissionais de saúde e a realidade local.

Problemas de saúde não são resolvidos apenas com ações nessa área, seja devido à sua insuficiência, ineficiência ou falta de resolutividade, mas sim com intervenções intersetoriais (Echeverri e Salazar, 1980, p. 23).

A constituição da APS contraria as concepções de que o ser humano seria reconhecido somente em seu limite individual e de que seus agravos teriam uma ordem apenas etiológica e inexorável (Gallo, 1991, p. 67).

Um dos conceitos fundantes da saúde coletiva é que, sendo um processo social, refere-se a muito mais do que à soma de problemas individuais e deve identificar fatores e sinais externos ao indivíduo (Loureiro, 1998, p. 227 e 232). Dessa forma, o campo da saúde coletiva é marcado por um caráter dual, pois, ao mesmo tempo que é abrangente, englobando vários fatores determinantes do estado de saúde ou de doença na sociedade, também é minoritário, visando resistir à visão medicalizadora hegemônica no setor saúde (Minayo, 1997, p. 38).

Enfim, a saúde coletiva pode ser enfocada sob o aspecto da atenção primária à saúde, incluindo duas abordagens não excludentes entre si, a saúde comunitária e a saúde da família.

2.2.1. Saúde comunitária

Refletir sobre saúde comunitária implica pensar em atenção primária à saúde realizada por equipes multiprofissionais que trabalhem interdisciplinarmente em busca da transdisciplinaridade (Falk, 1999, p. 159). Mesmo reconhecendo esse agrupamento de conhecimentos diferentes em torno das questões referentes à saúde, a origem da saúde comunitária está na abordagem medicocêntrica conhecida como medicina comunitária.

A medicina comunitária foi construída socialmente a partir de um somatório de modelos de atenção à saúde. Compreende tanto o estado de saúde como de doença interligados como processo e relacionados à conjuntura estruturalmente definida. Nesse sentido, a dicotomia entre indivíduo e coletivo, entre atenção preventiva e curativa, começa a ser superada (Donnangelo, 1979, p. 86).

O advento da medicina comunitária foi antecedido pelos projetos de medicina integral e medicina preventiva nas décadas de 40 e de 50 que buscavam, respectivamente, recuperar a integralidade do ato médico frente à crescente especialização, reinserindo o paciente à globalidade de sua vivência e intervir

precocemente sobre fatores que afetariam o processo saúde-doença e desencadeariam enfermidades (Donnangelo, 1979, p. 80).

Surgida nos anos 60, nos Estados Unidos da América, a medicina comunitária espalha-se pela América Latina na década de 70 sob influência da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde. Entretanto, sua origem remonta à medicina simplificada aplicada em países africanos de colonização inglesa (Mendes, 1980, p. 36).

Sendo também conhecida como “Atenção Primária”, “Cuidados Primários em Saúde”, “Medicina Simplificada”, “Medicina de Comunidade”, “Programas de Extensão de Cobertura” ou “Medicina Rural” (Mendes, 1980, p. 34; Silva Júnior, 1998, p. 53; Vasconcelos, 1987, p. 11), a medicina comunitária veio, a partir dos anos 70, responder às necessidades de atendimento da parcela mais empobrecida do povo brasileiro, correspondente à maioria da população, sem acarretar aumento de despesas com a atenção médica, visto que utilizava tecnologia simplificada e de baixo custo (Vasconcelos, 1997, p. 17-18). Nesse sentido, é complementar à medicina denominada como científica ou tradicional, pois não a substitui no atendimento às camadas sociais de maior poder aquisitivo (Mendes, 1980, p. 35).

Originalmente dirigida a grupos populacionais definidos, a medicina comunitária, desde o início, atende a segmentos sociais excluídos do atendimento médico (Donnangelo, 1979, p. 71), notadamente populações marginalizadas urbanas (Pellegrini Filho, Ramos e Ribeiro, 1984, p. 215) devido ao êxodo rural ou à excedência de mão de obra.

Em sua fundamentação, essa abordagem significava a ampliação do atendimento médico à população empobrecida socioeconomicamente, urbana e rural, racionalizando os recursos técnicos e mobilizando a comunidade para responder a seus problemas de saúde (Donnangelo, 1979, p. 13 e 85).

Consolidada pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata (atual Cazaquistão) em 1978 (Organização Mundial da Saúde, 1979), a medicina comunitária passou a ser incorporada à atenção à saúde de vários países latino-americanos (Mendes, 1980, p. 38).

As estratégias adotadas por esse modelo de atenção à saúde incluem a delimitação geográfica da população a ser atendida, ênfase na relação entre indivíduo e comunidade e mobilização da população envolvida (Donnangelo, 1979, p. 92).

A adscrição da clientela melhoraria a eficiência técnica e reduziria custos, enquanto a identificação da população com a comunidade circundante possibilitaria a apreensão de seu padrão de saúde, do risco a agravos e o mapeamento dos recursos sociais disponíveis. Já a participação comunitária permitiria o ajustamento do modelo à realidade contextualizada.

Além desses elementos, a hierarquização dos serviços, a utilização de tecnologia adequada, a incorporação de práticas médicas alternativas populares e a interdisciplinaridade nas equipes (Silva Júnior, 1998, p. 58-59) possibilitariam a racionalização no uso de recursos escassos.

A seguir, abordaremos a estratégia de atenção à saúde da família no Brasil.

2.2.2. Saúde da família

A camada social mais empobrecida da população brasileira é a que está exposta aos maiores riscos de agravo à saúde, além de ser pior assistida pelo sistema de saúde e ter seu acesso aos serviços mais restrito (Buss, 1995, p. 90).

Vários programas, projetos e estratégias vêm sendo elaborados pelo governo brasileiro para prestar assistência à saúde dessa parcela da população (Sousa, 2000, p. 26), desencadeados pelo início da discussão sobre o SUS (Feuerwerker e Marsiglia, 1996, p. 24).

Uma dessas estratégias é a atenção à saúde da família. De forma idêntica à medicina comunitária, esse modelo também prevê definição de território de abrangência, adscrição de clientela, continuidade no atendimento, integralidade e resolutividade na atenção, além de articulação intersetorial (Mendes, 1996, p. 276).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi lançado em 1993 pelo Ministério da Saúde para assistir, proteger e promover a saúde de populações marginalizadas, urbanas e rurais, sob maior risco de adoecer e morrer e cujo acesso aos serviços de saúde é descontinuado (Ministério da Saúde, 1994c, p. 5). Num documento lançado posteriormente, contudo, a menção aos 32 milhões de brasileiros miseráveis já não consta do mesmo, aparecendo o termo “comunidade” (Ministério da Saúde, 1994c, p. 5). Em nome da equidade, portanto, já não fica garantida a universalidade da atenção a todos, um dos princípios do SUS, pois nem todos estarão enquadrados nesse conceito (Vasconcellos, 1998, p. 156), baseado em critérios sócio-econômicos.

A superação da contradição entre a universalidade proposta pelo SUS e o enfoque de equidade do PSF e entre a oferta de atenção básica do PSF e a proposta integral do SUS passa por compreender o indivíduo/usuário/paciente como sujeito de ações integrais em saúde, autônomo e responsável pela melhoria de suas condições de vida e saúde (Zanetti et alii, 1996, p. 34).

O PSF foi implantado em 1994, Ano Internacional da Família, como estratégia de reorientação do modelo assistencial vigente (Nitschke e Elsen, 2000, p. 35), estando baseado nos princípios da territorialização, intersetorialidade, descentralização, coresponsabilização e priorização (Trad e Bastos, 1998, p. 432).

Tendo a família como núcleo estratégico para organização da atenção primária à saúde, o PSF tenta resgatar a integralidade na atenção ao processo saúde-doença, visando atender a todos independente de idade, sexo ou ocupação (Mendes, 1996, p. 273).

Considerando que, em geral, os serviços de APS são identificados como atendimento à população de classe sócio-econômica baixa, as famílias pobres não devem ser pré-concebidas como famílias desestruturadas. Provavelmente, devido à sua situação social, sua conformação é distinta daquela tradicionalmente imaginada, mas necessariamente isso não caracteriza qualquer desqualificação (Vicente, 1994, p. 52-53), tampouco estabelece uma relação direta entre pobreza e irregularidade (Neder, 1994, p. 42).

A abordagem da família exige, por parte dos profissionais de saúde, um olhar que vá além do visível e que perceba todas as relações envolvidas, sejam elas intra ou extra-familiares (Nitschke e Elsen, 2000, p. 36), numa tentativa de compreensão histórica de sua especificidade e conforme o grupo social ao qual pertence (Vasconcellos, 1998, p.

158), valorizando o contexto familiar em termos de bem estar (Trad e Bastos, 1998, p. 432).

Ao longo dos tempos, o conceito de família, e mais ainda o de família saudável, vem mudando significativamente, pois do clássico modelo nuclear constituído por pai, mãe e filhos, passa a ser um grupo de pessoas interagindo num espaço social determinado, sobrepondo relações independentemente de sua origem (Souza e Vargas, 2000, p. 124). Além disso, tem aumentado o número de famílias monoparentais, especialmente as matrifocais, aquelas chefiadas por mulheres (Vasconcelos, 1999a, p. 164; Takashima, 1994, p. 80).

Portanto, tanto a especificidade como a diversidade marcam a família moderna, modificando um conceito universal idealizado (Trad e Bastos, 1998, p. 431-432) e reforçando a necessidade de atualizar o olhar e a prática em saúde. Essa mobilidade conforma uma unidade doméstica fluida que é rearranjada a intervalos relativamente curtos numa conformação espacial igualmente variável (Víctora, 1996, p. 88 e 92).

Conforme Vasconcelos (1999a, p. 173), cada município promove a implantação do Programa, mas sua implementação é responsabilidade do Ministério da Saúde. Nos próximos três anos, o governo brasileiro pretende implantar pelo menos 20 mil equipes de saúde da família (Cordeiro, 2000, p. 37).

O fato de funcionar com equipes multiprofissionais contribui para deslocar do profissional médico a responsabilidade única pela atenção à saúde, característica da medicina de família anteriormente proposta (Vasconcelos, 1999a, p. 173 e 1999c, p. 27), redistribuindo atribuições (Knauth, 1991, p. 134).

Originalmente, todos os profissionais da equipe de saúde deveriam residir na comunidade na qual iriam trabalhar sob regime de dedicação exclusiva (Ministério da Saúde, 1994b, p. 7), mas essa obrigatoriedade foi posteriormente revista, tendo sido mantida apenas em relação aos agentes comunitários de saúde (Vasconcelos, 1999a, p. 173).

Denominado ora como Programa de Médico de Família, ora como Saúde da Família, Saúde Comunitária ou ainda Saúde em Casa, as equipes do PSF podem estar compostas de forma diversa (Vasconcelos, 1998, p. 157). Em Porto Alegre, por exemplo, cada equipe conta com a formação básica, isto é, um médico geral comunitário, um enfermeiro, quatro auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. Equipes de outros locais contam com odontólogo (Vasconcelos, 1998, p. 157), atendente de consultório dentário (Franco e Rocha, 2000, p. 23) e até protético (Cáceres, 2000, p. 17).

Das 200 equipes consideradas necessárias para atender a 460.000 porto-alegrenses carentes de recursos sócio-econômicos e fora da área de abrangência de unidades de saúde já existentes, até 1999 haviam sido instaladas 28 equipes (anexo 9.1.), estando previstas, naquela época, mais 10 para o ano de 2000. Cada uma atende entre 800 e 1.000 famílias dentro de sua área de abrangência (Martini, 2000, p. 73).

Minas Gerais foi o primeiro estado brasileiro a implementar um sistema de saúde comunitária, sob a denominação de “sistema integrado de prestação de serviços de saúde do norte de Minas Gerais”, nos anos 70 (Vasconcelos, 1987, p. 14 e 32).

No Rio Grande do Sul, em 1973 foi estruturada a Unidade Sanitária São José do Murialdo, em substituição ao Centro de Saúde de mesmo nome fundado nos anos 60 (Vasconcelos, 1998, p. 160) no bairro Partenon, zona

leste de Porto Alegre. Vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, prestava atenção à saúde da população circunvizinha em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Integração ensino-pesquisa, prevenção associada a ações curativas e reabilitadoras e continuidade no atendimento eram suas características principais (Busnello, 1976, p. 59-60).

Com a descentralização do atendimento prestado, postos avançados passaram a atender às comunidades circunvizinhas com limites geográficos definidos, contando com uma equipe de atenção primária para atender a um número limitado de famílias nas necessidades de pediatria, gineco-obstetrícia, medicina interna, saúde mental, serviço social, odontologia e saneamento (Vasconcellos, 1998, p. 160-161), num modelo preconizado como “Sistema de Saúde Comunitária” (Rocha, 1999, p. 3). Esse serviço também oferecia residência em medicina comunitária, odontologia, enfermagem e serviço social.

Em 1983 foi estabelecido o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em Porto Alegre (Ferreira, Malerba e Pires, 1996, p. 107) que conta com uma área de internação com 30 leitos no próprio hospital, um núcleo de apoio em planejamento, antropologia e epidemiologia, secretaria administrativa e doze unidades de saúde (anexo 9.2.).

O SSC presta atenção primária à saúde, podendo referendar para atenção secundária e terciária dentro do próprio GHC, que conta com quatro hospitais: um geral, um infantil, um de ginecologia e obstetrícia e um de traumatologia e ortopedia.

Além de resultar em impacto sobre a condição atual e futura da saúde da comunidade, o SSC orienta-se por problemas epidemiologicamente revelados,

atua intersetorialmente, planeja localmente suas ações, integra um sistema de atenção hierarquicamente definido, funciona como primeiro contato da população com o sistema de saúde, presta cuidados de forma continuada, garante a integralidade por meio de vigilância à saúde, tem responsabilidade por uma população geograficamente adscrita, apresenta um bom nível de confiabilidade e humanização no atendimento e, finalmente, tem boa capacidade de adaptação a cada realidade vivida (Mendes, 1996, p. 279-280). O SSC também oferece residência em Medicina Geral Comunitária e é campo de estágio para estudantes de fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional.

Por definição, o SSC oferece atenção à saúde da “comunidade”, sendo esta descrita por territórios não só geográficos mas também por abrangência de serviços de atenção à saúde, semelhança entre condições de vida e doença dos moradores e a própria residência de cada família (Oliveira, 1998, p. 63), caracterizados como território-districto, território-área, território-microárea e território-moradia (Mendes et alii, 1999, p. 167).

A expansão do PSF e sua adequação a várias realidades vem resultando numa alteração substancial na formação de pessoal em saúde, notadamente em termos de pós-graduação, gerando maior interesse na área de formação em saúde geral comunitária (Vasconcellos, 1998, p. 157), contemplando conceitos atuais em saúde, família e comunidade, por exemplo.

2.3. Trabalhadores em saúde coletiva no Brasil

Os agentes da saúde, sujeitos denominados como trabalhadores ou profissionais, recursos humanos ou força de trabalho, ou ainda pessoal de saúde, estão inseridos em um processo de trabalho (Médici et alii, 1992, p. 12-13) e são seu agente técnico (Schraiber, 1996, p. 45).

Produtores de práticas em saúde, os profissionais da área são sujeitos e agentes de sua prática, superando a conceituação de recursos humanos (L'Abbate, 1995, p. 152) que os limita à qualidade de reprodutores de ações e meios para que determinado fim seja alcançado (Nogueira, 1983, p. 13) ou de insumo para viabilizar determinado projeto político-econômico (Quadra e Amâncio Filho, 1984, p. 242).

A atribuição da denominação “profissionais de saúde” para todos os trabalhadores em saúde não pode escamotear a existência de importantes níveis de hierarquia e atribuições técnicas, gerando níveis diferenciados de poder nos serviços de atenção à saúde (Fernandes, 1992, p. 138).

O trabalho é o componente mais complexo no processo de produção de serviços de saúde, estando agregado a seus agentes, os trabalhadores. Como o jargão de cunho administrativo, “recursos humanos”, nivela os produtores de serviços em saúde em relação aos outros fatores de produção, recursos materiais e financeiros (Santana, 1996, p. 36), implica conceber o trabalhador como instrumento a serviço de outro (Mattos, 1992, p. 46) e não como integrante de uma relação de trabalho que pode ser produtiva e criativa.

Assim, trabalhadores são sujeitos que contribuem com seu conhecimento e suas habilidades no desempenho de papéis e funções para o processo de trabalho, sendo portadores de desejos e necessidades (Machado, 1995, p. 4).

O agir em saúde é uma prática constitutiva da sociedade e uma ação social que, extrapolando os limites da técnica e reinterpretando a ciência, é aplicada e tornada visível pelo trabalho humano em saúde (Schraiber, 1996, p. 7-9). Esse trabalho é complexo, desempenhado por um coletivo e promove o envolvimento emocional e ético com seu usuário (Machado, 1995, p. 54).

A relação entre profissional e usuário caracteriza uma interação entre atores e sujeitos que deve ser constantemente aperfeiçoada, tanto quanto em outras áreas (L'Abbate, 1994, p. 482).

Autonomia e responsabilidade fazem parte da postura desse trabalhador (Campos, 1999, p. 328), sempre considerando o usuário também como sujeito (L'Abbate, 1995, p. 154), pois ambos são capazes de perceber seu papel integral na sociedade (L'Abbate, 1994, p. 483).

Entretanto, o alcance da autonomia dos pacientes em relação à sua própria saúde não significa pensar que a saúde esteja desvinculada da infra-estrutura subjacente; pelo contrário, despertar esse senso de autonomia em relação a si mesmo faz parte do processo de tomada de consciência de todos, trabalhadores em saúde e usuários dos serviços onde eles atuam, a respeito da vinculação entre condições de vida e de saúde-doença (Botazzo, 1999, p. 211). Isso fica ainda mais evidente ao pensarmos que não existe autonomia no seu sentido mais amplo sem acesso a recursos e aos meios para sua distribuição (Curiel, 1995, p. 113).

No caso dos trabalhadores em saúde, a autonomia profissional encontra um limite no recurso tecnológico que pode ser utilizado por cada categoria, refletindo uma especificidade tecnicamente definida (Schraiber, 1996, p. 46), além de sofrer

interferências de cunho burocrático ou político que podem comprometer a qualidade do desempenho de sua função (Teixeira et alii, 1996, p. 150).

Como processo, o exercício profissional envolve instrumentos e força de trabalho voltados para uma direcionalidade técnica intelectual e manual de natureza coletiva, especialmente se analisarmos o conjunto de profissões que atuam na saúde. Além disso, como trabalhadores da assistência à saúde, integram o setor de serviços que é baseado especificamente na inter-relação entre pessoas que desempenham papéis diversos nessa relação, seja como prestador e consumidor, seja como usuário e servidor, seja como profissional e paciente (Nogueira, 1997, p. 72-73).

Nogueira (1985, p. 393) designa como “pessoal de saúde” todos os que trabalhem ou colaborem para a manutenção e recuperação da saúde, desde que formalmente capacitados para tal, o que pode incluir voluntários que tenham sido treinados pelo sistema de saúde formal.

Em outro artigo, o mesmo autor (1988, p. 574) lista dezoito categorias profissionais e discute a demanda por profissionais de saúde num período de oito anos no Brasil. As categorias de nível universitário listadas são: médico, odontólogo, enfermeiro, farmacêutico, nutricionista, assistente social, psicólogo e sanitário. Não são citadas por esse autor as categorias de fonoaudiólogo, nutricionista nem terapeuta ocupacional, as quais atualmente já fazem parte de muitos serviços de saúde.

Os profissionais de nível de escolaridade média e elementar são: técnico de laboratório, técnico de raio-X, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, técnico em saneamento, auxiliar de saneamento, atendente de enfermagem (categoria atualmente extinta), parteira, visitador sanitário e agente de saúde

pública. Técnico em higiene dental, atendente de consultório dentário, agentes comunitários de saúde ou promotores de saúde tampouco estão listados, pois sua incorporação aos serviços de saúde é mais recente.

No período estudado, foi constatado que o setor público aumentou sua demanda por profissionais de saúde numa década de recessão econômica no país, em oposição ao setor privado, mais especificamente as instituições filantrópicas (Nogueira, 1988, p. 572).

Em termos de profissionais com curso superior ou técnico, o número de empregos aumentou (Teixeira, 1996, p. 151). Além disso, tanto a escolaridade como a qualificação dos trabalhadores aumentaram, especialmente em relação às categorias profissionais de nível elementar (Nogueira, 1988, p. 581).

O setor de serviços, no qual está incluída a atenção à saúde, tem crescido significativamente nas últimas décadas. Especificamente no Brasil, é o que mais tem aumentado (Martins et alii, 1996, p. 41; Pires, 1998, p. 61-62). Em épocas de recessão econômica, esse setor é o que mais aumenta seu nível de emprego (Barros, Silva e Christófar, 1991, p. 7).

Auxiliares de enfermagem e médicos representam a maior parte dos profissionais em saúde no Brasil (Martins et alii, 1996, p. 41; Teixeira et alii, 1996, p. 152), enquanto outras categorias profissionais relativamente mais novas ainda estão se consolidando em termos de reconhecimento pelo mercado de trabalho em saúde coletiva tais como os higienistas dentais (Rosen, 1994, p. 287).

O surgimento das categorias auxiliares em saúde propiciou o aumento na cobertura das ações, tendo sido baseado na subdivisão de categorias mais

antigas, ou mesmo, na sua extinção, resultando em novas profissões consideradas menos qualificadas tecnicamente (Carvalho, 1999, p. 25).

Contudo, a integralidade da atenção não fica garantida, pois a polarização entre profissionais de distintos graus de especialização não contempla a abordagem holística da população (Martins et alii, 1996, p. 41; Santana e Girardi, 1992, p. 104).

Em 1989, cerca de dois milhões de pessoas trabalhavam no setor saúde no Brasil (Santana, 1989, p. 4); em pouco mais de uma década, o número de empregos em saúde tinha duplicado (Teixeira et alii, 1996, p. 150). Desse percentual, a grande maioria era composta por médicos e trabalhadores de nível médio e elementar de enfermagem (Martins et alii, 1996, p. 41).

Em 1994, um quarto dos cerca de 116 mil odontólogos do país trabalhava diretamente vinculado ao SUS (Frazão, 1994, p. 35). Já no final da década dos 90, 5% dos postos de trabalho em saúde pública eram ocupados por profissionais de saúde bucal; dentre esses, 85% são odontólogos (Carvalho, 1999, p. 31), caracterizando um baixo aproveitamento das categorias auxiliares em odontologia nos serviços de saúde.

Os cerca de 160.000 cirurgiões-dentistas inscritos nos Conselhos Regionais de Odontologia do Brasil em 2000 não bastam para atender às necessidades de saúde bucal da população brasileira, pois sua má distribuição no território nacional contribui para restringir o acesso à maioria dos usuários em potencial (Brasil, 2000, p. 68).

Por outro lado, técnicos em higiene dental e atendentes de consultório dentário, cuja proporção em relação aos odontólogos era de aproximadamente 15% em 1999,

tampouco conseguem melhorar a situação da saúde bucal da população brasileira como um todo (Brasil, 2000, p. 72).

A atenção em saúde sempre foi prestada por indivíduos que possuíam algum conhecimento especial ou que eram reconhecidos como possuidores de alguma capacidade especial pelo grupo social no qual atuavam (Pires, 1998, p. 81). Distintos agentes propiciavam assistência à saúde, conforme o ramo de seu conhecimento e sua inserção como religiosos ou leigos (Pires, 1998, p. 82).

Leigos profissionalizados desempenhavam algum ofício, como parteiras, dentistas ou boticários, por exemplo. Eles controlavam seu processo de trabalho e seu ritmo, a produção e a reprodução de seu conhecimento e o produto final, além de serem proprietários de seus instrumentos de trabalho. Essas pessoas aprendiam pela tradição oral e pelo treinamento com algum mestre (Pires, 1998, p. 83).

O ofício estava subordinado ao trabalho intelectual e a medicina colocava-se em superioridade aos práticos, determinando regras para sua profissionalização e o exercício de sua prática. Os ofícios de saúde começaram a colocar sua especificidade em prática ao tratar daqueles que a medicina não conseguia dar conta. O local privilegiado de atendimento era a moradia dos pacientes, embora eventualmente pudesse ser realizado na residência do prestador do serviço. Com o passar do tempo, a assistência em saúde passou a resultar num trabalho coletivo de médicos e alguns outros profissionais a eles subordinados, e o local de atendimento passou para a esfera hospitalar ou ambulatorial. Com a emergência da atenção primária à saúde, retorna à baila o

atendimento domiciliar, agora realizado por pessoas treinadas ou com habilitação específica (Pires, 1998, p. 82 a 88).

2.3.1. As equipes de saúde

A busca da integralidade das ações de saúde, que tenta recuperar a fragmentação entre saúde pública e medicina curativa, resulta em representações divergentes do fenômeno do adoecimento (Cordeiro, 1997, p. 44), mas pode significar uma complementaridade entre ações sobre um mesmo sujeito, individual ou coletivo.

A integralidade da atenção à saúde não fica garantida apenas pelo fato de diversos profissionais trabalharem numa mesma equipe, pois os distintos graus de especialização não contemplam por si só uma abordagem holística da população (Santana e Girardi, 1992, p. 104), mas sim por uma atitude de diálogo entre diferentes e de curiosidade pelo outro.

Atitudes de curiosidade e de diálogo caracterizam a interdisciplinaridade (Fazenda, 1995, p. 18), podendo desencadear a integração entre os diversos olhares profissionais e atuar conjuntamente em benefício dos usuários.

O campo da saúde coletiva, independente de sua especificidade, implica uma intersetorialidade para abranger os diversos determinantes do processo saúde-doença. Para articular as ações necessárias, a interdisciplinaridade se faz essencial, pois olhares diferentes complementam a visão sobre a realidade

e propõem ações interrelacionadas. O grau de interseção entre as especificidades – tomadas como pluri, multi, inter e transdisciplinaridade - reflete diferentes estágios de integração entre as disciplinas.

Nos dois primeiros casos, a justaposição de conteúdos, numa mesma disciplina ou entre conhecimentos diversos, seria o seu conceito. Já a interdisciplinaridade pressupõe reciprocidade e interação, baseando-se na unidade do ser e seu mundo. A transdisciplinaridade, por sua vez, ocuparia a etapa mais abrangente dessa relação, sendo uma utopia (Fazenda, 1995, p. 31).

Uma das saídas possíveis em busca da construção da interdisciplinaridade seria analisar os estados de saúde e de doença a partir de categorias e conceitos em comum, formulados a partir da avaliação da realidade (Luz, 1988, p. 6), seja visível ou perceptível apenas.

Estados de adoecimento e normalidade, sensação de equilíbrio e desvio, o fato de sentir-se bem ou mal são produtos sociais e repercutem no social. Indivíduos e grupos sociais refletem sua relação com o corpo, os agravos e os sofrimentos dos quais padecem, sua morte e a de outros como relações sociais. Assim, ciências ditas da saúde estão inter-relacionadas às denominadas sociais (Luz, 1988, p. 5-6).

Saúde é uma condição que implica diversas dimensões. Nesse sentido, a inclusão de ciências humanas e sociais às ciências biológicas veio a caracterizar uma abordagem integralizadora do complexo processo saúde-doença (Luz, 2000, p. 62).

Considerando que a realidade é múltipla e multifacetada, uma visão unidimensional perde em qualidade e abrangência, enquanto abordagens interdisciplinares enriquecem as intervenções pela integração das análises e ações delas resultantes (Fazenda, 1996, p. 47-48).

Assim, a atenção à saúde coletiva deve se valer de disciplinas ainda não plenamente integradas a ela, como geografia, demografia, epidemiologia, educação, antropologia, sociologia e direito, aliando-se ao serviço social, à psicologia, à terapia ocupacional, à fonoaudiologia, à fisioterapia, a nutrição e às categorias auxiliares em enfermagem e odontologia, além do conhecimento local advindo da vivência e saber das próprias comunidades.

Se profissionais de diferentes categorias trouxerem para a unidade de saúde seus saberes de uma maneira estanque, estarão apenas reproduzindo o modo hegemônico do fazer em saúde, isto é, conteúdos e especialidades compartimentalizadas que não levam em conta as múltiplas necessidades de saúde da população (Vasconcelos, 1999a, p. 189).

Contudo, se houver integração entre o conhecimento próprio das diversas categorias profissionais envolvidas na atenção à saúde, mudanças na hierarquia e aumento da autonomia de cada trabalhador, o reconhecimento social também será maior, contribuindo para a convergência dos saberes em prol dos sujeitos de sua atenção (Somarriba, 1999, p. 330).

A elaboração da interdisciplinaridade parte do pressuposto de que nenhum conhecimento é total, sendo necessário dialogar com saberes de outra ordem, não necessariamente validados pelo saber dominante, para construir coletivamente outro conhecimento (Fazenda, 1995, p. 15 e 20).

A integração de conhecimentos totalizantes e auto-suficientes seria um dos passos a seguir no processo de construção de experiências interdisciplinares, baseando-se no pressuposto da escuta à diferença e do respeito à subjetividade (Detoni, 1996, p. 44).

Interdisciplinaridade é antes um processo do que um produto e implica a comunicação entre os membros da equipe, distribuição de tarefas e registro das atividades (Fazenda, 1994, p. 25).

A incorporação da atenção à saúde bucal dentro das atividades desempenhadas por agentes comunitários de saúde estimularia o auto-cuidado da população, podendo inclusive ser utilizadas alternativas locais (Bercht, 1982, p. 98; Sheiham, 1988, p. 29).

Além disso, a proposta de uma orientação alimentar multissetorial por parte desses profissionais de saúde, ao estimular o consumo de nutrientes e alimentos integrais, promove a recuperação nutricional, previne doenças crônico-degenerativas (Brandão e Brandão, 1996, p. 3), estimula a organização da comunidade (Watt e Sheiham, 1999, p. 7) e propicia geração de renda para a população envolvida (Nespolo, 1999, p. 109-110).

As orientações em saúde bucal proporcionadas por dentistas e pessoal auxiliar aos usuários de um serviço de saúde devem ser reforçadas de maneira continuada por agentes comunitários de saúde, a fim de que seu efeito sobre a tomada de nova consciência não seja perdido (Watt e Fuller, 1999, p. 3).

2.3.2. Formação e capacitação em saúde

Em comparação com profissionais de nível superior, são escassos os trabalhos que versam sobre a formação de técnicos de nível médio e elementar em saúde (Salgado, 1997, p. 83).

Até os anos 70, a maioria dos estudos sobre trabalhadores em saúde tratava da formação e qualificação de médicos, refletindo a hegemonia desta categoria profissional nos serviços de saúde. A partir da década de 80, foram realizados outros trabalhos versando sobre as demais categorias de profissionais de saúde, tendo ocorrido inclusive a Primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde em outubro de 1986 (Campos, 1989b, p. 45-46), numa busca de aprofundamento dessa questão por meio da agregação de diferentes esforços de investigação e articulação (Mishima et alii, 1992, p. 70).

A Primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos aprofundou as propostas da Oitava Conferência Nacional de Saúde relacionadas à questão da formação e capacitação do pessoal de saúde conforme os princípios de resolutividade, equidade e universalidade, afirmando a importância da relação ensino-serviço na integração entre teoria e prática, rumo à construção de um Sistema Único de Saúde (Campos et alii, 1987, p. 374 e 380).

Entretanto, nem esse evento tratou, de forma específica, a questão da formação e capacitação ou propôs qualquer articulação entre educação e saúde para profissionais de saúde (Belaciano, 1996, p. 29; Ribeiro e Motta, 1996, p. 39).

Até a década passada, cerca de metade dos trabalhadores em saúde no Brasil não possuía qualificação específica; urge capacitá-los e formar novos profissionais (Souza, 1997, p. 93). Na época, por exemplo, sessenta por cento da categoria majoritária na área, a enfermagem, não estava especificamente qualificada (Souza, 1997, p. 96). Desse percentual, os antigos atendentes de enfermagem eram os mais carentes em termos de qualificação e escolaridade, sendo isso especialmente preocupante pelo fato de serem responsáveis pelo trato direto com pacientes (Almeida, J. L. T. de, 1996, p. 53).

A readequação do perfil profissional, o processo pedagógico desenvolvido e os rumos do processo formativo em saúde devem ser urgentemente abordados na formação de profissionais de saúde (Teixeira e Paim, 1996, p. 19). Embora a própria Constituição Federal de 1988 já tenha preconizado que compete ao SUS organizar a formação de “recursos humanos em saúde” e isso tenha sido regulamentado pela Lei n.º 8.080 para todos os níveis de ensino (Almeida, M. J., 1996, p. 34), ainda existe uma lacuna de formação adequada dos profissionais que exercem sua função nesse setor.

O processo da reforma sanitária ainda não está concluído; com avanços e retrocessos, vem sendo reelaborado no cotidiano de usuários e profissionais dos serviços de saúde no Brasil. Isso pressupõe mudanças qualitativas na formação dos profissionais de saúde que atuarão em nível coletivo, em interdisciplinaridade, com maior qualidade e resolutividade (Cordeiro, 2000, p. 37).

A expansão do PSF e sua adequação a várias realidades vem resultando numa alteração substancial na formação de pessoal em saúde, notadamente

em termos de pós-graduação, gerando maior interesse na área de formação em saúde geral comunitária (Vasconcellos, 1998, p. 157).

Com a implantação dos Pólos de Formação, Capacitação e Educação Permanente para Pessoal da Saúde da Família, fruto de parceria entre instituições formadoras de trabalhadores para a saúde e os gestores do SUS, profissionais de todos os níveis de escolaridade têm a oportunidade de se capacitar, levando em conta o quadro epidemiológico do local no qual atuam (Oliveira et alii, 1999, p. 11). Assim, desde 1997, o Ministério da Saúde já credenciou 20 centros de parceria entre universidades e secretarias de saúde em 15 estados do país (Cordeiro, 1997, p. 37).

2.3.3. Os agentes comunitários de saúde - ACS

Agentes comunitários de saúde (ACS) são profissionais de saúde oriundos da própria comunidade e geralmente pertencentes à mesma classe social e nível cultural das pessoas com as quais convivem. Eles desempenham uma função essencial como vínculo entre a comunidade e o serviço de atenção à saúde no qual atuam (Valla e Siqueira, 1989, p. 103), fazendo a intermediação entre o saber popular e o científico e contribuindo para facilitar o acesso da população aos serviços de saúde, buscando melhorar seu quadro

de morbi-mortalidade (Juca, Lins e Queiroz, 1998, p. 184). Além disso, informam a população sobre o sistema oficial de atenção à saúde e oferecem aos colegas informações importantes para compreensão dos problemas de saúde da população (Nunes et alii, 2000, p. 5).

Esses são os únicos profissionais de um serviço de atenção primária à saúde que devem obrigatoriamente residir na área de atuação há pelo menos dois anos (Ministério da Saúde, 1994a, p. 14), já que um dos componentes da atenção primária à saúde é o conhecimento da realidade local.

A valorização das características de cada vizinhança, propiciada pela presença dos ACS nas equipes locais de saúde, prediz melhor o estado de saúde de determinado subgrupo da população do que se for realizada em nível individual apenas, facilitando o processo de planejamento dos serviços de saúde (Locker, 1993, p. 143).

Atualmente, os critérios para a incorporação de agentes comunitários de saúde às equipes de saúde são, além de ser morador da área na qual exercerá sua função, ter mais de 18 anos de idade, saber ler e escrever, poder trabalhar pelo menos oito horas por dia de forma dinâmica e interessar-se pela saúde da comunidade (Akerman e Nascimento, 2000, p. 60).

Algumas experiências relatadas (Muller, 1983, p. 193) evidenciam que alguns dos critérios de seleção de ACS podem inviabilizar a inclusão das mulheres devido ao maior índice de analfabetismo nesta parcela da população.

Anteriormente à incorporação formal dos ACS como membros de uma equipe de saúde, promotores de saúde já eram formados entre os moradores

de comunidades ou regiões (Lobo, 1984, p. 57). Atualmente, os promotores continuam a atuar sobre a situação de saúde e doença de seus vizinhos (Ramos, May e Ramos, 2001, p. 568).

A inclusão de parteiras, benzedadeiras, curandeiros e raizeiros ao sistema de saúde pode aperfeiçoar e qualificar suas atividades, se eles estiverem dispostos a receber formação como ACS e forem capazes de aceitar essa função adicional (Organização Mundial da Saúde, 1987, p. 19; Nations et alii, 1989, p. 10), embora também possa significar um rompimento com a comunidade ao serem incorporados ao sistema médico oficial (Carrara, 1987, p. 59). No nordeste do Brasil, especialmente no Ceará, parteiras já vêm sendo treinadas e atuam como promotoras de saúde (Comissão Nacional de Educação Popular em Saúde, 1998; Haines, 1993, p. 505). De forma idêntica, professores primários também têm sido convidados a se engajar como agentes de saúde, pois seu relacionamento com crianças e seus pais pode resultar num estímulo positivo para lutar por conquistas na saúde (Carvalho, 1986, p. 106; Oliveira, 1993, p. 178).

Componentes das equipes rurais de saúde que desempenham tarefas específicas e trabalham em serviços básicos de saúde são denominados “auxiliares de saúde” (Cantillano, 1983, p. 194), “promotores rurais de saúde” (Gagnon, 1991, p. 298) ou ainda “encarregadas da comunidade” (Dalhaus G., 1981, p. 124).

Também denominados auxiliares de saúde, visitantes sanitários, atendentes moradores, educadores em bem estar da família, ajudantes sanitários, guia de saúde da comunidade, amigos da saúde, agentes

polivalentes, trabalhadores de saúde comunitária ou guias de saúde (Bohadana, 1982, p. 121; Harpham, 1988, p. 176; Kadt e Tasca, 1993, p. 67; Organização Mundial da Saúde, 1987, p. 6), esses promotores de saúde eram, em princípio, responsáveis por atividades simples de promoção de saúde.

Inicialmente circunscrita à atenção materno-infantil, sua função foi se expandindo para outras parcelas da população e passou a abranger atividades adicionais (Alvarez e Quiroga, 1987, p. 159).

Campos (1989a, p. 57) lembra a sobrecarga imposta aos que denomina de “auxiliares de saúde” pelos serviços de saúde para que economizem em recursos mais especializados e com capacitação específica em detrimento de um atendimento adequado sempre que necessário (Vasconcelos, 1997, p. 51). Além disso, ainda precisam desenvolver suas lides domésticas e estar disponíveis para prestar atendimento em suas próprias casas (Gagnon, 1991, p. 303).

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde de Alma-Ata, realizada em 1978, preconizou o emprego de agentes comunitários de saúde como alternativa para melhorar o estado de saúde de populações pobres (Organização Mundial da Saúde, 1979, cap. 7, item 7).

No Brasil, o relatório final da Oitava Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1986) considerou que a política de trabalhadores em saúde deveria incorporar pessoas então denominadas “agentes populares de saúde” para trabalhar com educação para a saúde e cuidados primários (Silva, Vianna e Nogueira, 1986, p. 123).

No mesmo ano, a Lei do Exercício da Enfermagem definiu que visitantes sanitários e agentes de saúde pública deveriam seguir a mesma orientação referente à categoria dos atendentes de enfermagem, a qual em dez anos deveria ser extinta, em virtude da formação obrigatória como auxiliar de enfermagem de todos os trabalhadores em saúde com escolaridade elementar (Martins et alii, 1996, p. 41).

Desde seu reconhecimento oficial como profissionais de saúde, vários países vêm promovendo sua integração às equipes básicas de saúde, mas, em alguns casos, existe uma brecha entre o programa de ACS e outros programas de saúde, provavelmente devido à forma não estruturada de sua implantação nesses casos (Organização Mundial da Saúde, 1987, p. 5).

Em 1975, o Ministério da Saúde brasileiro criou um programa para capacitar agentes comunitários leigos de fora dos sistemas de saúde como os que eram membros das Pastorais da Criança e da Saúde e do Movimento Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Solla, Medina e Dantas, 1996, p. 5).

Em 1980 o Distrito Federal recrutava “Agentes de Saúde da Comunidade” em número proporcional à população que deveriam atender (Wright, 1987, p. 185).

A instituição da Pastoral da Criança pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) em 1983 colaborou na capacitação de agentes comunitários em todo o território nacional, notadamente em ações de combate à mortalidade infantil (Oliveira, 1993, p. 172; Martins et alii, 1996, p. 40).

No Ceará, trabalhadores sem fonte de renda devido à seca foram contratados como agentes de saúde em 1987 para atuarem tanto em zona urbana quanto rural (Bitu, 1992, p. 147).

O Programa de Saúde da Família (PSF), implantado em 1994 pelo Ministério da Saúde, teve como etapa inicial a implantação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Juca, Lins e Queiroz, 1998, p. 187; Solla, Medina e Dantas, 1996, p. 5; Sousa, 2000, p. 25). Essa implantação emergencial do PACS no nordeste brasileiro deveu-se à epidemia de cólera que grassava na região naquela época, sendo os profissionais responsáveis por ações de controle e prevenção (Solla, Medina e Dantas, 1996, p. 5) e pela transmissão de informações e conhecimento para a população.

2.3.3.1. Agentes comunitários de saúde nas equipes de saúde

Conhecedores da realidade local, os ACS são capazes de avaliar a qualidade de vida e desenvolver atividades de acordo com as necessidades locais de saúde, devendo ser supervisionados por outro profissional da instituição que os contrata (Kadt e Tasca, 1993, p. 67).

É evidente a dificuldade que, muitas vezes, profissionais de outras categorias têm para reconhecer que existem diferentes origens culturais,

étnicas e sociais na comunidade, além de modos distintos de vida (Oliveira, 1982, p. 54-55; Vasconcelos, 1998, p. 89).

O fato de várias pessoas pertencerem à mesma faixa etária dentro da mesma comunidade tampouco garante quaisquer características ou demandas homogêneas devido às distintas histórias de vida (Shinkai e Cury, 2000, p. 1100). Conseqüentemente, convivem nesse espaço necessidades e estratégias diversas sentidas e elaboradas por cada grupo social (Rosa, 1994, p. 18). Esse fato determina níveis diversos de risco ao adoecimento, os quais podem ser superados pela parceria com um profissional que reside nessa comunidade e que comprova que cada grupo ou subgrupo social também produz conhecimento e o interpreta ao cotejá-lo com a realidade visível e subjetiva (Valla, 1998, p. 165-166).

A experiência de vida referida às dificuldades do presente permanecem nas expectativas sentidas ou expressas dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde e nem sempre são percebidas por profissionais oriundos de outra classe e cultura (Valla, 1998, p. 153), nem tampouco estão sempre contempladas nos programas de atenção previamente elaborados, pois não levaram em conta a realidade local em seu todo (Raupp et alii, 2001, p. 4).

Assim, a tradução do que se passa na comunidade e do que é prescrito por profissionais de saúde é grandemente facilitada pelo pertencimento simultâneo aos dois universos, popular e técnico (Nunes et alii, 2000, p. 9). Ademais, cabe ressaltar que, graças à sua própria vivência, esse papel de tradutor coincide com o de intérprete, possibilitando a criação de versões mais adequadas à cada realidade de vida e saúde.

A contradição entre os diversos posicionamentos assumidos dentro de uma comunidade, a qual poderia ser encarada como sinal de incoerência ou alienação (Vasconcelos, 1999a, p. 55), passa a ser vista como grande auxiliar na definição de problemas e modos de enfrentamento, especialmente se um morador chamar a atenção sobre eles.

Expressões de conformismo, fatalidade e submissão aparentes podem, na verdade, ser expressão de resistência (Rocha, 1985, p. 44) ou constatação de limites impossíveis de ser ultrapassados (Valla, 1998, p. 168), desafiando o profissional de fora a compreender essa linguagem de silêncios e reticências.

Se profissionais de saúde forem capazes de, mediante um olhar relativizador e uma postura crítica, reconhecer a capacidade criativa dos setores populares da população, a elaboração de propostas e seu gerenciamento poderão ser realizados em parceria, melhorando a equidade e a eficiência dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, a própria equipe de saúde participa, ainda que inconscientemente, do apoio social promovido pelo ACS (Valla, 1998, p. 156), enriquecendo o potencial de atuação de todos.

A interação entre agente de saúde e as famílias sob sua responsabilidade pode modificar o contexto familiar, pois o conhecimento da realidade que os cerca ajuda a explicar situações e a propor alternativas viáveis de intervenção (Trad e Bastos, 1998, p. 432).

A convivência multidisciplinar numa equipe de saúde não garante, por si só, a apropriação da abordagem integral em saúde por parte de nenhum dos profissionais envolvidos. É da articulação entre percepções e conhecimentos

populares e técnicos que novos saberes são construídos (Siqueira e Correa, 1993, p. 201).

O repasse de conhecimento ao ACS, por parte da equipe, nem sempre é feito de maneira adequada, pois, dessa maneira, esse profissional não chegaria a ficar suficientemente instrumentalizado para ser completamente autônomo em todas suas atitudes (Vasconcelos, 1997, p. 23).

Ao ameaçar romper a hegemonia do saber técnico-científico, esse profissional poderia vir a compreender mais amplamente o significado do saber científico e se contrapor a ele (Fernandes, 1992, p. 138). Na maioria das vezes, entretanto, a hegemonia médica pode sofrer certo grau de rompimento, pois o trabalho em equipe propicia reuniões periódicas da mesma para planejamento e avaliação das ações, oportunizando pelo menos algum grau de intercâmbio entre os colegas.

Nesses encontros, todos podem-se fazer ouvir e contribuir com a discussão (Vasconcelos, 1998, p. 66), mantendo uma relação de cooperação entre os ACS e os demais membros da equipe de saúde (Solla, Medina e Dantas, 1996, p. 12), construindo experiências interdisciplinares (Detoni, 1996, p. 46).

A internalização do conceito de saúde-doença como um processo multifatorial, intersetorial e inter ou até transdisciplinar passa por sensibilização e capacitação permanentes de todos, inclusive dos ACS.

Eventualmente, é esse profissional quem vai chamar a atenção para atitudes inadequadas de outros colegas em relação à realidade local (Vasconcelos, 1999a, p. 82). Em outras situações, o convívio com a equipe é

problemático devido a preconceitos em relação à sua formação e relações de trabalho (Gagnon, 1991, p. 305).

Embora agentes externos à comunidade também possam contribuir organicamente na mediação da participação popular, no avanço da conscientização, na formação de opinião e na legitimação de demandas (Jacobi, 1989, p. 29-31), o fato de um trabalhador de saúde pertencer à comunidade na qual exerce suas funções, em geral, pode determinar seu grau de entendimento e compromisso com a mesma.

O processo de comparação entre conceitos dominantes e populares resulta na elaboração de alternativas conceituais características de seu lugar e posição de classe e das experiências que vivencia (Minayo e Souza, 1989, p. 80-81; Oliven, 1992, p. 80).

A mediação com o outro, identificado como coletivo, pode resultar num certo grau de tensão entre julgamentos subjetivos e necessidades objetivas na busca de soluções concretas. É nesse momento que indivíduo e agente técnico entrecruzam-se (Schraiber, 1996, p. 45).

É possível que seu papel numa equipe de atenção à saúde ainda não esteja claro para muitos como os colegas da unidade de saúde, para a comunidade atendida ou para os próprios ACS (Ferraz, 2000, p. 18; Juca, Lins e Queiroz, 1998, p. 187).

Em alguns casos, chega a haver confusão entre esse profissional e sua identidade com a população de origem, como se fosse exercer apenas o saber originado de seu segmento sociocultural (Augusti, 1993, p. 14), sendo que a própria população pode desconhecer sua função, confundindo-os com

membros da equipe de outras categorias profissionais (Fernandes, 1992, p. 136; Wright, 1987, p. 188).

A formação técnica dos ACS, a imagem que fazem de si mesmos e aquela veiculada pela comunidade na qual atuam constroem a identidade desse profissional e são mediadas por relações de poder na equipe e com a população (Nunes et alii, 2000, p. 2). A descaracterização de seu papel como profissional de saúde pode advir de suas próprias posturas frente à população, muitas das quais têm caráter assistencial-paternalista, ou da não realização de ações curativas em saúde (Juca, Lins e Queiroz, 1998, p. 187), frustrando expectativas e causando mal-entendidos.

Alguns ACS já exerciam funções de liderança local (Fajardo, Costa e Machado, 1998, p. 44), como catequista, presidente de clube de mães ou como delegados em instâncias participativas da cidade, por exemplo, continuando a fazê-lo mesmo após sua contratação.

Por outro lado, a convivência cotidiana com a própria comunidade proporciona um interesse único pela melhoria das condições de vida e de saúde desse grupo populacional e isso passa a garantir sua especificidade na equipe (Souza, 2000, p. 13).

O fato de conviverem cotidianamente com a população que atendem e com a equipe de profissionais propicia que relacionem tais condições com a possibilidade de uma nova situação de saúde e vida (Souza e Vargas, 2000, p. 124), mas ao mesmo tempo proporciona uma vulnerabilidade em relação a focos de resistência ao seu trabalho (Sanders, 1985, p. 219).

O envolvimento com a comunidade pode significar um ganho psicossocial importante para o ACS, melhorando sua auto-estima, aumentando sua satisfação com a vida e capacitando-o para enfrentar problemas (Valla, 1998, p. 157 e 164). Contudo, o lugar de poder que passa a ocupar perante a comunidade pode torná-lo discriminado pela população (Fernandes, 1992, p. 138). Eventualmente, a modificação de status pode levar a alguma descaracterização de seu papel, pois pode resultar numa desvinculação com a comunidade (Dantas, 1987, p. 72; Fernandes, 1992, p. 138; Organização Mundial da Saúde, 1987, p. 13). Às vezes, concepções adquiridas pelo convívio com colegas da equipe é que entram em conflito com a realidade local.

Esse processo de comparação entre conceitos resulta na elaboração de alternativas conceituais características de seu lugar e posição de classe e das experiências que vivencia (Minayo e Souza, 1989, p. 80-81).

Como ACS e moradores compartilham a mesma comunidade, isso propicia que a mensagem transmitida por um semelhante seja recebida com maior confiança e prontidão para agir pelo outro (Ramos, May e Ramos, 2001, p. 568). De forma idêntica, as necessidades coletivas podem ser legitimamente expressas por esse profissional junto aos serviços de saúde e organizações comunitárias (Valla e Siqueira, 1989, p. 108).

O olhar que os ACS têm sobre a realidade com a qual convivem é culturalmente construído, estando baseada em valores, expectativas e conceitos próprios de cada um, individual e coletivamente (Cortes, 1998, p. 19; Minayo, 1997, p. 32). Isso pode contrastar com o conhecimento adquirido ao longo do convívio com profissionais de outras categorias que utilizam um saber

já não empírico, mas que também percebem o real a partir de seu ponto de vista. A elaboração de seu conhecimento e sua aplicação na vida prática é socialmente determinada, pois é na comunidade onde atuam que este saber tem sentido (Víctora, Knauth e Hassen, 2000, p. 11 e 14).

A identidade cultural é a base da comunidade, sendo uma questão de vivência (Demo, 1987, p. 24). Assim, sua expressão oral revela a condição histórica, social e cultural subjacente (Minayo, 1996, p. 109-110), reinterpretada pela comunidade à qual pertencem (Minayo, 1997, p. 31). Seu papel na interligação entre equipe e comunidade coloca esses profissionais na linha de frente das reclamações dos moradores, além de estarem sujeitos a solicitações de favorecimento (Fernandes, 1992, p. 138).

Como pode ser observado, o ACS, apesar de ser um elemento recente no cenário das profissões de saúde, desempenha um papel importante, e, por isso mesmo, deve ser considerado todo esforço no sentido de potencializar sua prática. Sua incorporação à equipe, enriquecendo-a com sua linguagem, valores e preocupações, propicia mudanças na qualidade do trabalho educativo-participativo (Feuerwerker, 1994, p. 51).

Os resultados alcançados por sua atuação podem ser avaliados em termos de mudança nos padrões de morbi-mortalidade (Fernandes, 1992, p. 134) e num impacto social caracterizado por aumento da conscientização da comunidade a respeito de seus problemas de saúde e a capacidade de se auto-organizar para resolvê-los (Muller, 1983, p. 195). Tal impacto é ainda mais positivo se o sistema de saúde contar com um adequado esquema de referência e contra-referência (Delgado, Valverde e Hurtado, 1987, p. 349).

A implementação de ações de promoção de saúde exige intensa participação da comunidade, e isso pode ser alcançado com mais sucesso por ACS do que pela equipe técnica formalmente treinada (Curiel, 1995, p. 116).

Deve existir um cuidado constante pela manutenção da privacidade em relação a informações compartilhadas na equipe e em relação à sua própria condição de morador, liderança e trabalhador (Fortes e Martins, 2000, p. 32), além de eventuais relações de parentesco ou compadrio com os moradores.

Conforme Vasconcelos (1999a, p. 199), esses profissionais trabalham nos limites da indiscrição, pois acompanham situações de cunho sigiloso no seu dia a dia. Se for necessário, os ACS podem convocar outro profissional de maior qualificação técnica ou alertar a equipe quanto a situações de risco detectadas durante sua atividade fora da unidade de saúde (Oliveira e Berger, 1996, p. 72).

O fato de realizarem atividades fora da unidade de saúde, como visitas domiciliares, por exemplo, evita que profissionais de maior qualificação técnica dispendam seu tempo fora do posto sem tanta necessidade (Tavares e Takeda, 1996, p. 78). A difusão do conhecimento e sua incorporação por profissionais de menor qualificação técnica possibilita a delegação de funções a outras categorias, ampliando a cobertura e melhorando o aproveitamento de pessoal (Carvalho, 1999, p. 25-26).

Como as necessidades de saúde são diversas e são expressas de forma diferente entre subgrupos da mesma classe social, pode haver forte conflito de interesse entre eles (Organização Mundial da Saúde, 1987, p. 18), o que pode resultar em propostas de ação diferentes para um mesmo local (Cordeiro,

1997, p. 41), pois o conhecimento gerado por cada parcela da população é fruto da organização e sistematização do que apreendem sobre a sociedade (Valla, 1996, p. 178), resultando em diferentes propostas e ações em saúde.

Da mesma maneira que indivíduos de classes sociais diferentes não se beneficiam igualmente das medidas e ações em saúde, indivíduos distintos de origem cultural e social similares também respondem diversamente às mesmas medidas e ações (Loureiro, 1998, p. 225). Assim, o conhecimento é construído e reavaliado pelos próprios membros da comunidade (Valla, 1999, p. 318). Podem daí resultar outros modos de pensar e viver, tanto para trabalhadores de saúde como para a população com a qual trabalham (Campos, 1999, p. 327).

Ao longo da carreira profissional, as necessidades sentidas e expressas pelos ACS mudam; o cuidado com a aparência física, a diversidade do vocabulário e o nível de participação em diversas instâncias da comunidade demonstram uma mudança em nível pessoal que acarreta uma diferenciação em relação à população com a qual convivem e para a qual são referência (Víctora e Knauth, 1992, p. 50).

Simultaneamente, percebe-se que valores típicos da população leiga permanecem no seu discurso e na sua prática, por exemplo, medo de ir ao dentista ou a crença de que só um odontólogo num gabinete odontológico possa resolver os problemas de saúde bucal da população. Isso revela que traços em comum permanecem em todos, mantendo ou reforçando códigos de conduta e comunicação (Silva Triviños, 1987, p. 144-145).

Considerando que tanto a população leiga como os profissionais de saúde elaboram conceitos próprios a respeito dos processos que vivenciam, um membro da comunidade

que passe a ser trabalhador da equipe de saúde que a atende tenderá a cruzar a representação mais ampla de saúde que possui com a conceituação mais fragmentada do modelo biomédico hegemônico (Carrara, 1987, p. 59), gerando um saber misto e talvez mais acessível à população.

Contudo, o fator mais importante nessa determinação talvez seja o fato de que o conceito de saúde-doença está intimamente relacionado com vida e morte, expressando sua visão de mundo e explicando seu modo de viver (Minayo e Souza, 1989, p. 83), podendo reforçar a legitimidade do modelo médico hegemônico que privilegia o atendimento em detrimento da atenção à saúde.

Como o ACS convive com os outros profissionais da equipe de saúde, apreende valores e necessidades típicos de outras classes sociais, fato que pode vir a despertar um desejo de ascensão social, podendo ser traduzido em aquisição de bens para si ou para a família, voltar a estudar ou buscar melhorar sua qualificação profissional (Organização Mundial da Saúde, 1987, p. 34; Víctora e Knauth, 1992, p. 45). Isto pode se dar pela conclusão de 1º e 2º Graus ou freqüentando cursos profissionalizantes de nível médio ou técnico, podendo chegar à universidade (Russo, 1991, p. 120).

A categoria é majoritariamente feminina (Martins et alii, 1996, p. 41), sendo tal característica similar a outras categorias profissionais da área da saúde (Barrenechea et alii, 1993, p. 62), especialmente em segmentos hierarquicamente inferiores e na prestação informal de atenção à saúde (Lopes, 1997, p. 111), inclusive para sua própria família (Dias, 1991, p. 20). Nesse sentido, o cuidar de outros parece garantir um lugar no tempo e no espaço que as mantém na segurança do já vivido e conhecido (Borges e Atiê,

1989, p. 180) como uma extensão pública de seu papel materno (Joekes, 1987, p. 147).

O desempenho de ações concebidas como femininas, como ocorre no campo da saúde, advém da diferenciação social historicamente construída entre os gêneros feminino e masculino (Lopes, 1996, p. 55), pois a divisão sexual do trabalho é socialmente construída e fundamentada no material (Kergoat, 1996, p. 19), definindo tarefas por desempenhar e visões próprias de si e do outro.

A saída do ambiente doméstico como espaço exclusivo de socialização também é considerado um fator estimulador para o exercício da profissão (Barrenechea, 1993, p. 63). Além disso, intenções de cunho religioso também podem ser a motivação para o exercício da função (Melo, 1987, p. 71).

No final do ano de 2000, cerca de 10.500 equipes estavam atuando em 3.090 municípios brasileiros que haviam aderido ao PSF, contando com aproximadamente 145.000 ACS (Piancastelli et alii, 2000, p. 46).

A proporção preconizada pelo Ministério da Saúde é de um ACS para cada microárea de 200 famílias, sendo cada equipe responsável por cerca de 800 famílias. Contudo, este parâmetro pode ser modificado conforme as condições sócio-econômicas da comunidade (Sampaio, 1999, p. 37).

No Serviço de Saúde Comunitária, a totalidade destes profissionais é constituída por mulheres, enquanto que no Programa de Saúde da Família de Porto Alegre cerca de 10% dos agentes comunitários de saúde são homens.

2.3.3.2. A capacitação técnica dos ACS

Devido à proximidade, inerente à condição de moradores e vizinhos, membros da comunidade compartilham com os agentes comunitários de saúde suas necessidades de saúde, tanto no sentido restrito como amplo.

Os ACS, como profissionais de uma equipe de saúde, devem capacitar-se regularmente e ter acesso a informações técnicas relevantes que qualifiquem o conhecimento que possuem da realidade local, podendo então propor intervenções que melhorem a situação de vida existente (Kadt e Tasca, 1993, p. 86). Para isso, esses profissionais devem ser treinados adequadamente e de forma continuada (Curiel, 1995, p. 116). O reconhecimento acadêmico de sua importância na elaboração de vínculos entre seu saber e o fazer médico (Akerman e Nascimento, 2000, p. 59; Feuerwerker e Marsiglia, 1996, p. 26) tem propiciado a interação entre esses profissionais e estudantes universitários.

Entretanto, não está prevista a obrigatoriedade de participação em atividades de atualização, em contraste com outras categorias da equipe de saúde da família (Feuerwerker e Sousa, 2000, p. 49).

A supervisão do trabalho dos ACS geralmente está a cargo de enfermeiros, os quais também desenvolvem treinamento em serviço para sua capacitação (Costa et alii, 2000, p. 127), mas pode ser exercida por outro profissional de nível universitário (Bitu, 1992, p. 151).

A alta rotatividade que instrutores/supervisores vinham tendo nos primórdios do Programa de Agentes Comunitários de Saúde caracterizava uma falta de supervisão em campo, determinando o tipo de ações mais enfatizadas nos treinamentos ou consideradas mais importantes pelo próprio ACS. Esse fato pode ser exemplificado pela realização de mais ações de controle e vigilância do que de organização comunitária e educativa (Solla, Medina e Dantas, 1996, p. 1), demonstrando uma necessidade de responder às demandas mais visíveis e urgentes da população.

No início, a proposta do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde era de treinar 45.000 ACS para o nordeste brasileiro. Em 1992, a região norte e o Distrito Federal, além da periferia das grandes metrópoles, foram incluídas no programa. O objetivo era capacitá-los em ações simplificadas de saúde por um período de dois meses (Barros, Silva e Christófar, 1992, p. 8). Na época, entidades representativas da enfermagem passaram a exigir que fosse oferecido aos ACS a formação em Auxiliar de Enfermagem, em nome da qualificação do atendimento que seria prestado à população (Barros, Silva e Christófar, 1992, p. 9).

Presentemente, já está prevista a qualificação dos ACS de nível básico, sem caracterizá-los como profissionais de nível médio (Souza, 2000, p. 14), mas garantindo sua profissionalização como “qualificação básica” (Torrez et alii, 2000, p. 66).

2.3.3.3. O exercício profissional do ACS

O prestígio considerável junto à comunidade, eventualmente acompanhado de poder e ganhos aumentados, é objeto de disputa pela manutenção do monopólio de determinadas ações de saúde, marcando um processo de profissionalização (Bosi, 1996, p. 35). O exercício profissional como agente comunitário de saúde evidencia algumas características de uma profissão (Teixeira et alii, 1995, p. 184); contudo, o fato de nem todas estarem contempladas questiona sua definição como tal.

Conforme Machado (1996, p. 44), as características que demarcam uma profissão são a ocupação em tempo integral, uma estrutura organizativa corporativa, o componente vocacional, um código de ética estabelecido, o desenvolvimento de um saber específico, a forte orientação para serviço e um alto grau de autonomia no trabalho.

Seguindo os critérios dessa mesma autora, na constituição do fazer dos ACS não existe a exigência de estudos técnico-científicos complexos nem o desenvolvimento de habilidades que associem teoria e prática, embora sejam evidentes tanto a aderência ao ideal de serviço quanto uma identidade profissional marcante (sem a constituição de um código de ética, entretanto, como ressaltam os autores citados) no exercício profissional dos ACS; todavia, não existe autonomia nem desenvolve um saber específico, por exemplo.

Comparando com as afirmações de Landman (1983, p. 165), o fazer dos ACS não pode ser caracterizado como profissão, pois não possuem conhecimento especializado,

não possuem monopólio de sua prática legalmente garantido nem de seu campo de trabalho, estando sujeitos à rotatividade.

Até algum tempo atrás sua contratação podia estar vinculada à escolha de cunho pessoal, favor eleitoral ou algum outro favorecimento (Lobo, 1987, p. 20; Organização Mundial da saúde, 1987, p. 13), comprometendo sua identificação com a comunidade (Bitu, 1992, p. 147; Dias, 1991, p. 18-19). Na atualidade, isso ainda acontece em alguns municípios brasileiros (Corbo et alii, 2000, p. 3).

Inicialmente, seu treinamento era de curta duração e, se não fosse voluntário, a remuneração por seu trabalho podia se dar em forma de dinheiro ou bens materiais (Busnello, 1976, p. 38). Constata-se que a proporção de profissionais voluntários urbanos que abandonam sua função é maior do que os remunerados e os profissionais da zona rural, provavelmente devido à instabilidade própria da vida em áreas urbanas empobrecidas (Christensen e Karlqvist, 1990, p. 142).

No caso do Programa de Saúde da Família, a seleção mediante concurso público, norma para outras categorias por seu caráter universalista, mas que tem demonstrado não ser completamente adequado para escolher os candidatos mais vocacionados (Oliveira Júnior, 1996, p. 37; Santana, 1996, p. 33), poderia colocar em risco a vinculação do candidato à função de ACS com a comunidade na qual reside, um dos princípios dessa estratégia de atenção primária à saúde.

Assim, a fim de garantir o perfil de pertencimento à determinada comunidade e às especificidades de sua atuação, a modalidade de contratação de ACS para o PSF é

diferente de outras categorias profissionais, caracterizando mais uma modalidade de vínculo trabalhista entre tantas existentes no SUS (Oliveira Júnior, 1996, p. 37).

Organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP), regulamentadas pela lei conhecida como “Lei do terceiro setor”, de 1999, podem exercer parceria com a administração pública e mantê-los sob vínculo empregatício conforme a Consolidação das Leis do Trabalho (Neves e Araújo, 2000, p. 66; Souza, 2000, p. 10). Associações de moradores, clubes de mães, organizações não-governamentais, cooperativas e fundações municipais são exemplos de organizações que estão autorizadas a se responsabilizar pela contratação dos profissionais do PSF.

No estado do Rio de Janeiro, a grande maioria dos ACS trabalha com contrato temporário ou via cooperativas (Corbo et alii, 2000).

Existem propostas de que a comunidade participe da seleção dos mesmos (Carvalho, 1986, p. 106; Organização Mundial da Saúde, 1987, p. 6; Wright, 1987, p. 184). No caso do PSF, a contratação de ACS está subordinada às normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde da Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (1994b, p. 14).

As atribuições preconizadas pelo Ministério da Saúde (1997) consistem em:

- “- *mapear sua área de atuação;*
- *cadastrar e atualizar o cadastro das famílias de sua área;*
- *identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;*

- *acompanhar mensalmente todas as famílias sob sua responsabilidade através de visitas domiciliares;*
- *coletar dados para analisar a situação destas famílias;*
- *desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, enfatizando promoção de saúde e prevenção de doenças;*
- *promover educação em saúde e mobilização comunitária, visando melhorar a qualidade de vida mediante ações de saneamento e melhorias do meio ambiente;*
- *incentivar a formação dos conselhos locais de saúde;*
- *orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde;*
- *informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades;*
- *participar do processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de abrangência da Unidade de Saúde da Família, visando superar os problemas identificados.“*

Além dessas atribuições, poderá desempenhar outras ações definidas a partir do perfil epidemiológico de cada local (Costa et alii, 1998, p. 33).

Durante a década de 90 foram apresentadas seis propostas para regulamentação do exercício da função de ACS no Brasil (Corbo et alii, 2000, p. 1-3).

Esses autores elaboraram um quadro comparativo dos projetos de lei para regulamentação da profissão de agente comunitário de saúde (anexo 9.3.) que apresenta os critérios para seleção e os diferentes níveis mínimos de escolaridade para o exercício da função, bem como as atividades a serem desenvolvidas por esses profissionais de saúde e suas condições de trabalho em termos de carga horária, educação continuada, supervisão e fiscalização do exercício profissional.

No dia 5 de outubro de 1999 foi publicado no Diário Oficial da União o Decreto nº 3.189 (anexo 9.4.), o qual fixou as diretrizes para o exercício profissional dessa categoria (Brasil, 1999, p. 1).

2.4. Saúde bucal coletiva

Zanetti et alii (1996, p. 18-53) revisam a evolução da odontologia não privada no país. De um atendimento odontológico por livre demanda e atenção curativa indiscriminada a escolares, a odontologia evoluiu para uma programação em saúde bucal do tipo sistema incremental, excludente e apenas curativo, e daí para o modelo simplificado, aumentando a produtividade, apesar de ainda restringir o atendimento à mesma clientela.

A partir da elaboração do modelo simplificado, a equipe odontológica começa a ser concebida com a inserção de Técnicos em Higiene Dental (THD) e Atendentes de Consultório Dentário (ACD). A odontologia integral, etapa seguinte, veio a criticar os modelos até então vigentes, enfatizando a prevenção e a desmonopolização do saber.

Da odontologia sanitária, social, passando pela preventiva, pela simplificada e pela comunitária, chegamos à integral, essa já contemporânea da saúde bucal coletiva (Narvai, 1994, p. 3), a qual pode ser considerada como uma proposta politizada da odontologia de acordo com o Sistema Único de Saúde. Cada adjetivação demarcaria propostas diversas em busca da superação de insuficiências tanto da odontologia em si como das ações que preconiza (Narvai, 1994, p. 7).

Contemporânea à reforma sanitária, surge a saúde bucal coletiva, numa evolução do conceito de odontologia integral (Zanetti et alii, 1996, p. 27), englobando essa última e avançando na construção de novas relações entre os atores do SUS (Cordón, 1996, p. 38). Nesse sentido, essa reforma só tem a contribuir, pois recupera os aspectos políticos e sociais determinantes de um estado de saúde bucal que revele a possibilidade de um estado de saúde integral (Narvai, 1994, p. 104-106).

O conhecimento da realidade local e a compreensão das redes sociais que nela coexistem facilitam a definição de necessidades e respostas em conjunto entre trabalhadores em saúde bucal e população usuária. Ao ser readequado a cada realidade, o saber odontológico pode ser integrado ao conhecimento popular e utilizado por esse segmento populacional com mais propriedade, dentro de um espírito de co-autoria (Cordón, 1997, p. 559).

Até 1980, ainda não tinha sido discutida a inclusão da atenção odontológica aos serviços de atenção primária à saúde. A Sétima Conferência Nacional de Saúde foi o primeiro evento desse porte que questionou o modelo vigente e propôs a discussão de melhorias (Nuto, 1999, p. 45).

A incorporação da saúde bucal coletiva ao Programa de Saúde da Família começou em Curitiba, no ano de 1995; experiências docente-assistenciais vieram a seguir (Zanetti et alii, 1996, p. 30).

Saúde coletiva implica atenção à saúde, podendo incluir assistência ao doente mas não se restringindo apenas a isso; odontologia e saúde bucal não se referem ao mesmo objeto, pois a atenção à saúde bucal leva em conta todos os determinantes do processo saúde-doença bucal, não se restringindo à assistência individual. Então, saúde bucal coletiva contemplaria uma ampliação da odontologia, ampliando seu enfoque e seu objeto de análise e intervenção (Narvai, 1994, p. 68-69 e 77), reconhecendo o caráter coletivo do processo saúde-doença (Laurell, 1986, p. 14).

2.4.1. Agentes comunitários de saúde e de saúde bucal

O enfoque “dentistocêntrico” para problemas e soluções em saúde bucal, por parte da categoria odontológica, justificou por muito tempo a falta de participação da odontologia nas ações de saúde coletiva (Zanetti et alii, 1996, p. 21).

Outros países já contam com propostas implementadas de integração de aspectos de saúde bucal à formação de trabalhadores comunitários em saúde (Baldisserotto, 1995, p. 257; Htoon, 1995, p. 163; Mautsch, Gamarra e Mora, 1995, p. 287; So, Durward e Mallow, 1995, p. 217), além da incorporação de elementos socioculturais à avaliação, planejamento e execução de ações em saúde bucal (Dickson, 1995, p. 186). Contudo, um treinamento em saúde bucal em nível comunitário pode não ser considerado adequado por resistência da própria categoria odontológica, devido a sua forte tendência clínica e curativa (Mathur, 1995, p. 195).

No caso brasileiro, em 1981 o Conselho Federal de Odontologia (p. 8-10; Garrafa, 1981, p. 16) preconizava a prestação de cuidados elementares em saúde bucal por agentes de saúde em comunidades que não contassem com atenção profissional. Os referidos cuidados incluíam “remoção de dentina cariada, colocação de substância anti-álgica e protetora, cuidados emergenciais à dor, cuidados preventivos e educação em saúde”. A supervisão seria realizada pelo cirurgião-dentista lotado na unidade de saúde mais próxima ou de melhor acesso, que também ofereceria apoio logístico e atenderia os pacientes encaminhados.

O Primeiro Seminário sobre Diretrizes para a Saúde Bucal no Distrito Federal, realizado em 1989 em Brasília, considerava como importante o papel que agentes de saúde, entre outros profissionais, desempenhavam nas ações preventivo-educativas em saúde bucal, prevendo oferta de treinamento (Sindicato dos Odontologistas do Distrito Federal, 1989, p. 14).

Em termos de saúde bucal, demonstrar técnicas de higiene, trabalhar conceitos básicos sobre as doenças da placa, instruir sobre dieta saudável e estimular o auto-cuidado e auto-exame bucal já são atribuições do agente comunitário de saúde no estado do Rio Grande do Sul desde 1997 (Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, p. 27).

Agentes comunitários de saúde que trabalhem com saúde dos dentes podem fazê-lo partindo de recursos naturais locais (Carvalho, 1986, p. 111) e daí ampliar seu enfoque para higiene pessoal e auto-cuidados, além de inseri-la num contexto de cuidados integrais à saúde. Bercht et alii (1998, p. 8) vêm propondo a inserção da odontologia na capacitação de agentes de saúde em nível de promoção de saúde.

Em relação à saúde bucal, o Ministério da Saúde (Brasil, 2000, p. 70) vem preconizando uma proposta de integração de ACS com profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, segundo a qual ACS supervisionados pelo odontólogo e pela enfermeira informariam a população sob sua responsabilidade a respeito de promoção e prevenção em saúde bucal e realizariam higiene bucal profissional seguida de aplicação tópica de flúor.

Contudo, tanto o Programa de Saúde da Família quanto o Programa de Agentes Comunitários de Saúde de locais que incorporaram a saúde bucal às suas ações apresentam-se deficientes na capacitação e treinamento das equipes em relação a esse enfoque, não conseguindo envolver as comunidades atendidas nem avaliar efetivamente as ações realizadas (Costa et alii, 1998, p. 30).

Como pode ser observado, o agente comunitário de saúde, apesar de ser um elemento recente no cenário das profissões de saúde, desempenha um papel importante e, por isso mesmo, deve ser considerado todo esforço no sentido de potencializar sua prática.

3. METODOLOGIA

Esta pesquisa visa descrever o discurso e a prática de agentes comunitários de saúde (ACS) em saúde bucal coletiva.

É um estudo qualitativo, de caráter descritivo, que pode ser enquadrada como um estudo de caso, já que a autora possui antecipadamente algum conhecimento sobre o objeto de sua pesquisa mas deseja refinar seu olhar para captar nuances não passíveis de definição sob uma técnica quantitativa (Roese, 1998, p. 192).

Tentando compreender o sentido do que está sendo estudado, a pesquisa qualitativa tanto é exploratória como explanatória e lança mão das experiências vivenciadas pelo pesquisador para caracterizar sua compreensão a respeito do objeto de sua curiosidade (Gilchrist e Engel, 1995, p. 229).

Além disso, tenta captar a vivência profissional dos indivíduos entrevistados como um todo, em suas próprias palavras (Goldenberg, 1999, p. 33), tentando reconhecer e valorizar esse contexto específico (Serapioni, 2000, p. 189) a partir da percepção dos dados coletados (Vasconcelos, 1999a, p. 274).

A entrevista é um instrumento que, além da ênfase sobre elementos gerais, permite que se considere particularidades advindas da possibilidade de espontaneidade (Silva Triviños, 1987, p. 146).

Assim, tanto informações específicas propostas pela autora como adicionais trazidas durante a entrevista, relevantes em algum grau para cada pessoa entrevistada, puderam ser igualmente aproveitadas (Negrine, 1999, p. 73).

Em consequência disso, o instrumento utilizado determina provisoriamente o que será perguntado e como será questionado o entrevistado a respeito do assunto em pauta (Colognese e Mélo, 1998, p. 144), não buscando uma uniformidade rígida nas respostas, o que seria impossível em função da dinâmica da relação autor/sujeito (Cortes, 1998, p. 19-20).

Como a interação entre entrevistador e entrevistados é essencial (Minayo, 1996a, p. 105) e indispensável na pesquisa qualitativa, sendo inerente ao método de entrevista, o investigador é parte da pesquisa (Elder e Miller, 1995, p. 280) e sua intenção está refletida no formato desenhado para o instrumento (Vasconcelos, 1999a, p. 274), bem como na análise do material transcrito.

Nesse formato de entrevista, aqui aplicado especificamente em odontologia, deve ser acrescentado que a interação entrevistadora/entrevistado é essencial porque

sujeitos/atores conferem novos sentidos a questões mobilizadoras e respostas significativas para cada contexto, movidos pela curiosidade e pela dúvida, resultando em nova visão da realidade vivida a partir de intervenções próprias (Minayo, 1996a, p. 105).

Assim, ao vivenciar a incerteza do que era conhecimento consolidado, vai sendo construído um outro conhecimento a partir de cada momento contextual (Senra, 1989), numa busca interminável pela verdade, visto ser esta uma acumulação constante de conhecimentos apreendidos tanto objetiva como subjetivamente (Pereira, 1999, p. 25).

Tal interação é indispensável porque o inter-relacionamento entre os sujeitos, seja entrevistador / entrevistado, observador / observado ou pesquisador / pesquisado, é que possibilitará a construção de novo conhecimento a partir daquilo que é tido como conhecido, pois a busca de respostas a dúvidas e incertezas e a elaboração de propostas são razões para fazer pesquisa (Minayo, 1996b, p. 10).

Além disso, a interação é inerente à técnica da entrevista por ser um processo no qual pelo menos duas pessoas, entrevistador e entrevistado, interagem socialmente em busca da obtenção de informações deste por aquele (Haguette, 1987, p. 75).

Dessa maneira, tanto pesquisador como entrevistado podem vivenciar a alternância de papéis sem deixar de reconhecer o papel específico de cada um nesta relação de pesquisa (Silva Triviños, 1987, p. 152).

A entrevista é um recurso interativo que permite ao pesquisador reinterpretar os resultados observados a partir da inter-relação entre a pessoa que aceita ser entrevistada e o investigador, num determinado momento e contexto (Berger, 1978, p. 211).

A tentativa de ir além do que é afirmado com palavras, valorizando dúvidas, estratégias e conflitos, permite que o pesquisador contextualize o que foi referido durante a entrevista e defina o sujeito de sua curiosidade (Zaluar, 1988, p. 110).

É o pesquisador que faz a mediação entre análise e produção da informação, reformulando suas hipóteses (Cardoso, 1988, p. 101), embora tanto investigador como investigado sejam agentes dessa realidade (Minayo e Sanches, 1993, p. 243).

A oposição entre métodos quantitativos e qualitativos perde seu sentido ao ser percebido que são maneiras diversas de resgatar a realidade social, pois esta não pode ser reduzida a ser analisada por um enfoque apenas (Cardoso, 1988, p. 95-96). Por serem de naturezas diferentes, não pode haver contradição nem continuidade entre eles (Minayo e Sanches, 1993, p. 247); quem pode assumir essa posição são seus usuários, não os métodos em si (Santos, 1993, p. 259).

Assim, a relativização dessa oposição é que propicia o conhecimento da realidade (Minayo e Sanches, 1993, p. 239).

A oscilação entre um engajamento na relação social provida pelo processo de entrevista e sua observação neutra e distante por parte do entrevistador (Berger, 1978, p. 243), nesse caso representado pela própria pesquisadora, levou à busca de um equilíbrio entre essas duas atitudes, sem contudo escapar de privilegiar ora uma, ora outra.

O pesquisador é simultaneamente sujeito de sua pesquisa, assumindo sua experiência de vida como importante para a interpretação dos dados que colhe (Lefèvre, 1993, p. 249).

Mesmo reconhecendo que na situação de entrevista existe uma desigualdade primordial, a saber, o entrevistador é quem controla mais e propõe o encontro (Cortes, 1998, p. 20), é evidente que o entrevistado é quem pode ou não desvelar, ou ao menos esboçar, aquilo que o pesquisador espera constatar. A relação de autoridade é contrabalançada com o aspecto da autoria.

Considerando que os dados gerados pela entrevista podem ser fruto de desigualdade na relação entre entrevistador e entrevistado, podendo vir a gerar informações não completamente fidedignas, sua corroboração ou não poderia advir de percepção com outros sentidos que não apenas o ouvir e o falar, mas também o de ver e olhar, entre outros.

Além disso, a função comunicativa - questionar e registrar, além de lidar com as relações sociais informais estabelecidas ao longo do processo de entrevista – deve estar somada à função avaliativa (Berger, 1978, p. 220 e 222).

Ainda conforme Berger (1978, p. 246), o conhecimento prévio informal, isto é, fora do contexto de pesquisa, da realidade de alguns entrevistados, pelo fato da pesquisadora compartilhar o mesmo ambiente de trabalho com alguns deles, não invalida a análise dos dados coletados, pois foi a observação prévia de alguns aspectos de sua vivência profissional que propiciaram a curiosidade da qual emergiu esse trabalho.

O fato da linguagem usada nas perguntas não seguir exatamente os termos propostos no roteiro pode ser compensada pela padronização do conteúdo das questões, equivalendo os significados (Berger, 1978, p. 247).

A vivência do cotidiano, nesse caso o exercício profissional como ACS, é expresso pela linguagem que os entrevistados usam para desvelar suas crenças e valores, sendo a palavra sua matéria essencial (Minayo e Sanches, 1993, p. 245).

A fala e a prática são confrontadas e daí emerge uma compreensão mais abrangente do real (Minayo e Sanches, 1973, p. 246).

Procurando enfatizar valores e conceitos relevantes ao objetivo da pesquisa (Minayo e Souza, 1989, p. 81-82), o roteiro da entrevista visou caracterizar a origem dos entrevistados, sua história de saúde-doença, sua experiência profissional e seu conhecimento sobre conteúdos específicos de saúde bucal.

A população estudada foi constituída por indivíduos adultos que exercem a função de agentes comunitários de saúde no Programa de Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Porto Alegre e no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição e foram escolhidos em função de trabalharem em unidades de saúde que referenciam seus pacientes para atendimento odontológico.

As ACS entrevistadas foram informadas quanto aos objetivos do estudo e assinaram um termo de consentimento informado (anexo 9.5.); a participação na pesquisa foi voluntária, tendo sido garantida a devolução das conclusões elaboradas pela autora para o grupo de ACS entrevistadas, bem como para os demais colegas que o desejarem.

A pesquisa foi desenvolvida utilizando como instrumento uma entrevista semi-estruturada oral, gravada, individual, buscando a narrativa como produção de sentido. Foi gravada no próprio local de trabalho das profissionais e por meio dela foram buscadas as representações de produção de sentido quanto ao exercício profissional como agente comunitário de saúde.

Contendo questões fechadas e abertas, buscou indagar sobre a vivência pessoal e profissional do ACS a partir da expressão verbal de atitudes e valores.

Mais do que um “falar e escutar”, as entrevistas representaram um “conversar”, com as típicas pausas, interjeições e risos (Berger, 1978, p. 212).

O fato de ter entrevistado agentes comunitários de saúde foi uma oportunidade de registrar vivências e relações ainda não explicitadas, garantindo vez e voz para suas leituras do mundo (Debert, 1988, p. 141).

Extratos das entrevistas formaram o substrato da análise da questão proposta e a transcrição das mesmas nesse trabalho tentou caracterizar o mais aproximado possível as falas das entrevistadas, tendo sido mantido o estilo coloquial.

As elipses entre parênteses significam partes da fala que não foram transcritas no segmento em pauta por não serem considerados como de interesse específico para o assunto tratado numa determinada questão.

Os comentários em fonte normal entre colchetes são de autoria da pesquisadora e têm o objetivo de tornar mais compreensível o contexto das respostas ou comentários das entrevistadas.

As entrevistadas são apresentadas sob um pseudônimo e outros detalhes que pudessem comprometer o sigilo das fontes foram descaracterizados pela utilização de “XXXXXX”.

Em nenhum momento houve a intenção de generalizar o que as entrevistadas disseram para toda a categoria profissional ou para esse segmento da população.

Tampouco houve a pretensão de comparar qualitativa ou quantitativamente o Programa de Saúde da Família com o Serviço de Saúde Comunitária em relação a qualquer aspecto da atenção à saúde prestada por esses dois serviços em Porto Alegre. Os eventuais dados informativos visam apenas auxiliar o leitor a caracterizar esses serviços.

4. RESULTADOS

As agentes comunitárias de saúde entrevistadas trabalham em dois serviços de atenção primária à saúde diferentes em Porto Alegre, o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição, sendo esse o mais antigo.

Na época da implantação do PSF em Porto Alegre, profissionais do SSC foram convidados a trabalhar na sensibilização e capacitação das várias categorias profissionais que estavam ingressando no programa.

As agentes comunitárias de saúde entrevistadas nessa pesquisa exercem sua função em postos de saúde que referenciam os pacientes que necessitam de atendimento odontológico para outras unidades próximas que contem com dentista e equipamento odontológico.

São elas:

Antônia: divorciada, quatro filhos, 62 anos de idade, ACS há cinco anos.

Beatriz: solteira, dois filhos, grávida do terceiro, 35 anos de idade, ACS há 7 meses.

Carla: 29 anos de idade, solteira, três filhos, ACS há quase 5 anos.

Denise: 33 anos de idade, casada, um filho, ACS há 8 anos.

Eunice: 36 anos de idade, casada, dois filhos, ACS há 9 anos.

Essa caracterização tem o objetivo de aproximar o leitor de seu contexto familiar.

A análise das entrevistas permitiu a elaboração de alguns núcleos de conteúdo a partir das respostas, transcritos a seguir.

Os critérios para reflexão sobre os depoimentos foram agrupados em cinco núcleos, a saber: origem das entrevistadas; sua realidade de trabalho e perspectivas profissionais; características de sua função; papéis desempenhados; e, finalmente, atividades em saúde bucal. Complementando, aparecem suas sugestões e comentários finais.

As respostas ao questionário (anexo 9.6.) vêm a seguir.

As agentes comunitárias de saúde entrevistadas já realizavam trabalho comunitário antes de participar da seleção para essa função, indicando um seguimento na função de liderança comunitária.

“Mais de vinte anos trabalhando na organização comunitária...”
(Antônia)

“tava ajudando a fundar a creche comunitária.” (Carla)

“(. . .) não, não era mãe não. (. . .) Foi quando eu fiz toda a documentação e daí logo eu já entrei como diretoria [do Clube de Mães] (. . .) e daí fiquei! Nunca mais, sempre mudando de papel assim.” (Denise)

“(. . .) eu dava aula no primeirinho [1ª série] sempre. (. . .) eu participava dos grupos de educação e saúde, antes de ter o posto aqui.” (Eunice)

“Quando eu vim prá cá, tava tudo começando, então daí a gente se envolveu. A gente não tinha as coisa básica, como escola, creche, posto. (. . .) Foi fundada a associação e eu fui uma das primeiras (. . .) e eu tenho orgulho de dizer que a maioria das coisa que tem hoje aí, tem uma participação minha e de muita gente.” (Beatriz)

A condição de migrante para a capital do estado também aparece, condição essa determinada pela carência de recursos e oportunidades no local de origem e a busca de novas oportunidade de vida.

“(. . .) Minha mãe morava de aluguel em XXXXX. Não pode mais morar de aluguel, foi quando ela foi morar em outra ocupação, uma área verde. Vim prá cá com quinze anos.” (Denise)

“Eu vim tentá uma vida melhor. Tinha um casal de deputados, eles foram prá lá e precisavam de uma empregada doméstica, eu vim prá cá” (Eunice)

Outras migraram para a comunidade na qual atuam como ACS devido ao fato do lugar no qual residiam anteriormente em Porto Alegre ser área de risco sociosanitário e o Departamento Municipal de Habitação (DEM HAB) ter transferido as famílias para loteamentos com melhores condições de segurança.

“Moro desde 94 aqui. Vim com mais treze famílias da vila XXXXXX; era área de risco, dava alagamento...” (Carla)

Embora as residências sejam propriedade das famílias, os terrenos que ocupam ou pertencem ao DEM HAB ou são ocupação irregular.

“(. . .) o terreno é que é do DEM HAB, é um regime de permissão remunerada de uso. Pago uma taxa pró DEM HAB prá podê usá.” (Antônia)

“O terreno não é nosso, que é área verde.” (Eunice)

“Porque como isso aqui é uma área irregular, uma área verde que se diz ocupada, só a casa que é da gente.” (Denise)

A liderança comunitária pode ter começado cedo e a contratação como ACS vem como resultado de envolvimento anterior com as questões da comunidade onde residem.

“(. . .) Antes dos 18 anos na verdade. (. . .) Com 18 anos eu fui já fui convidada para ser presidente do clube de mães. (. . .) E a partir daí não parei mais.” (Denise)

“(. . .) naquela época não tinha posto aqui e a gente fazia de tudo um pouco.” (Eunice)

“Em 86 (. . .) eu fiz trabalho comunitário em posto de saúde (. . .) Em 93 eu fui contratada.” (Denise)

Tendo atuado como voluntárias, valorizam a oportunidade de ser remuneradas para continuar fazendo o que gostam e que acreditam ser necessário para melhorar a vida de todos.

“Antes eu fazia organização popular, trabalho comunitário, lutava pelas necessidades básicas sem salário, hoje em dia eu posso unir isso, melhorando a saúde da comunidade e sendo remunerada.” (Antônia)

“Nessa época fui chamada prá trabalhá como agente comunitário, que era uma coisa que eu já fazia na Pastoral da Criança; eu fiz por dois anos e meio na Pastoral da Criança. (. . .) Tirá uma criança da desnutrição, sabendo que foi com seu auxílio, seus ensinamento (. . .) A gente vendo o resultado é o maior pagamento, sabe?” (Beatriz)

“(. . .) Pensei, ‘que legal, vô fazê uma coisa que eu gosto e ainda vô ganhá.’ (. . .) Até porque é uma... eu faço uma coisa que eu já gostava de fazê. Fazê voluntário. É claro que agora tem mais coisa. Tem cobrança, tem compromisso; antes eu fazia uma coisa voluntária, mas eu adoro o que eu faço, tenho paixão pelo que eu faço.” (Denise)

“(. . .) quando a gente começou a lutar pelo colégio, aí eu dei aula no colégio, como voluntária.” (Eunice)

O processo seletivo pode ter envolvido diferentes modalidades, como por exemplo:

“Fui convidada prá seleção pela assistente social e outra agente de saúde.” (Eunice)

“A gente fez uma prova de conhecimentos básico (. . .) uma entrevista individual com auto-biografia onde a gente contava todos trabalho comunitário.” (Beatriz)

A satisfação com as condições de seu trabalho é relatada a seguir.

“Olha, em vista de tantas pessoa aí... Eu acho 10! (. . .) Eu acho que pelo emprego o que a gente tá ganhando agora, eu não tenho do que me queixar. Não tenho mesmo. Pela condição do agente de saúde, eu não tenho o que me queixar.” (Eunice)

“Tende a melhorá as condições de trabalho. O trabalho já foi mais valorizado, agora tá aparecendo mais, tem mais apoio, mas tem bastante coisa prá melhorar.” (Carla)

“Oferece muitas vantagens. Além de fazer uma coisa que eu já fazia, que eu gostava, me identifico muito com o trabalho, tenho muita afinidade. Tem um lado comunitário, solidário, a gente se solidariza. A gente faz com gosto, com prazer e nem sente as hora passá.” (Beatriz)

“Melhorô 1000 %! (. . .) minha situação financeira eu acho que tá muito bom. Tô em busca de mais, mas pelo que era e o que é hoje...” (Denise)

Entretanto, o reconhecimento profissional por diferenciação salarial nem sempre existiu:

“(. . .) o grupo de agente de saúde lutou para conquistar um salário melhor. Porque o nosso salário era um salário igual (. . .) do pessoal que fazia limpeza. E nós tínhamos um compromisso com as pessoas.” (Denise)

Os agentes comunitários de saúde de um dos serviços conquistaram há alguns anos um aumento de salário que os diferenciou substancialmente das categorias com escolaridade mínima do mesmo serviço:

“(. . .) porque daí que diferenciaram, quase que equivale ao salário do auxiliar de enfermagem.” (Denise)

As entrevistadas do outro serviço relataram uma disparidade na remuneração devido ao mais recente aumento nacional do salário mínimo sem o correspondente aumento de sua remuneração.

“(. . .) com o último aumento do salário para R\$ 180,00, defasou nosso salário. Mas já tem uma comissão de trabalhadores do XXXXXX [serviço de saúde] encaminhando proposta de reajuste salarial para a XXXXXX [instituição empregadora].” (Carla)

A carga horária semanal de trabalho é de 36 horas semanais no SSC e de 40 horas semanais no PSF.

A questão do registro de frequência do funcionário por relógio-ponto por um dos serviços aparece como um fator restritivo das atividades típicas de uma agente comunitária de saúde.

“(. . .) Eu não me conformo com o cartão-ponto. (. . .) Porque quando eu venho de casa eu tenho que tá gritando prá pessoas, as pessoas me gritam. (. . .) Da minha casa até aqui dá 15, 20 minutos caminhando. Só que se eu venho caminhando, e o meu papel é escutá as pessoas, falá com as pessoas, eu vô chegá aqui 9 e meia da manhã se eu for dá atenção prá todos que tem que dá atenção. (. . .) Então eu venho gritando com as pessoas. (. . .)” (Denise)

Para os trabalhadores do outro serviço, as atividades extraordinárias são compensadas com folga equivalente ao número de horas trabalhadas. O controle é feito pelo próprio profissional e sua equipe.

“Fizemos roda de amamentação no sábado, que é quando o pessoal tá em casa. Trabalho com o lixo no sábado também, campanha de vacina. A gente vai acumulando [as horas de trabalho extra] e vai tirando em folga.” (Beatriz)

“O registro [das horas-extra] é nós mesmo que fazemos. Não existe melhor fiscal que a gente própria.” (Antônia)

A jornada extra de trabalho também é recorrente, pois a responsabilidade pela população adscrita é permanente.

“(. . .) Fim de semana, se a gente ficá aqui na vila, a gente fica o fim de semana trabalhando.” (Eunice)

“Minha carga horária semanal são 36, 37 horas; me parece que tem uns minutinho aí. Mas extra-oficial é quase que 24 horas. Têm algumas combinações que a gente faz na sexta, com alguma família que tem que dar alguma orientação no final de semana e sobre medicação, final de semana bate na minha casa, mesmo que eu não queira eu ainda não consegui aprendê a dizer esse não. (. . .) tem uma receita lá toda rabiscada, que às vezes nem eu não entendo e aquilo tem que traduzí prá pessoa (. . .) daí eu escrevo atrás uma letra de forma, se a pessoa não sabe lê faço pontinhos, faço desenhos, e isso demanda um tempo. (. . .) Quando eu volto da faculdade às 11 e meia da noite eu canso de avisar as pessoas, meio que às vezes até é uma coisa de controle de alguns paciente que a gente tá fazendo um acompanhamento. (. . .) Às vezes, quando eu volto da faculdade eu quero saber se ela foi, se ela conseguiu, se ela foi atendida, 11 e meia da noite tá eu batendo lá (. . .)” (Denise)

Às vezes é difícil compensar as horas trabalhadas a mais.

“Um tempo atrás nós fazíamos horas-folga. Nós mandávamos para a instituição: atendi Dona Mariazinha (. . .) no final de semana; a criança apanhou, mandamo para o Conselho Tutelar, e isso demandou, tipo assim, uma hora, duas horas, e isso revertia em folga prá nós. Só que isso começou muita burocracia e hoje a gente não faz nada....” (Denise)

A confusão de papéis vivenciada pelas ACS aparece na conversa a respeito da compensação das horas trabalhadas fora do horário normal de funcionamento do posto. Muitas vezes são tomadas atitudes como profissional, parente ou moradora, demandando tempo de atividade além do horário de trabalho.

“Eu não conto [horas trabalhadas fora do horário de abertura do posto]. Uma que eu faço como vizinha, às vezes e eu não conto mais.” (Eunice)

“Pois é, às vezes eu sinto que isso é injusto, mas ao mesmo tempo eu penso assim: pôxa vida, eu fazia tudo isso de graça antes. Tudo não, com uma outra visão. Uma visão de vizinha, de moradora, não sei o quê (. . .) Mas eu vejo que parece que eu não vou ter essa, tipo assim: Olha, tu ganha tanto prá fazê tal hora, se tu faz a mais o problema é teu.” (Denise)

“Se é uma informação às 7 da manhã eu conto, se é só uma informação em casa eu não conto.” (Carla)

No relato de outras atividades realizadas, essa confusão entre funcionária do posto e moradora da comunidade também aparece.

“(. . .) Eu vou como apoio dos delegados. (. . .) aí todas as quartas eu me comprometi em levar os delegado para o orçamento participativo. Então eu levo, ajudo eles, eu sou o apoio. O que eles precisarem.” (Eunice)

“(. . .) Porque eles chamam a gente de tia, muitas vezes eles não entendem o que é um agente de saúde.” (Eunice)

Parece que a questão da resolutividade é um aspecto importante de seu trabalho e origina a busca de respostas adequadas.

“Às vezes as pessoas fazem certas perguntas e a gente não tem a resposta, então a gente se sente meio impotente. A gente tem que ser sincero: ‘agora tu me apertô, mas não te preocupa, eu vô procurá me informá direitinho e te trago essa informação certinho.’” (Beatriz)

“(. . .) O nosso papel de estar junto é esse. A gente pode pegá coisas dali para trabalhar depois.” (Denise)

Mas também causa frustrações pela falta de resposta prática.

“(. . .) a gente orienta a pessoa a vim pegá uma medicação e não tem, muitas vezes não tem e orienta a vim no posto e não consegue ficha. É isso que às vez incomoda um pouco...” (Eunice)

A vivência dessa frustração é expressa a seguir.

“Fico indignada contra o governo que não dá as coisa prá gente. Ele não manda o que a gente precisa. A gente pede, não manda. A medicação. Mais é a medicação, muita falta de medicação.” (Eunice)

Seu trabalho envolve uma tradução do fazer técnico para a compreensão popular, implicando tanto um conhecimento mais elaborado como formas de comunicação adaptadas à realidade local.

“(. . .) e tem uma receita lá toda rabiscada, que às vezes nem eu não entendo e aquilo tem que traduzí para a pessoa. (. . .) Isso já aconteceu várias vezes, as pessoas dá a medicação errada porque não entendeu a letra.” (Denise)

“(. . .) e às vezes ela sai do consultório já com a receita na mão: ‘olha, não entendi.’ A gente lê de novo e se preciso a gente escreve atrás: Olha, é assim que é prá fazê, é assim que é prá dá.” (Denise)

Trabalhar como agente comunitário de saúde envolve alguns riscos inerentes à função.

“(. . .) Nós corria risco, a gente corre até hoje vários, e aí que a gente lutou por melhor salário.” (Denise)

“Tipo assim, morá na comunidade. Como a gente aqui trabalha com violência doméstica, mora na comunidade. A gente acolhe as mulheres, os marido ameaçam.(. . .) E ameaça com facão a gente já teve. Teve colega que já foi ameaçado com revólver. Teve que ficá um tempo fora. E lidá direto com a doença. Com as pessoas assim que não entendem muito o nosso trabalho.” (Denise)

Ao ingressar na função, o nível de escolaridade era de 1º grau, não necessariamente completo. Ao longo da carreira, a elevação do nível de escolaridade é uma meta sendo alcançada.

“(. . .) Então foi quando eu procurei um supletivo particular e comecei a pagar por isso, até porque tinha uma função na instituição que eu tinha a 5ª série completa e trabalhando com coisas que exigiam mais conhecimento.” (Denise)

“Eu quero fazer técnico de enfermagem. (. . .) acho até que como agente de saúde a gente acaba pegando amor com enfermagem. (. . .) Quero mais da minha vida. Quero estudar, quero fazer faculdade.” (Eunice)

“Tenho 1º grau completo. Estou tentando fazer o 2º grau de noite, mas tá difícil pelas crianças.” (Carla)

“Quando comecei [como ACS] eu tinha completado a 5ª série. (. . .) Estou cursando Serviço Social.” (Denise)

Em outras situações, a expectativa inicial é de medo e insegurança, apesar da experiência anterior como voluntária.

“No início dá medo. Mas é que eu já participava de grupo de saúde, então eu já entrei sabendo mais ou menos o que o agente de saúde fazia. (. . .) Mas depois, agora não, já não me sinto tão insegura, também nove anos, já não me sinto tão insegura.” (Eunice)

Aparentemente é difícil se desconectar da função de ACS, se houver essa possibilidade. As perspectivas futuras não excluem o exercício da função atual.

“Mas eu não vou deixar de realizar as coisas de agente de saúde que eu gosto muito.” [quando concluir o curso técnico] (Eunice)

“(. . .)no XXXXXX [instituição da qual é funcionária], passar de agente de saúde para assistente social é inviável, é impossível. (. . .) talvez no futuro eu consiga trabalhar (. . .) como assistente social num turno e continuar como agente de saúde. Porque eu não queria abandonar. Porque eu gosto.” (Denise)

Nem sempre existe clareza sobre a expressão “educação continuada”, que se refere à formação permanente do trabalhador. Frequentemente essa pergunta era respondida em relação à população, como atividades de organização ou de participação comunitária e não educação continuada para o profissional em si.

“Tem o grupo de puericultura. Educação continuada, que é um grupo mas isso aí é sempre contínuo, a gente nunca pára.” (Eunice)

“Teve a festa de aniversário do posto, com toda a criançada aqui. Nós trouxemos o escovódromo do SESI e fizemos trabalho.” (Antônia)

“(. . .) E depois tem o orçamento participativo que agora eu tô participando. (. . .) Eu vou como apoio dos delegados. (. . .) Então eu levo, ajudo eles, eu sou o apoio. O que eles precisarem.” (Eunice)

Após a explicação do significado da pergunta, as atividades relatadas referiam-se a atividades de diferentes âmbitos, como estudo, discussão de caso, treinamento em serviço, especificamente sobre saúde ou não.

“(. . .) A gente vê o que a gente fez na semana. A gente estuda junto e ela (a supervisora) orienta a gente o que que tem que fazer mais.” (Eunice)

“Sim, a dentista da unidade XXXXXX fez capacitação logo depois que abriu o posto. Estas duas agentes que fizeram não estão mais trabalhando aqui no posto. (. . .) nós que viemos depois não tivemos não.” (Antônia)

“Muito bom, sabia, eles capacitam a gente, a gente aprende muita coisa e enriquece muito a gente. A secretaria [Secretaria Municipal de Saúde] manda os papéis prá cá e a gente vai.” (Beatriz)

“(. . .) De todos os assunto que pertence ao agente de saúde a gente tá discutindo. Violência, maus tratos, os grupos a gente discute, a comunidade a gente discute também.” (Eunice)

“Aleitamento materno no Gasômetro por uma semana. (. . .) dengue, leptospirose, IRA [infecções respiratórias agudas] não tem nem um mês.” (Beatriz)

“(. . .) A gente sempre teve uma educação continuada. Nós participamos de toda educação continuada que tem dentro da unidade.” (Denise)

A frequência desses encontros muda conforme a demanda, podendo ser determinada pela necessidade da própria equipe.

“(. . .) Era toda sexta-feira nós tínhamos esse encontro. Daí acharam que era demais, que nós estávamos deixando de fazer coisas na unidade, estão precisando da gente e é demais. (. . .) Daí passaram a quinzenal. De quinzenal foi prá mensal. (. . .) Os agentes de saúde começaram a pará de ir também.” (Denise)

A qualidade dessa atividade também é avaliada pelas ACS.

“Eu confesso que prá mim eu não perdi, (. . .) porque a supervisão que tinha lá era a XXXXXX [enfermeira] que dava, era da equipe daqui, então nós sempre fomos muito bem respaldadas pela equipe.” (Denise)

Nem sempre ocorre a supervisão.

“(. . .) Mas sistematizado hoje não tem. A gente tem uma reunião semanal, não tem e tem. (. . .) Mas em outras unidades a gente sabe que não tem. Que elas não têm supervisão, que ficam soltas e que elas gostariam de ter uma supervisão mais sistematizada.” (Denise)

As atividades mais marcantes no exercício de sua função são:

“Visita domiciliar. Eu acho que o essencial do agente de saúde é a visita domiciliar. Busca de faltosos, vacina, gestante, puericultura que é de 0 a 1 ano. Os acamados que a gente visita. (. . .) A gente faz um trabalho comunitário porque já é agente de saúde comunitária. (. . .) com clube de mães. Tem creche. (. . .) Violência.” (Eunice)

“(. . .) Grupo especial, que é o grupo de crianças desnutrida que o nome é grupo especial (. . .) as mãe não traziam porque não admitem que seu filho é desnutrido, então se é uma coisa especial elas trazem. (. . .) Programa do leite. (. . .) Também faço visita do recém nascido. (. . .) A gente estimula a amamentação.” (Denise)

Dentre os trabalhos em grupo citados, aparecem grupo de mulheres, de puericultura, gestantes, adolescentes, grupo especial.

Dentre os programas realizados, as agentes comunitárias de saúde participam do Programa da Mulher, que atende mulheres desde o início da vida sexual ativa até os 65 anos de idade; do Programa da Criança, que atende a população entre zero e cinco anos de idade; o Programa do Leite, que oferece complementação alimentar a desnutridos de um a cinco anos de idade e seus irmãos menores de seis anos; e o Programa da Gestante.

Sua história de saúde bucal reflete a realidade da parcela empobrecida da população brasileira.

“(. . .) Mas que eu achei o máximo que eu ia arrancá um dente. Arrancá um dente... [risos] E eu fui lá e eles me disseram que eu não precisava arrancá. Eu fiquei decepcionada. E agora, como é que eu vou contá pros outros que eu fui ao dentista? Não fiz nada!” (Denise)

“Eu mesma, não tenho nenhum dente na boca.” (Antônia)

“Naquela época, quando eu morava no interior, a gente não costumava ir ao dentista, não tinha esse costume. Uma porque era longe, outra porque às vezes tinha que pagá e não tinha dinheiro.” (Eunice)

Aspectos relacionados à saúde bucal são tratados em diferentes instâncias durante o desempenho de sua função.

“(. . .) oriento crianças menores de cinco anos do Pré-Crescer [programa da SMS] e as gestantes.” (Carla)

“No momento nada, só nas VDs.” (Antônia)

“A gente sempre orienta. (. . .) ‘Olha, vai no posto’. (. . .) A gente sempre falando sobre isso. A gente nunca deixa de falar.” (Eunice)

“Eu acho que faço pouco [em relação a saúde bucal]. Eu sinto que podia fazê mais na área de saúde bucal e que a gente não faz.” (Denise)

Em relação à saúde bucal, a vinculação com a figura do dentista é quase imediata.

“dentista... é uma coisa importante... todas comunidade tinham que tê dentista...” (Beatriz)

“e não sei porque, diz que o Brasil é um dos país que maior número de dentista...” (Beatriz)

“Imagina, duas vaga [por mês para tratamento odontológico] pruma comunidade desse tamanho...” (Beatriz)

A prevenção em saúde bucal aparece como uma postura higienista que não leva em conta outros fatores determinantes.

“(. . .) Prás crianças a gente tá sempre perguntando se escova os dente, se não escova, tem escovinha de dente ou a gente consegue escovinha prá eles. A gente sempre falando sobre isso. A gente nunca deixa de falar.” (Eunice)

“(. . .) Então eu acho que o prevenir é higiene na certa, não tem, é escovação e fio dental. E o que causa [a doença periodontal] é falta de higiene.” (Denise)

“(. . .) se desde pequenininho usar escova e água, nem precisa pasta de dente. (. . .) enfim, escovando os dente três vezes, principalmente não dormindo com a boca suja, isso é o principal.” (Antônia)

Quando algum usuário pergunta algo que a agente comunitária de saúde não saiba responder, promete recorrer a um profissional com capacitação técnica superior à sua

para trazer a resposta. Novamente aparece a busca de resolutividade como característica de seu papel na equipe junto à comunidade.

“(. . .) Olha, eu tô te dizendo isso agora como vizinha, mas a próxima orientação, ou alguma coisa que eu não entendi, vai lá no posto que lá eu estou respaldada com uma equipe (. . .) mas agora eu tô aqui em casa.” (Denise)

“A gente fica insegura nas coisa que a gente vai dizê prá pessoas. Porque as pessoas perguntam muito aqui.” (Eunice)

“Na creche a gente trabalha (. . .) sempre junto com o profissional que entenda mais, não que a gente não tenha capacidade prá fazê sozinho, mas assim sempre tem um junto até prá orientá coisas que às vezes a gente não sabe. (. . .) Eu trabalho muito com a assistente social.” (Eunice)

“Trabalhar num posto de saúde, que legal, poder trabalhar lá no posto, tem médico, tem psicólogo, tem assistente social (. . .)” (Denise)

Quando questionadas a respeito de agravos à saúde bucal, com exceção de cárie e câncer bucal, as outras três patologias mencionadas tiveram que ser descritas por outros termos para que fossem reconhecidas pelas entrevistadas.

Assim, doença periodontal foi descrita como doença de gengiva; maloclusão foi também descrita como dentes apinhados ou mal colocados; fissuras lábio-palatinas foram generalizadas como lábio leporino.

A culpabilização do paciente por sofrer desses agravos aparece na maioria das respostas. Assim, consumir bebidas alcoólicas ou quentes, fumar cigarro, chupar bico ou o dedo, não limpar bem os dentes ou não se alimentar direito, por exemplo, seriam as causas desses agravos.

Respondendo sobre causa de cárie, as respostas foram baseadas em aspectos de higiene e dieta próprios do senso comum, sem mencionar conseqüências sistêmicas à saúde, por exemplo.

A respeito da doença cárie, comentaram que:

“Não limpar os dentes. (. . .) Escova e água, nem precisa sabão. (. . .) fazer revisão uma vez cada seis meses [risos]... que não existe isso, né? Seria o ideal, né?” (Antônia)

“O que causa é a má limpeza. Muito doce. (. . .) Não escovar e não passar fio dental.” (Denise)

“Doce. A pessoa dormi sem fazê aquela higiene, acho imprescindível fazê aquela higiene à noite, logo após qualquer refeição. Acredito que pegue assim, né? é uma bactéria que passa assim, né? Alguém usa, crianças, uma chupa o bico da outra ... sei lá, acho que o tártaro, placa, tudo isso causa a cárie, né?” (Beatriz)

“Uma das causadoras seria hábitos que não seriam adequados, né? de higiene da boca e talvez de alimentação também.” (Carla)

Quanto à prevenção de cárie, fatores únicos foram descritos como solução, não aparecendo a multifatorialidade como determinante de estado de saúde bucal. O fio dental não comercial aparece como alternativa mais econômica.

“Uma boa alimentação. (. . .) Através de frutas.” (Eunice)

“(. . .) mas prevenir, teria que escovar, teria que ter acompanhamento com dentista, teria que fazer aplicação de flúor. (. . .) As pessoas não dão muita bola para o fio dental porque é caro, mas a gente sabe que não precisa sê só o fio dental, tem a fitinha que é feita de saco que dá prá fazê.” (Denise)

Respondendo à pergunta sobre causa de doença periodontal, foi possível perceber que tinham algum conhecimento sobre o assunto, embora não discernissem com clareza causa e conseqüência nem tivessem demonstrado conhecer a inter-relação com doenças sistêmicas, além de confundirem esse agravo com outras lesões na gengiva.

“Descuido com a boca também, né? (. . .) depois que tem a dentição definitiva e não escova os dente, vai se acumulando nos cantos dos dente e fazendo com que a gengiva fique sem respirar, fica doente. Acho que é isso, não sei certo... Cria ácaros, aca... [tártaro] que é uma coisa assim que fica dura no meio dos dente assim e aí tirando aquilo automaticamente fica floxo já o dente porque a gengiva fica frágil, né?” (Antônia)

“Causa por falta de escovação. Eu acho que a maneira de escovar.” (Eunice)

“Com certeza, o mau cuidado. A má higiene. A falta de higiene. Falta de escovação e que geralmente as pessoa fazem, e eu já fiz.” (Denise)

“Já a gengiva também, o tártaro é uma causa. Acredito eu, são coisas que eu não tenho assim conhecimento. Por exemplo, a criança, a pessoa, nem é só a criança, mas a pessoa às vezes... dente, raízes, caco, formam aquelas fistulas na gengiva... come alguma coisa, machuca ali, aquilo já pode complicá. Essas prótese mal colocada, pontes e coisa fica ali machucando, pode complicá, né?” (Beatriz)

Em relação ao câncer de boca, as respostas demonstram confusão entre fatores causadores e suas conseqüências, nem sempre reconhecendo a multicausalidade entre fatores de diferentes ordens e seu efeito local ou não.

“Não sei...” (Antônia)

“(. . .) alguma coisa vaga que eu lembro é de formação dentária... talvez mal formação, alguma inflamação mal curada.” (Carla)

“(. . .) cigarro, álcool, as droga. (. . .) Eu acho que é muito veneno, muito. O cigarro é uma droga, a maconha... Tudo esses vício. O álcool, o álcool queima (. . .) sol demais também, dá câncer de pele como da boca, eu acho que queima. (. . .) Eu não entendo muito de câncer.” (Eunice)

“Eu imagino que possam ter também coisas hereditárias (. . .) ou coisa assim. (. . .) Mas eu penso em abcesso mal cuidado, que não foi tratado, medo de dentista, de ir na emergência XXXXXX. (. . .) As pessoa botam horrores de coisa na boca (. . .) Ainda mais se tem um buraco [no dente] (. . .) É uma porta de entrada que pode ajudá a causá tudo isso.” (Denise)

“Cigarro, cachimbo, bebida, eu acho... bebidas... chimarrão, bebida quente, assim... tem alguns hábitos que machucam ou colocam a boca em contato com algum produto, né, constantemente. No caso do cigarro, sempre colocando no mesmo lado aqueles componentes químico na boca o dia todo. (. . .) Porque é uma doença que não é um fator, né? são vários fatores que às vez vem causá aquilo ali, né?” (Beatriz)

A maloclusão foi descrita como causada por hábitos viciosos. Nenhuma resposta mencionou a perda de tecido ou elemento dentário como causa desse agravo.

“(. . .) fica difícil, mas acho que uma das questões, acho que bico, dedo na boca muito tempo assim, as crianças costumam a deixar o bico, mamadeira assim grandão... (. . .) de família, de geração, hábitos, né? Crendice... sei lá, e que tem pais que não conseguem dominá isso. (. . .) Chorô, dá o bico prá acalmá. Mamadera prá não derramá o leite...” (Carla)

“(. . .) eu não sei se pode prevenir, mas eu penso muito nos aparelho dentário (. . .) Eu não sei como é que chama os aramizinhos aqueles, que tem os móveis, não móveis, que põe só prá dormir.” (Denise)

“(. . .) O bico, o dedo, as pessoa chupam muito o dedo. Não sei se é a carência que eles têm que eles chupam bastante o dedo. (. . .) e falta de costume de ir no dentista prá saber, o dentista orientá. (. . .) que eles chupam o dedo, às vezes, até 12, 13 anos.” (Eunice)

“(. . .) achava que fosse em parte chupá bico, hábitos assim, né? (. . .) falta de amamentação também. (. . .) Agora dente acavalado eu não sei, às vezes nasce um dente por cima do outro, eu não sei porque.” (Antônia)

Quando questionadas sobre fissuras lábio-palatinas, também referidas para elas, após constatar que desconheciam essa expressão, como goela de lobo e lábio fendido, houve um momento para reflexão e então algumas perguntaram: “Lábio leporino?” Houve referência à herança genética.

“Não sei.” (Antônia)

“Já ouvi falar, mas esse nome... [lábio fendido, céu da boca aberto, goela de lobo] Não sei.” (Eunice)

“Lábio fendido é lábio leporino? (. . .) Isso vem de nascença. Tem que fazer várias cirurgias. Então acho que não dá prá previni. A não sê na ecografia, de repente, e já marcá cirurgia. (. . .) É hereditário, não sei. Hereditário, não, congênito. Não sei... Mas eu sei que nasce e depois tem que tratá. (. . .) Goela de lobo não é o mesmo lábio leporino que é tudo aberto? (. . .) eu lembrei que na visita do recém nascido (. . .) uma das coisas que a gente tem que observá é o bebê, (. . .) e uma outra das perguntas que eu achei importante agora que eu lembrei é que se o bebê tem lábio leporino e fenda palatina. Que é este outro nome, goela de lobo.” (Denise)

“Não tenho noção nenhuma, mas acredito da barriga, gestação, não seria assim – nasceu e ficou com esse problema.” (Carla)

“Lábio leporino é de nascença.” (Beatriz)

A capacitação aparece como possibilidade de qualificar seu trabalho de educação em saúde, embora como repasse de conhecimento e não como troca de saberes. Denota vontade de intervir também em saúde bucal:

“(. . .) seria importante que eu soubesse bastante para poder repassar. Prá gente dar alguma coisa práqueles que a gente visita a gente tem que possuir isso. Se eu não possuir, não posso dar. Quero receber então para poder ter. Também prá saúde bucal em geral seria necessário é que

tivesse mais profissionais. Mas pelo menos minimizaria se as agentes fossem capacitadas.” (Antônia)

A figura do dentista aparece fortemente vinculada ao reforço de suas orientações em saúde bucal. Aparentemente, só odontólogos resolveriam os problemas de saúde bucal:

“(. . .) O fato da dentista tá explicando prá eles. ‘A dentista me explicô, não foi uma agente de saúde.’ (. . .) mas se a gente fizé um grupo aonde a dentista vai explicá, eles pegam muito e tentam fazê da melhor maneira possível. Foi a dentista que explicô.” (Eunice)

Alguns depoimentos demonstram que as agentes comunitárias de saúde estão cientes de determinados limites em sua formação e que isso diminui o grau de intervenção que poderiam ter ao atuar junto à comunidade. Seu conhecimento é posto à prova por elas mesmas.

“A gente às vezes passa informação que não são bem verídicas prá pessoas. Então lá [durante as capacitações] sim a gente tem conhecimento verdadeiro, vê como é que funciona, passa a tê uma outra idéia das coisa.” (Beatriz)

“Teve um curso que eu gostaria de tê feito na UFRGS, é um curso de técnico... não, não é. É promotora em higiene bucal (. . .) e muitas dúvidas que as pessoa me perguntam e eu não sei dizê e não faz.” (Denise)

As próprias ACS nem sempre valorizam seu saber empírico e conhecimento técnico já acumulado.

“Daí a gente tinha um bom conhecimento no trabalho como agente de saúde. (. . .) Nós tínhamos muito é na prática e na teoria, nada. Quase nada.” (Denise)

“Assim, a gente tem mitos, a gente tem crenças, né? Que a gente vê na realidade que não tem nada a ver às vezes com o que a gente acredita.” (Beatriz)

“(. . .) Eu acho que a gente orienta, explica tudo que deve fazê, mas eu acho que a dentista falando... só o fato da dentista tá falando eles pegam mais.” (Eunice)

As capacitações em saúde bucal têm sido descontinuadas.

“Não, aí foi outras colegas. Não tenho nenhum tipo de capacitação nesse assunto não.” (Beatriz)

“Eu não tenho, assim...já tive assim...até uma capacitação né, lá na Ipiranga, sabe? (. . .) eles mostraram slide, a gente trouxe material prá cá, mas na realidade a gente não conseguiu colocar em prática, então... Isso foi em 98 ou 99. Foi de grande valia. Mas esbarra em: fez a capacitação, ficô sabendo de um monte de coisa, eu trouxe material prá cá ... de colocá isso em prática, que a gente tem vários programas (. . .) que a gente não conseguiu colocar bem em prática e fazer um trabalho com odonto ficô meio complicado.” (Carla)

“Olha, a gente fez muito curso de saúde bucal. A gente fazia curso, a gente tinha muita orientação, e é uma coisa que eu gosto bastante. A gente tinha o grupo de adolescentes eu, e a XXXXXX fazia e a gente sempre trabalhô a saúde bucal. Sempre, sempre.” (Eunice)

Além disso, não vêm sendo oferecidas a todas as ACS.

“Uma colega, a XXXXXX, que até já saiu do serviço, conseguiu fazer capacitação na Unidade XXXXXX sobre higiene bucal, orientação bucal, o que era aplicar o flúor. (. . .) Só uma sabia fazer...” (Carla)

“(. . .) Estas duas agentes comunitárias não estão mais trabalhando aqui no posto. (. . .) nós que viemo depois não tivemo não.” (Antônia)

A capacitação em saúde bucal dependeria da relação com outra unidade que contasse com dentista e para a qual os pacientes seriam referenciados.

“Sim, a dentista da unidade XXXXXX fez capacitação logo depois que abriu o posto.” (Antônia)

A questão do encaminhamento dos pacientes para tratamento odontológico implica referência para outra unidade, dentro de cotas mensais, conforme o pertencimento a algum programa ou à disponibilidade de vaga e comprovando a idéia da grande dificuldade de conseguir tratamento restaurador em odontologia para todos.

“Como é difícil! Imagina, duas vaga pruma comunidade desse tamanho, né?” (Beatriz)

“A unidade XXXXXX atende menores de cinco anos sem entrar na fila, mas dentro da cota de dois paciente por mês. Então, algumas boca a gente conseguiu salvá, né? Um dos beneficio: não conseguiu recuperá o peso mas conseguiu restaurá a boca da criança.” (Carla)

“Outra faixa etária ficaria descoberta, as pessoas teriam que madruga na fila. Aparece uma vaga [para tratamento odontológico] na unidade XXXXXX, no outro dia de tarde as pessoa já tão lá, tu pensa que vão

consultá de noite [com médico], mas não. Eles já tão na fila prá conseguí essa ficha, né?” (Carla)

“(. . .) A médica aqui no posto examina a boca. Temos direito a dois tratamento por mês na unidade XXXXXX para dentista. Quando termina um entra outro. Quem encaminha é a médica e nós selecionamo entre mulheres grávida ou crianças em risco nutricional ou desnutrida.” (Antônia)

As orientações em saúde bucal oferecidas à população incluem alertar sobre alguns hábitos viciosos, mas reforçam a idéia de individualização dos problemas de saúde bucal.

“O que a gente orienta bastante as crianças aqui é o bico. O bico, o dedo, as pessoas chupam muito o dedo. (. . .) Quando eles tiram o bico, não tem bico eles botam o dedo e falta de costume de ir no dentista prá sabê, o dentista orientá o que tem que fazê quando tá caindo o dentinho de leite prá nascê os permanente. (. . .) Que eles chupam o bico e o dedo, às vez até 12, 13 anos. Acho que eles têm uma carência muito forte.” (Eunice)

A medicalização aparece na maneira de trabalhar com a doença cárie, confundindo promoção de saúde com ação preventiva. A menção a aplicações de flúor em grupo são recorrentes, bem como atividades ou propostas de trabalho com escovação dentária.

Isso é especialmente preocupante quando é sabido que 95% da população da cidade de Porto Alegre é abastecida com água fluoretada encanada, sendo o restante, como moradores de assentamentos, supridos com água de caminhões-pipa, igualmente fluoretada. Assim, existe o risco de fluorose, com suas conseqüências dentárias e sistêmicas, pelo uso indiscriminado desse elemento em suas diversas formas.

“Há cinco anos, seis anos atrás, a gente ia nas casa e fazia aplicação de flúor, escovação de dente nas casas. A gente trabalhou muito no colégio XXXXXX, a gente fazia filas de adolescentes e nós explicando como é que se passava o flúor e porque que tinha que passá o flúor (. . .)” (Eunice)

“(. . .) e o que mais reúne nos grupos é crianças e adolescentes prá fazê uma aplicação de flúor.” (Eunice)

“A gente não faz mais um trabalho de grupo, de escovação, de aplicação de flúor, eu sempre falo isso.” (Denise)

“(. . .) eu não, mas duas das agentes se dedicavam a fazer prevenção com escovação e floro..., cloro..., não? Na dentição das criança na escola.” (Antônia)

A prevenção em saúde bucal, e aqui os depoimentos acima majoritariamente comprovam significar escovação e aplicação de flúor, aparece como a única solução possível frente à falta de dentista e ao custo do tratamento odontológico.

“(. . .) uma vez que a gente não tem dentista para se tratá, então a gente tem que fazê a prevenção.” (Antônia)

“Tratamento dentário é muito caro, tem que trabalhá bastante a prevenção, porque depois que tá doente o dente, é difícil!” (Carla)

A cavidade bucal aparece como um sítio descolado do corpo e o conceito de saúde integral parece ser incipiente, ainda restrito ao local de ocorrência do agravo, embora seja possível perceber um esboço de integração ao corpo todo.

“(. . .) Porque pela boca entra tudo, né? A boca é a porta de entrada. Se a gente tem uma boca saudável, a tendência é a pessoa tê mais saúde, tê um organismo mais saudável, agora onde tem ali, já naquela entrada já tá cheio de bactéria, germe, dente inflamado, dente infeccionado, é raiz, é... já imagina, é um foco da infecção que tá parado ali, dali já vai prá garganta, dali já complica.” (Beatriz)

A educação em saúde aparece como repasse de informação da qual são objeto e que passarão adiante no seu trabalho, não demonstrando haver problematização do processo educativo.

“Flui melhor [depois de capacitações] porque a gente tá com outro conhecimento daquilo ali, então a gente passa melhor as coisas práqueas pessoas. (. . .) e tendo a capacitação eles esmiuçam bem aquele assunto, a gente fica bem informado mesmo prá podê passar prá pessoas.” (Beatriz)

As sugestões apresentadas pelas entrevistadas incluíram:

“(. . .) que eu gostaria de fazer um grupo, que seria de escovação, porque essas coisa básica prá elas podê cuidá um pouquinho mais do dente. Trabalhar isso. Que a gente não trabalha os grupos.” (Denise)

“É o que mais a gente precisa aqui de grupos (. . .) Eu acho que através de grupos e a gente explicando (. . .) Se nós fizermos grupos nas tardes não vai faltar gente prá vim. Eles se interessam muito sobre os dentes.”
(Eunice)

“Seria importantíssimo que a gente fosse capacitado em saúde ment... bucal. (. . .) Também prá saúde bucal em geral necessário é que tivesse mais profissionais.” (Antônia)

É interessante mencionar que essa confusão entre saúde bucal e mental é muito comum, ocorrendo inclusive em telefonemas ou contatos pessoais com instituições de saúde em geral.

Os comentários finais das entrevistadas incluíram enfáticos pedidos de dentista nas equipes e capacitação para todos os ACS, demonstrando sua necessidade de educação continuada e melhoria da resolutividade em saúde bucal.

“Acho que as pessoas não batalham, não exigem a presença desse profissional [odontólogo] porque às vez não têm consciência da importância que é a saúde bucal. (. . .) E diz que não tem falta de dentista, né? Não sei porque essa dificuldade tão grande, porque diz que o Brasil é um dos países que tem o maior número de dentista, né?”
(Beatriz)

“Se pudesse ser falado isso [capacitação em saúde bucal] em todas regiões da cidade, com todos agente do XXXXXX [serviço de saúde], que pudessem sê capacitados, já que a gente faz trabalho de prevenção. Os agentes capacitados para trabalho em escola, creches, comunidades em geral, porque surgem muitas dúvidas, tem que pesquisar por fora porque não é unidade sanitária, não temos um odonto aqui. (. . .) As comunidades devem se mobilizar para trazer seu serviço odontológico prá comunidade. (. . .) Eu sei que não faz parte do serviço, mas que as comunidade se mobilizassem. Tem associação que consegue fazer consultório e trazer dentista. A comunidade tem que deixar de sê acomodada e batalhá.” (Carla)

E o recado final de uma delas:

“Eu achei legal ter lembrado dos agentes de saúde.” (Eunice)

5. DISCUSSÃO

Dentre as políticas sociais, o sistema de serviços de saúde seria o de maior complexidade relativa devido ao fato de seus múltiplos objetivos – equidade, eficácia, eficiência, qualidade e satisfação do usuário – estarem interligados entre si e de sua implementação poder representar melhoria de uns em detrimento dos outros (Mendes, 1998, p. 57).

Sistemas de atenção à saúde não podem ser analisados sem tomar em consideração vários determinantes da situação de cada local, pois também são afetados por valores e atitudes próprios de cada época e lugar, inclusive sistemas informais ou populares (Helman, 1994, p. 71 e 80).

A constituição de um sistema de saúde único, sustentado pelo Estado e descentralizado, baseado no princípio de ser a saúde um direito do cidadão e dever do Estado, além da garantia do acesso universal e igualitário às ações integrais de saúde, implicou a ampliação da cobertura para toda a população, independente de vínculo trabalhista ou nível de rendimento. Além da racionalização do sistema, outro de seus objetivos seria a criação de espaços para participação de segmentos antes excluídos da discussão a respeito de saúde e seus determinantes (Cohn, 1995, p. 233).

Contudo, em virtude da inclusão de uma imensa parcela da população antes desassistida pelo setor público de saúde, ocorreu o que poderia ser denominado de universalização excludente, caracterizada pela desqualificação e racionamento dos serviços oferecidos na medida direta do aumento da demanda, pois mesmo cidadãos com alguma possibilidade de acesso ao sistema privado tenderam a migrar para o atendimento prestado por este setor (Favaret Filho e Oliveira, 1989, p. 31-35).

Assim, os indivíduos socialmente “incluídos” vêm tomando o lugar dos excluídos (Zaidan Filho, 2000, p. 32), confrontando o acesso universal pelo acesso seletivo (Vellozo e Souza, 1993, p. 102).

A instituição de uma “política de anticonveniência”, baseada em regras de exclusão que transformaram-se em normas dos serviços, foi uma tentativa de desestimular a utilização dos serviços de saúde pelos usuários que não estivessem incluídos em alguma

categoria prioritária, como por exemplo gestantes ou bebês, os quais a princípio teriam sua saúde atendida (Loureiro, 1998, p. 218).

Por outro lado, essa exclusão transferiu para o setor privado da saúde camadas da população formadoras de opinião e com tradição de reivindicação por melhoria na qualidade dos serviços (Carvalho, 1993, p. 129).

O resultado foi uma legitimação incompleta pela população ao atendimento prestado, pois esse não reconhecia valores culturais ou peculiaridades locais nem revertia a situação de dominação (Minayo e Souza, 1989, p. 98).

Mesmo com o reconhecimento de que elementos extra-econômicos são fundamentais na determinação do processo saúde-doença, outros determinantes, como gênero e raça, têm sido pouco reconhecidos como fonte de desigualdades sociais (Vaitsman, 1991, p. 171) e, portanto, riscos desiguais de adoecer e morrer.

Na verdade, o que o país precisa é de modelos de atenção à saúde que valorizem igualmente os aspectos político, econômico e cultural da nossa sociedade e assim propiciem condições dignas de saúde e vida à população (Vasconcelos, 1999a, p. 271), superando a exclusão e a fragmentação da atenção prestada à saúde atualmente no Brasil.

Como estratégia de inclusão, o aumento do número de unidades básicas de saúde implantadas com a implementação do SUS diminuiu a distância física e cultural entre os serviços de saúde e a comunidade, graças à possibilidade de inserção das equipes ao cotidiano local (Vasconcelos, 1999b, p. 14).

Tal proximidade física vem facilitando a apreensão das necessidades e propostas da população servida, desde que baseada num diálogo permanente entre o saber local e o conhecimento técnico tomados coletivamente.

As desigualdades no consumo dos serviços de saúde vêm sendo reduzidas devido à maior facilidade de acesso às unidades de saúde, embora necessariamente não ocorra diminuição da iniquidade em saúde (Travassos, 1997, p. 326), visto que isso depende não apenas de intervenções em saúde (Locker, 1992, p. 139; Mishima et alii, 1992, p. 72) mas também de inúmeros outros fatores determinantes de qualidade de vida, como por exemplo implantação de saneamento básico ou legalização de posse da terra ocupada, como já é há tempos sabido (Czeresnia, 1999, p. 705).

Outro aspecto a ser lembrado é que não basta assegurar universalidade no atendimento por meio da gratuidade, mesmo que essa seja condição fundamental para garantir a equidade, visto que outras barreiras podem vir a restringir a utilização de seus serviços, como tempo de espera por atendimento ou horário de funcionamento incompatível com turnos de trabalho dos usuários, entre outros (Travassos, 1997, p. 329).

O progresso tecnológico e as mudanças nos modos de organização do trabalho também têm influenciado o trabalho em saúde. Sendo histórica e socialmente determinado, é essa multideterminação que define a criação, ampliação ou redução dos serviços de saúde (Pires, 1998, p. 233).

Sendo a saúde definida como a possibilidade de produzirmos e reproduzirmo-nos como sociedade, numa permanente reconstrução coletiva de nossas condições próprias

de existência (Luz, 1984, p. 166), o pensamento em saúde prevê uma inserção tanto a nível individual como coletivo.

A unidade familiar passa a ser considerada como significativa para o entendimento da complexidade do indivíduo (Donnangelo, 1979, p. 80) e tanto família como comunidade passam a ser elementos-chave na integração de diversas políticas sociais (Costa et alii, 1998, p. 31; Vasconcelos, 1999c, p. 21), como a atenção à saúde.

Isso se deve ao fato de que nascer de uma família em uma comunidade define a identidade do indivíduo e estabelece quem é o outro em relação a cada um (Vicente, 1994, p. 47-48).

O planejamento participativo das ações em saúde resultante dessa cooperação entre técnicos e população definirá as alianças necessárias e possíveis para estabelecer estilos de vida compatíveis com um estado de saúde. Democratização da informação, educação em saúde e participação popular são fatores essenciais para desencadear um processo de integralidade em saúde bucal coletiva (Cordón, 1997, p. 561).

A relação entre o sistema público de saúde / profissionais de saúde e seus usuários / população é por ambos construída e reconstruída no dia a dia, apesar de estar institucionalizada (Minayo e Souza, 1989, p. 78).

Sendo construída, implica interdisciplinaridade para constituir um todo a partir de um conjunto de disciplinas e de um reconhecimento do papel da cultura, de fatores bio-ambientais e socioculturais, mediados pela linguagem (Canesqui, 1997, p. 13-14).

A busca da integralidade das ações de saúde, fruto da fragmentação entre saúde pública e medicina curativa, resulta em representações divergentes do fenômeno doença (Cordeiro, 1997, p. 44), mas pode significar uma complementaridade entre ações sobre um mesmo sujeito, individual ou coletivo.

Nesse sentido, o planejamento local em saúde depende da participação da comunidade na identificação de problemas, elaboração de prioridades, tomada de decisão, execução de ações e sua avaliação (Luvison e Baldisserotto, 1986, p. 23), num processo de planejamento coletivo.

A participação comunitária, também denominada “desenvolvimento” ou “organização” da comunidade, ou ainda “desenvolvimento e organização da comunidade”, demarca a responsabilização da população pela resolução de seus próprios problemas de saúde (Ramos, 1986, p. 94), mas pode também significar a incorporação de mão-de-obra local aos serviços de saúde (Bohadana, 1982, p. 109), muitas vezes apenas como um recurso a mais (Cantillano, 1983, p. 190).

A participação popular pode ser ilusória quando limitada ao reconhecimento dos próprios recursos da comunidade, se houverem, para que sejam aproveitados. Ao restringir-se ao nível local, impede que as necessidades sejam vinculadas às questões estruturais. Isso só ocorreria se tais carências fossem relacionadas às condições gerais determinantes das condições de vida de cada comunidade na sociedade (Pellegrini Filho, Ramos e Ribeiro, 1984, p. 222).

A participação só contribui para a cidadania se for um processo conquistado, não concedido (Feuerwerker, 1994, p. 49). Entretanto, nada disso

é possível de ser autenticamente alcançado sem que o direito à informação e o acesso ao conhecimento sejam garantidos (Garrafa, 1993, p. 56).

O treinamento de agentes de saúde, entre outras ações, também pode estimular a participação popular ao propor ações e práticas integradoras em saúde (Ramos, 1986, p. 97).

Assumir cuidados consigo mesmo, ao participar responsabilmente do processo de atenção à saúde e contribuir para sua manutenção e promoção, são formas de estimular a autonomia dos indivíduos numa comunidade, ao invés de simplesmente delegar seu cuidado a profissionais ou instituições (Berlinguer, 1994, p. 75).

O direito de decidir o que fazer com seu corpo é do paciente (Doyal, 1994, p. 77), mas é tarefa dos profissionais de saúde facilitar a circulação de informações a respeito de seu processo de saúde-doença.

Promover saúde implica possibilidades concretas de fazer escolhas saudáveis e de promover políticas públicas de saúde que favoreçam situações atenuantes do risco de adoecer (Loureiro, 1998, p. 229).

Numa avaliação realizada pela Organização Mundial da Saúde em 1987 (p. 11-15), foram identificados fatores de insuficiência no desempenho dos programas de ACS em todo o mundo, quais sejam: organização e compromisso político mínimos, má definição de funções, má seleção, treinamento e formação continuada deficientes, falta de apoio e supervisão, condições trabalhistas incertas, imprecisão na determinação dos custos e das fontes de financiamento e falta de vigilância e avaliação.

As estratégias de ação propostas nesse documento passam pelo estabelecimento de organização e estrutura, definição de funções, processo de seleção, metodologia de treinamento e educação continuada, supervisão, condições de trabalho, avaliação de custo e previsão de financiamento.

Comparando essas conclusões com as entrevistas realizadas em Porto Alegre, as agentes comunitárias de saúde deixaram entrever deficiências em termos de educação continuada e supervisão, apesar dos serviços nos quais atuam serem bem organizados e estruturados, estando as funções bem definidas. Quanto às condições de trabalho, os depoimentos demonstram uma satisfação em geral mas insatisfação em termos de resolutividade dos serviços e acesso da população aos mesmos, especificamente em termos de saúde bucal.

Conforme os depoimentos das entrevistadas, elas já tinham prática em trabalho comunitário, tendo exercido algum tipo de liderança local. O processo de conhecimento da realidade fica então facilitado pelo vínculo estabelecido com a população, confirmando o papel que exercem na interligação entre serviço de saúde e usuários.

As ACS estão integradas às equipes e desempenham sua função de maneira intensiva, inclusive fora do horário de trabalho, dentro e fora da unidade básica. Isso pode desencadear o que inicialmente foi designado como confusão de papéis, isto é, trabalham além do horário de funcionamento do posto como amiga, vizinha, comadre ou agente comunitária. Entretanto, elas mesmas questionam-se a respeito do uso intensivo de seu tempo de trabalho e

perguntam-se até onde vai o papel de profissional e inicia o moradora que sabe mais sobre saúde.

Provavelmente isso é um exemplo de interdisciplinaridade, pois estaria aí colocada uma atitude de disponibilidade de seu conhecimento e responsabilidade para com a população adscrita ao exercer a intermediação do diálogo entre o serviço que oferta (dentro de certos critérios) e a população que demanda (a qualquer hora).

Por outro lado, tal atividade permanente deve causar algum dano à saúde psíquica desses trabalhadores, pois a constante abordagem pela população demanda alguma resposta pronta e isso pode causar algum nível de tensão ou estafa, no mínimo.

Há que se ter cuidado para que essa atitude de permanente vigilância e prontidão não seja uma mera resposta à carência ou deficiência de recursos tecnicamente adequados mas que não estão à disposição da população por falta de estrutura, deixando de ser um direito a ser desfrutado por todos.

Além disso, a percepção da realidade de vida e saúde de uma população não prescinde da contextualização, e ninguém melhor do que alguém com iniciativa, conhecimento da realidade local e sensibilidade para ser capacitado a exercer essa função, definindo o perfil de um ACS.

Portanto, ao traduzir saberes e transmitir percepções, os ACS podem mediar conflitos e contribuir para radicalizar demandas em busca de solução, o que os legitima junto à comunidade. Podem ser a voz da população na equipe

e, se essa for capaz de escutá-los com atenção, poderá elaborar propostas de intervenção mais adequadas a cada realidade de vida.

Se considerarmos que a postura do agente comunitário de saúde é interdisciplinar, isso implica um determinado grau de afinidade entre os sujeitos que atuam e entre estes e o ambiente no qual intervêm profissionalmente. Um olhar crítico, curioso e respeitoso é um dos fundamentos para que a interdisciplinaridade frutifique em melhoria da qualidade da abordagem técnica e resulte em melhor qualidade de vida para todos os envolvidos nessa relação.

Concordamos com Echeverri e Salazar (1980, p. 23) quando afirmam que, em razão de insuficiência, ineficiência ou não resolutividade do conhecimento e dos meios específicos para intervir em saúde, a intervenção intersetorial é fundamental para diminuir problemas de saúde. A intersetorialidade é constantemente exercida pelos ACS ao intermediarem diferentes instituições e instâncias administrativas às quais recorrem pela necessidade de resolver questões cotidianas.

O trabalho além da carga horária oficial é uma constante e demanda respostas imediatas em termos de procedimentos e encaminhamentos, caracterizando um trabalhador intensivo que nunca pode parar.

As atividades coletivas mais marcantes são os grupos e as visitas domiciliares (VD's). Grupos por faixa etária (puericultura), estágio de vida (gestantes), estado de saúde (hipertensos ou diabéticos) ou por ação em saúde (escovação dentária) parecem ser a oportunidade na qual atuam com a maior frequência. As VD's são realizadas para cadastrar famílias ou novos moradores nos territórios (anexo 9.7.), visitar acamados, acompanhar puerpério

(anexo 9.8.), convidar faltosos a retomar seu acompanhamento e avaliar condições e intervenções em nível sócio-familiar, por exemplo.

As ACS entrevistadas relatam uma intensidade de trabalho permanente mas que não contempla todos os usuários, na medida que as ações programáticas privilegiam crianças com até 5 anos de idade e mulheres em idade fértil. A faixa etária entre os 5 anos e a primeira gestação ficaria a descoberto para as meninas, assim como as mulheres em climatério tampouco são prioritárias. Quanto aos meninos, jovens e adultos, nada de específico os contempla fora das consultas por problemas agudos, a não ser que sejam portadores de algum agravo crônico à saúde, como hipertensão arterial ou diabetes. Idosos tampouco foram citados como beneficiários em potencial de qualquer ação em saúde bucal, o que permite imaginar o quão distante está atenção a à saúde no Brasil da integralidade.

Em relação a atenção à saúde bucal, os critérios permanecem semelhantes, isto é, na disputa pelas poucas vagas para tratamento odontológico, crianças pequenas e gestantes têm prioridade para atendimento.

Em relação à capacitação, quando eventualmente convocados, esse chamamento não contempla a todos os agentes comunitários de saúde. Isso implica diferença de conhecimentos adquiridos e perda de continuidade na sua aplicação, na medida que alguns capacitados se afastaram da função e os que assumiram há menos tempo ainda não foram capacitados.

A necessidade e a vontade de se capacitar em saúde bucal foram uma constante nas entrevistas. Contudo, parece que a idéia de capacitação passa pelo repasse de informações sobre determinado assunto por um período

limitado de tempo, sem conexão com outros aspectos correlacionados na determinação do estado de saúde, denotando um descolamento entre a cavidade bucal e o restante do corpo, bem como entre educação e promoção de saúde.

É possível afirmar que as entrevistadas reproduzem um modelo tradicional de educação, a educação bancária.

Além disso, fica evidente a justificativa da premência de sua capacitação, no seu dizer, pela escassa oferta de atendimento odontológico. Talvez seu discurso esteja impregnado da idéia de que na falta de dentista como solução para os problemas de saúde bucal, pelo menos a ACS poderia aplicar flúor e ensinar a limpar os dentes.

As ACS que foram capacitadas não conseguiram implementar de forma continuada o que tinha sido aprendido ou reforçado na capacitação. Seja por demanda de outras ações por parte da equipe, falta de condições técnicas ou por espaço físico inadequado, o desenvolvimento de ações de promoção de saúde bucal parece ainda não ser prioritário na atenção primária à saúde.

Sua prática em saúde bucal está impregnada do discurso higienista medicalizador. Isso fica evidente nas atividades com grupos, nos quais prevalecem as noções de higiene como responsáveis por melhorar a saúde dos indivíduos.

Aplicações de flúor descontinuadas e aconselhamento sobre higiene dental, especialmente escovação dentária, prevalecem sobre discussões a respeito de atenção integral à saúde e seus determinantes. A insistência na

realização de aplicações tópicas de flúor e a tendência fortemente higienista de suas ações em saúde bucal podem denotar uma premência na melhora da resolutividade de suas atividades, sem questionar a oportunidade ou necessidade de exercer essas ações.

De forma idêntica, o relato das atividades de promoção e educação em saúde está permeado de ações de cunho higienista e medicalizador.

É possível perceber um conceito de saúde fortemente vinculado à ausência de doença, não integralizador nem resultante de fatores de ordem múltipla.

Para trabalhar em saúde, é necessário ter cumprido alguns pré-requisitos em termos de formação específica, além de ter alcançado o nível de escolaridade exigido para desempenhar tal atividade. No caso dos ACS, algumas vezes fica caracterizada a falta de qualificação técnica para o exercício da função (Matzembacher et alii, 1994, p. 1).

A falta de supervisão continuada pode determinar a realização de algumas atividades em detrimento de outras, dependendo do grau de discernimento e autonomia do ACS e do relacionamento com a equipe de saúde. Assim, alguns podem trabalhar muito bem com organização comunitária, por exemplo, e não conseguir o mesmo desempenho com ações educativas ou em promoção de saúde. A discussão permanente em equipe dos indicadores sócio-demográficos locais e das metas a serem atingidas auxilia no aperfeiçoamento técnico desse profissional.

No caso das ACS entrevistadas, é possível perceber que realizam ações fundamentadas no modelo curativo, centrado na doença, ou ações preventivas, como campanhas sazonais e controle vacinal.

Além disso, a frustração da expectativa da população de que os ACS realizem determinados procedimentos curativos pode contribuir para um relacionamento menos positivo entre esse profissional e usuários, até que suas atribuições sejam esclarecidas para todos.

O fato de parecerem mais familiarizadas com cárie e câncer bucal pode ser reflexo da concepção de que o que causa dor ou mata é muito mais marcante do que agravos com sinais e sintomas menos comprometedores à vida. De maneira geral, doença periodontal, maloclusão e fissuras lábio-palatinas ainda não são reconhecidas como agravos importantes à saúde integral do ser humano.

Isso confirma que o modelo odontológico hegemônico prevalece em todas as instâncias de atenção à saúde bucal, na medida em que a compreensão generalizada do processo saúde-doença bucal ainda não reconhece plenamente os fatores estruturais como determinantes de sua ocorrência (Bercht, 1994, p. 90).

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O processo da reforma sanitária ainda não está concluído; com avanços e retrocessos, vem sendo reelaborado no cotidiano de usuários e profissionais dos serviços de saúde no Brasil e deve ser fortalecido com o comprometimento de todos.

A contratação de moradores capacitados em saúde para atuação em unidades de atenção primária promove a aproximação dos serviços com esse cotidiano e facilita o interagir dos trabalhadores de saúde com a população.

Como a realidade é mutável, a continuidade de um processo educativo em saúde em permanente avaliação é fundamental. Portanto, a questão da

educação continuada é crucial para a qualificação da atenção integral prestada pelas equipes nas unidades básicas de saúde.

Em função das respostas às entrevistas, é possível dizer que os agentes comunitários de saúde querem se capacitar em saúde bucal. Essa capacitação é necessária e possível de ser realizada, tendo em vista a construção de um sistema de saúde que prime pela integralidade e que leve em conta todos os determinantes de um conceito ampliado de saúde, a saber: universalidade, integralidade, descentralização e participação comunitária.

Outra conclusão possível é que a necessidade expressa pelas entrevistadas está relacionada a uma realidade de carência de atendimento, indicando premência nas respostas na medida do possível.

O conceito de educação que sinalizam é do tipo “repasso de informação”; devendo então ser abordado como um processo dialógico de construção coletiva do conhecimento.

A capacitação descrita a seguir incorpora diversas experiências elaboradas tanto por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre como do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição; algumas foram implementadas, outras não. Contudo, um diferencial importante seria a implicação da continuidade e da integralidade dessa proposta de capacitação em saúde bucal por parte dos gestores.

A educação continuada parece ser a melhor opção para a capacitação desses trabalhadores, visto que permite a interação entre educando e educador de maneira contínua e propicia a ambos a oportunidade de

compartilhar e vivenciar alternativas e dilemas próprios da vida em cada comunidade.

Buscando a integralidade, a interdisciplinaridade e a universalidade, os conteúdos em saúde bucal deverão ser trabalhados em conjunto com outros saberes do campo da saúde, além de almejar trabalhar com todos os grupos populacionais, independente de faixa etária ou estágio de vida, propondo a relação entre todos os fatores determinantes do processo saúde-doença.

A participação popular pode ser especialmente contemplada pela proposição de conteúdos relativos a experiências de recuperação nutricional, métodos de manutenção da higiene e estágios de desenvolvimento do ser humano, entre outros.

O trabalho em parceria é fundamental na atenção integral à saúde. Portanto, é importante que os capacitadores trabalhem em dupla, revezando as funções de coordenador e relator do processo educativo. Pela mesma razão, as atividades desenvolvidas ao longo da capacitação deverão contemplar trabalhos em grupo com revezamento de função dos participantes, para possibilitar o intercâmbio de vivências e alternância de papéis.

O registro das atividades deverá ser mantido para fins de avaliação e comparação com futuras atividades de capacitação. Deve haver previsão de horário para planejamento e avaliação das atividades realizadas, além da carga horária prevista para a atividade educativa em si.

É importante que os capacitadores tenham algum conhecimento da realidade local por meio de indicadores sócio-epidemiológicos, além de

conhecer o grau de escolaridade dos ACS para prever material didático adequado à sua realidade. As atividades que já vêm sendo realizadas na unidade de saúde, a existência de serviços de atenção odontológica próximos, o grau de referência e contra-referência que o serviço propicia, os recursos para higiene bucal que a comunidade utiliza, o tipo de dieta que está à sua disposição, a existência de alternativas alimentares locais, além do conhecimento próprio em saúde bucal, devem ser levados em conta no planejamento da educação continuada em saúde bucal dos ACS.

A proposta de capacitação em saúde bucal para agentes comunitários de saúde deve resgatar todo o conhecimento próprio que já possuem em relação à realidade da comunidade à qual servem, tentando privilegiar o intercâmbio entre saber científico e popular.

Além disso, a relação com os outros profissionais da equipe também deve ser considerada como essencial para construção de um saber interdisciplinar que enfoque a saúde bucal.

O objetivo geral seria capacitar ACSs de Porto Alegre para desenvolver ações de educação e promoção em saúde bucal com a população sob responsabilidade de sua equipe de trabalho, numa perspectiva de atenção integral à saúde, conforme os princípios da reforma sanitária.

Agentes comunitários de saúde dos dois serviços de atenção primária à saúde do município, Serviço de Saúde Comunitária e Programa de Saúde da Família, poderiam participar conjuntamente da capacitação.

Especificamente, consistiria em:

- sensibilizar esses trabalhadores para diagnosticar situações de risco à saúde bucal a nível coletivo, familiar e individual;
- capacitá-los para intervir positivamente nestas situações em termos de educação e promoção em saúde, com ênfase na abordagem integral do cuidado à saúde em relação a auto-cuidado, dieta e higiene bucal;
- propiciar a reflexão sobre o processo saúde/doença bucal e sua relação com a saúde integral, interrelacionando-o com a situação social, cultural e econômica da população atendida e contemplando todas as faixas etárias.

A metodologia proposta compõe-se de:

- realização de dois encontros com duração de um turno, cada um com metade dos ACSs das equipes de um distrito gerencial, para percepção de seu conhecimento a respeito de saúde bucal;
- realização de dois encontros com duração de um turno, com os mesmos participantes do primeiro encontro, para discussão dos saberes apresentados nas oficinas e consolidação de novos conhecimentos;
- realização de um encontro com duração de um turno para discussão das propostas de atenção à saúde bucal existentes;

- realização de um encontro com duração de um turno para discussão de abordagem a nível individual, familiar e coletivo das principais doenças bucais.

O total de turnos ocupados pelos capacitadores seria de seis turnos para desenvolvimento da proposta, além de dois para planejamento e preparo de conteúdo e material e um para avaliação e elaboração de relatório, resultando em nove turnos de trabalho.

Além de espaço físico adequado, o material necessário seria: rolos de papel pardo, canetas coloridas, revistas, tubos de cola, tesouras, odontoscópios, abaixadores de língua, fardos de papel-toalha, luvas descartáveis, espelhos de mão e folhas ofício, além de equipamento áudio-visual.

A partir da avaliação da capacitação, será possível readequá-la em termos de duração e periodicidade dos encontros, conteúdos discutidos e metodologia utilizada.

A proposta de desenvolvimento das atividades de educação continuada em saúde bucal contemplaria pelo menos as seguintes etapas e conteúdos, interligados entre si:

- 1) apresentação do capacitador e dos participantes, bem como sua motivação para realizar esse trabalho;
- 2) atividades que cada ACS vem realizando e que gostaria de realizar;

- 3) motivação para participar do processo de capacitação em saúde bucal;
- 4) histórico da categoria dos ACS, seu papel no SUS e na equipe de saúde;
- 5) relação entre saúde bucal e saúde integral e seus fatores determinantes;
- 6) patologias bucais mais prevalentes: aspecto, fatores determinantes, prevenção e possibilidades de intervenção;
- 7) métodos de auto-cuidado;
- 8) alimentação integral e alternativas para nutrição;
- 9) possibilidades de intervenção na realidade local.

A partir do segundo encontro, no primeiro momento da atividade os capacitadores estimularão os participantes a resgatar os conteúdos anteriormente trabalhados, devendo o mesmo ser feito também ao final de cada reunião, privilegiando o nível de comunicação alcançado entre o grupo.

A seguir, os ACS descreverão brevemente o que conhecem a respeito do conteúdo que será trabalhado em cada turno de capacitação. O profissional responsável pela capacitação deve resgatar essa contribuição e vinculá-la ao conteúdo que será trabalhado.

Sempre que possível, o grupo de ACS deverá produzir material educativo como trabalho de conclusão, levando em conta suas possibilidades e a

população com a qual trabalham, sempre tentando reforçar o conceito de educação como troca de saberes e não repasse de informações apenas, caracterizando um processo dialógico.

O seguimento das atividades de educação continuada em saúde bucal dar-se-á quando do ingresso de novas turmas de ACS, além do acompanhamento periódico dos que já foram capacitados em saúde bucal.

Os tópicos a serem abordados deverão contemplar as cinco patologias bucais mais prevalentes em termos de promoção integral da saúde, sempre tentando relacionar suas causas, conseqüências, prevenção e alternativas reabilitadoras com o estado geral de saúde da pessoa, a relação com o meio ambiente e os fatores socioeconômicos que os determinam.

A aproximação da saúde bucal coletiva com os princípios preconizados pelo movimento sanitário permitirá aos cidadãos brasileiros redefinir o processo saúde-doença em favor da primeira variável ao discutir e participar de ações educativas, preventivas e curativas em saúde bucal, rumo a uma compreensão integral da saúde e seus determinantes.

Enfatizamos a importância dos agentes comunitários de saúde para a construção de um novo modelo de atenção à saúde bucal, pois quem se capacitar, é possível capacitá-los e é importante qualificá-los, tendo em vista a melhoria da condição de saúde bucal da população brasileira numa perspectiva de integralidade.

Como processo educativo, nossa proposta pode e deve ser readequada a cada realidade e momento de implementação, representando um desafio em termos de planejamento, execução e avaliação para os que a desenvolverem.

Afinal, como disse Antonio Machado, poeta espanhol, “caminante, no hay camino, se hace el camino al andar...”

7. SUMMARY

This research aims to describe what community health workers of Porto Alegre know about oral health and how they deal with this knowledge in practice.

Starting from a brief recent historical overview of Brazilian public health system, two primary health care strategies are summarized – community health care and family health care.

Next, collective health workers are focused, specifically in terms of interdisciplinary approach and related to their education and continuous qualification.

Community health workers are then introduced through a brief historical summary of the profession, the development of their functions within health staffs and beside communities, their technical qualification and the role they play in relation to oral health actions.

The discussion is based on interviews with community health agents in an attempt to define their origins, expectations, work conditions and satisfaction level related to them. Eventually, aspects related to oral health are displayed and related to the previous ones.

At the end of the research a qualification proposal was proposed for this professional category.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKERMAN, M.; NASCIMENTO, V. B. Praticando responsabilidade social: a inserção de estudantes de medicina no acompanhamento do trabalho de campo dos agentes comunitários de saúde. **Divulg Saúde Debate**, Londrina, n. 21, p. 59-62, 2000.

ALMEIDA, C. Novos modelos de atenção à saúde. In: COSTA, N. do R.; RIBEIRO, J.M. (Org.) **Política de saúde e inovação institucional**. Rio de Janeiro: ENSP, 1996. Cap. 4, p. 69-98.

ALMEIDA, J. L. T. de. Desafios éticos na formação de profissionais auxiliares em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) **Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

ALMEIDA, M. J. Ordenação pelo SUS da formação de recursos humanos em saúde: contribuição da Rede UNIIDA para a regulamentação do inciso III, artigo 200 da Constituição Federal. **Divulg Saúde Debate**, Londrina, n. 12, p. 34-35, 1996.

ALVAREZ, R. B.; QUIROGA, W. R. Tendencias de los indicadores del efecto de atención primaria en Colombia. **Bol Of Sanit Panam**, Washington, v. 102, n. 2, p. 159-167, 1987.

- AUGUSTI, J. E. **Manual do agente de saúde**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.
- AUGUSTO, M. H. O. e COSTA, O. V. A saúde como direito social: algumas questões. In: **Natureza, história e cultura**. Porto Alegre: UFRGS, 1993.
- BALDISSEROTTO, J. Community participation in a decision making process in a local health council in Porto Alegre, Brazil. In: MAUTSCH, W. ; SHEIHAM, A. (Ed.) **Promoting oral health in deprived communities**. Berlin: ZME, 1995.
- BARRENECHEA, C. et al. **Acción y participación comunitária en salud**. Montevideo: Nordan Comunidad, 1993.
- BARROS, S. M. P. F.; SILVA, N. F.; CHRISTÓFARO, M. A. C. Recursos humanos de saúde: um desafio estratégico para a qualidade da assistência de saúde e para a organização do SUS. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 44, n. 1, p. 7-9, 1991.
- BELACIANO, M. I. O SUS deve aceitar este desafio: elaborar proposições para a formação e capacitação de recursos humanos em saúde. **Divulg Saúde Debate**, Londrina, n. 12, p. 29-33, 1996.
- BERCHT, S. M. B. **Auto-remoção mecânica de placa bacteriana: estudo de procedimentos alternativos**. Porto Alegre: UFRGS / Centro de Pesquisas em Odontologia social, 1982. Dissertação de Mestrado em Odontologia.
- _____. **O câncer de boca sob o modelo odontológico hegemônico**. Niterói: Universidade Federal Fluminense / Pós-graduação em odontologia social, 1994. Tese de doutoramento.
- _____ et al. A inserção da odontologia nos planos municipais de saúde: o projeto Fazenda Vila Nova sorri. **Ação col**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 3-10, 1998.
- BERGER, H. O dilema da entrevista de pesquisa. In: **Rev Inst Filos C Hum**, Porto Alegre, ano 6, p. 211-258, 1978.
- BERLINGUER, G. Prioridades en salud y prioridad de la salud. **Saúde Debate**, Brasília, n. 42, p. 70-75, 1994.
- BITU, C. Programa de agentes de saúde em Icapuí. In: ANDRADE, O. M. (Org.) **Sistemas locais de saúde em municípios de pequeno porte: a resposta de Icapuí**. Fortaleza: Expressão, 1992. Cap. 10, p. 147-159.
- BODSTEIN, R. C. A.; FONSECA, C. M. O. Desafio da Reforma Sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde. In: COSTA, N. do R.; MINAYO, M. C. de S.; RAMOS, C. L.; STOTZ, E. N. (Org.) **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Petrópolis: Vozes, 1989. Vol. 1, Cap. 3, p. 67-90.
- BOHADANA, E. Experiências de participação popular nas ações de saúde. In: **Saúde e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1982.

BORGES, S. M. N.; ATIÊ, E. Vida de mulher: estratégias de sobrevivência no cotidiano. In: COSTA, N. do R.; MINAYO, M. C. de S.; RAMOS, C. L.; STOTZ, E. N. (Org.) **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Petrópolis: Vozes, 1989. Vol. 2, Cap. 6, p. 165-184.

BOSI, M. L. M. **Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

BOTAZZO, C. **Unidade básica de saúde: a porta do sistema revisitada**. Bauru: EDUSC, 1999.

BRANDÃO, C. T.; BRANDÃO, R. F. **Alimentação alternativa**. 2. ed. Brasília: 1996.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Diário Oficial da União**. p. 1, 5 de outubro de 1999.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. A reorganização da saúde bucal na atenção básica. **Divulg Saúde Debate**, Londrina, n. 21, p. 68-73, 2000.

_____. ; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Programa de agentes comunitários de saúde: normas e diretrizes. Brasília, 1994a.

_____.; _____. **Programa de saúde da família: saúde dentro de casa**. Brasília, 1994b.

_____. **Programa de saúde da família: saúde dentro de casa**. Brasília, 1994c.

_____. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

BUSNELLO, E. A. A. **A integração da saúde mental num sistema de saúde comunitária**. Porto Alegre: UFRGS, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, 1976. Tese de Livre-docência em Psiquiatria.

BUSS, P. M. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: _____.; LABRA, M. E. (Org.) **Sistemas de saúde: continuidades e mudanças**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

_____. Saúde e qualidade de vida. In: COSTA, N. do R.; RIBEIRO, J.M. (Org.) **Política de saúde e inovação institucional**. Rio de Janeiro: ENSP, 1996. Cap. 10, p. 173-188.

CÁCERES, L. S. Piraju aposta na alegria e na solidariedade. **Rev Bras Saúde Fam**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 14-19, 2000.

CAMPOS, F. E. et al. A questão dos recursos humanos e a reforma sanitária. **Educ Med Salud**, Washington, v. 21, n. 4, p. 374-385, 1987.

CAMPOS, G. W. de S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: _____; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: HUCITEC, 1989a. Cap. 4, p. 53-60.

_____. Recursos humanos na saúde: fator de produção e sujeitos sociais no processo de reforma sanitária no Brasil. In: _____; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: HUCITEC, 1989b. Cap. 3, p. 45-51.

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

_____. Sobre um novo modo para pensar e fazer saúde pública. In: Vasconcelos, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999. Comentários, p. 326-328.

CANESQUI, A. M. Os novos rumos das ciências sociais e saúde. In: CANESQUI, A. M. (Org.) **Ciências sociais e saúde**. São Paulo, HUCITEC / ABRASCO, 1997. Introdução, p. 11-28.

CANTILLANO, E. M. C. Análise crítica da conceituação predominante sobre a atenção médica primária. In: NUNES, E. D. **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983. Cap. 6, p. 181-205.

CARDOSO, R. C. L. Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: CARDOSO, R. (Org.) **A aventura antropológica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

CARLOS, I. C. C.; GURGEL, M. L. F. A assistência farmacêutica no estado do Ceará e no município de Fortaleza. In: MENDES, E. V. (Org.) **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998. Cap. 7, p. 173-196.

CARRARA, D. Conhecimento: atuação popular. In: **Saúde e educação popular**. Petrópolis: Vozes, 1987. (Cadernos de educação popular, v. 7)

CARVALHO, C. L. Trabalho e profissionalização das categorias auxiliares em odontologia. **Ação col**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 25-33, 1999.

CARVALHO, J. M. P. L. Entre a zona canavieira e o sertão de Pernambuco: um projeto de educação e saúde. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.) **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1986. Cap. 6, p. 99-113.

CARVALHO, M. R. Modelos assistenciais de unidades básicas e o conceito de integralidade. In: BODSTEIN, R. (Org.) **Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. Cap. 5, p. 117-130.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. C. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

COLOGNESE, S. A.; MÉLO, J. L. B. A técnica de entrevista na pesquisa social. **Cad Sociol**, Porto Alegre, n. 9, p. 143-159, 1998.

COMISSÃO NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE. A rede nacional de parteiras tradicionais. **B Comis Educ Pop Saúde**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 1, 1998.

CORBO, A. A. et al. **Mapeamento das experiências de PACS/PSF em curso no estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2000. Mimeografado.

_____. **Os agentes comunitários de saúde diante da lei**. Rio de Janeiro, 2000. Mimeografado.

CORDEIRO, H. de A. Políticas de saúde no Brasil: 1970-1980. In: **Saúde e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1982.

_____. O conceito de necessidades de saúde e as políticas sanitárias. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. (Org.) **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. Cap. 2, p. 41-47.

_____. Os desafios do ensino das profissões da saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família. **Divulg Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 36-43, 2000.

CORDÓN, J. A. Dificuldades, contradições e avanços na inserção da odontologia no SUS. **Divulg Saúde Debate**, Londrina, n. 13, p. 36-53, 1996.

_____. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 557-563, 1997.

CORTES, S. M. V. Técnicas de coleta e análise qualitativa de dados. **Cad Sociol**, Porto Alegre, n. 9, p. 11-47, 1998.

COSTA, A. R. C. Atuação do enfermeiro no Programa Saúde da Família em Sobradinho II. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 53, n. esp., p. 127-130, 2000.

COSTA, I. C. C. et al. Investindo na promoção de saúde: PSF e PACS, uma análise de suas performances em oito municípios brasileiros. **Rev ABOPREV**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 30-37, 1998.

CHRISTENSEN, P. B.; KARLQVIST, S. Impacto de los promotores de salud en una zona de barrios pobres de Pucallpa, Perú. **Bol Of Sanit Panam**, Washington, v. 109, n. 2, p. 134-144, 1990.

CURIEL, B. A. Primary health or disease care? A challenge for the beginning of the next century. In: MAUTSCH, W.; SHEIHAM, A. (Ed.) **Promoting oral health in deprived communities**. Berlin: ZME, 1995.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-709, 1999.

DALHAUS G., A. A. Capacitación de encargadas de comunidad or emdio de un "paquete" de autoenseñanza. **Educ Med Salud**, v. 15, n. 2, p. 124-133, 1981.

DANTAS, P. A participação dos agentes de saúde. In: **Saúde e educação popular**. Petrópolis: Vozes, 1987. (Cadernos de educação popular, v. 7)

DELGADO, H. L.; VALVERDE, V.; HURTADO, E. Tres proyectos simplificados de atención primaria de salud y su efecto sobre la nutrición y la salud infantiles. **Bol Of Sanit Panam**, Washington, v. 103, n. 4, p. 340-350, 1987.

DEMO, P. **Avaliação qualitativa**. São Paulo: Cortez, 1987.

DETONI, M. C. A construção da interdisciplinaridade. **Logos**, Canoas, n. 3, p. 43-46, 1996.

DIAS, N. M. O. **Mulheres, “sanitaristas de pés descalços”**. São Paulo: HUCITEC, 1991.

DICKSON, M. Community-based research in dentistry. In: MAUTSCH, W.; SHEIHAM, A. (Ed.) **Promoting oral health in deprived communities**. Berlin: ZME, 1995.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Livr. Duas Cidades, 1979.

DOYAL, L. A ética médica e a boa assistência médica: a ideologia do individualismo. **Saúde Debate**, Brasília, n. 42, p. 76-79, 1994.

ECHEVERRI, O.; SALAZAR, L. M. La salud y el desarrollo en un sistema rural de servicios de salud. **Educ Med y Salud**, v. 14, n. 1, p. 23-40, 1980.

ELDER, N. C.; MILLER, W. L. Reading and evaluating qualitative research studies. **J Fam Practice**, v. 41, n. 3, p. 279-285, 1995.

ELIAS, P. E. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999. Cap. 2, p. 59-119.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

FAJARDO, A. P.; COSTA, C. A. P. C.; MACHADO, M. H. Duas mil garrafas por dois reais. **Mom Perspec Saúde**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 43-45, 1998.

FAJARDO, A. P. et al. As práticas educativas dos profissionais de saúde do Serviço de Saúde Comunitária. **Mom Perspec Saúde**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 58-62, 1998.

FALK, J. W. Aspectos conceituais, históricos e curriculares da Medicina Geral Comunitária. In: LEITE, Denise (Org.) **Pedagogia universitária: conhecimento, ética e política no ensino superior**. Porto Alegre, Ed. da Universidade, 1999.

FAVARET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. de. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Rev C Soc**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 257-283, 1990.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. Campinas: Papirus, 1994.

_____. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia?** 4. ed. São Paulo: Loyola, 1996.

_____. **Interdisciplinaridade: um projeto em parceria**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 1995.

FERNANDES, J. C. L. Agentes de saúde em comunidades urbanas. **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 134-139, 1992.

_____; MONTEIRO, J. G. C. Postos comunitários: uma alternativa para o sistema de saúde. **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 127-135, 1997.

FERRAZ, L. **Agente comunitário de saúde e seu papel no programa Saúde da Família em Porto Alegre**. Canoas: ULBRA / Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 2000. Projeto de dissertação de Mestrado em Epidemiologia Social.

FERREIRA, S. R. S.; MALERBA, H.; PIRES, N. História e avanços do trabalho de enfermagem na DSC do GHC. **Mom Perspec Saúde**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 106-113, 1996.

FEUERWERKER, L. C. M. O papel das equipes de saúde na advocacia em saúde. **Saúde Debate**, Londrina, n. 45, p. 47-52, 1994.

_____.; MARSIGLIA, R. Estratégias para mudanças na formação de RHs com base nas experiências IDA / UNI. **Divulg Saúde Debate**, Londrina, n. 12, p. 24-28, 1996.

_____.; SOUSA, M. F. Em busca de um novo paradigma: a arte de trabalhar em rede. **Divulg Saúde Debate**, Londrina, n. 21, p. 49-53, 2000.

FLEURY, S. Democracia e saúde: algumas considerações políticas. In: _____. (Org.) **Saúde: coletiva?** Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1991. Apresentação, p. 9-12.

FORTES, P. A. C.; MARTINS, C. L. A ética, a humanização e a saúde da família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 53, n. esp., p. 31-33, 2000.

FRANCO, S. E. G.; ROCHA, K. B. Chapadão do Céu – uma equipe faz a diferença. **Rev Bras Saúde Fam**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 20-25, 2000.

FRAZÃO, P. Desenvolvimento de pessoal universitário odontológico na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Brasília, n. 42, p. 30-35, 1994.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Gestão em saúde**: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. Unidade 2.

GAGNON, A. J. Capacitación e integración de promotores rurales de salud. **Bol Of Sanit Panam**, Washington, v. 110, n. 4, p. 298-310, 1991.

GALLO, E. Crise teórica e crise política: impactos na saúde coletiva. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde: coletiva?** Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1991. Cap. 3, p. 67-74.

GARRAFA, V. Saúde bucal e cidadania. **Saúde Debate**, Brasília, n. 4, p. 50-57, 1993.

_____. Ética e subjetividade no trabalho em saúde. **Divulg Saúde Debate**, Londrina, n. 12, p. 36-38, 1996.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

GIACOMAZZI, M. C.; NADER, E. K.; SOUZA, D. S. Apresentação. **Mom Perspec Saúde**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 7-9, 1996.

GILCHRIST, V. J.; ENGEL, J. D. Qualitative research and clinical care. **J Fam Practice**, v. 41, n. 3, p. 229-130, 1995.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 1999.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1987.

HAINES, A. Health care in Brazil. **Br Med J**, London v. 306, n. 6876, p. 503-506, 1993.

HARPHAM, T. Urban community health workers. In: HARPHAM, T. (Ed.) **In the shadow of the city: community health and the urban poor**. Oxford: Oxford University Press, 1988. Cap. 13, p. 175-193.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HILL, B.; LENZI, M. Notes on the training of workers in the health sector. **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 317-319, 1997.

HORTALE, V. A. Subsídios ao aperfeiçoamento do sistema de saúde brasileiro. In: COSTA, N. do R.; RIBEIRO, J.M. (Org.) **Política de saúde e inovação institucional**. Rio de Janeiro: ENSP, 1996. Cap. 5, p. 99-112.

HTOON, H. M. Oral health care for displaced persons on the Thai-Cambodian border. In: MAUTSCH, W.; SHEIHAM, A. (Ed.) **Promoting oral health in deprived communities**. Berlin: ZME, 1995.

JACOBI, P. R. Movimentos sociais e Estado: efeitos político-institucionais da ação coletiva. In: COSTA, N. do R.; MINAYO, M. C. de S.; RAMOS, C. L.; STOTZ, E. N. (Org.) **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Petrópolis: Vozes, 1989. Vol. 2, Cap. 1, p. 13-35.

JOEKES, S. P. **La mujer y la economía mundial**. México: Siglo Veintiuno, 1987.

JUCA, M. E. W.; LINS, J. M. A.; QUEIROZ, E. M. E. Caracterizando e analisando o fazer do agente de saúde. **R Assoc Saúde Públ Piauí**, Piauí, v. 1, n.2, p. 182-188, 1998.

KADT, E. de; TASCA, R. **Promovendo a equidade**: um novo enfoque com base no setor saúde. São Paulo: HUCITEC, 1993.

KERGOAT, D. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. **Gênero & saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. Cap. 2, p. 19-27.

KNAUTH, D. R. **Os caminhos da cura: sistema de representações e práticas sociais sobre doença e cura em uma vila de classes populares**. Porto Alegre: UFRGS / Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, 1991. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social.

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481-490, 1994.

_____. Agentes de trabalho ou sujeitos? Repensando a capacitação de recursos humanos em saúde coletiva. In: CANESQUI, A. M. (Org.) **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 1995. Cap. 11, p. 151-161.

LANDMANN, J. **Medicina não é saúde**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.

LAURELL, A. C. Introducción. In: TIMIO, M. **Clases sociales y enfermedad: introducción a una epidemiología diferencial**. México: Nueva Imagen, 1986, p. 11-22.

LEFÈVRE, F. Debate sobre o artigo de Minayo e Sanches. **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 249, 1993.

LOBO, E. F. A pesquisa e a metodologia da educação para a saúde. **Cad CEDES** São Paulo: Cortez, 1984. (Número 4)

_____. Desafios na relação profissional / população. In: **Saúde e educação popular**. Petrópolis: Vozes, 1987. (Cadernos de educação popular, v. 7)

LOCKER, D. Measuring social inequality in dental health services research: individual, household and area-based measures. **Comm Dent Health**, n. 10, p. 143, 1993.

LOPES, M. J. M. Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde. In: **Gênero & saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. Cap. 5, p. 55-62.

_____. Mulheres, saúde e trabalho. In: **Mulher: estudos de gênero**. São Leopoldo: UNISINOS, 1997.

LOUREIRO, C. A. A inversão da atenção em saúde bucal. In: MENDES, E. V. (Org.) **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998. Cap. 9, p. 213-266.

LUVISON, I. R. ; BALDISSEROTTO, J. Trabalho comunitário em vila popular: vila Tio Zeca. **Saúde Debate**, Brasília, n. 18, p. 21-24, 1986.

LUZ, M. T. A saúde e as instituições médicas no Brasil. In: GUIMARÃES, R. (Org.) **Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

_____. A produção científica em ciências sociais e saúde: notas preliminares. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 55, p. 54-68, 2000.

MACHADO, M. H. As profissões e o SUS: arenas conflitivas. **Divulg Saúde Debate**, Londrina, n. 14, p. 44-47, 1996.

_____. Trabalhadores da saúde: um bem público. **Saúde Debate**, Londrina, n. 48, p. 54-57, 1995.

MARTINI, J. G. Implantação do programa de saúde da família em Porto Alegre. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 53, n. esp., p. 71-76, 2000.

MARTINS, C. L. et al. Agentes comunitários nos serviços de saúde pública: elementos para uma discussão. **Saúde Debate**, Londrina, n. 51, p. 38-43, 1996.

MATHUR, V. B. Oral health care (OHSEC) project: an innovation in school health promotion programmes. In: MAUTSCH, W.; SHEIHAM, A. (Ed) **Promoting oral health in deprived communities**. Berlin: ZME, 1995.

MATTOS, R. de A. **De recursos a seres humanos**. Brasília: Livre Editora, 1992.

MATZEMBACHER, B. C. M. et al. **Programa estadual de agentes comunitários de saúde – PEACS**. Porto Alegre: 1994. Mimeografado.

MAUTSCH, W.; GAMARRA, M. P.; MORA, E. S. Integrating oral health: a project in Peru. In: MAUTSCH, W.; SHEIHAM, A. (Ed) **Promoting oral health in deprived communities**. Berlin: ZME, 1995.

MÉDICI, A. C. et al. **O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1992.

MELO, J. A. C. A participação dos agentes de saúde. In: **Saúde e educação popular**. Petrópolis: Vozes, 1987. (Cadernos de educação popular, v. 7)

_____. Educação e saúde: dimensões da vida e da existência humana. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. (Org.) **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1997. Cap. 4, p. 65-69.

MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica: notas preliminares**. Belo Horizonte: 1980. Mimeografado.

_____. O sistema único de saúde: um processo social em construção. In: **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996. Cap. 2, p. 57-98.

_____. A reengenharia do sistema de serviços de saúde no nível local: a gestão da atenção à saúde. In: _____. (Org.) **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998. Cap. 2, p. 57-86.

_____. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. (Org.) **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999. Cap. 1, p. 19-91.

_____ et al. Distritos sanitários: conceitos-chave. In: _____. (Org.) **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999. Cap. 3, p. 159-185.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996a.

_____ (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1996b.

_____. Saúde e doença como expressão cultural. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. (Org.) **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1997. Cap. 1, p. 31-39.

_____. Debate. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. (Org.) **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1997. Cap. 3, p. 49-61.

_____.; SOUZA, H. O. Na dor do corpo, o grito da vida. In: COSTA, N. do R.; MINAYO, M. C. de S.; RAMOS, C. L.; STOTZ, E. N. (Org.) **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Petrópolis: Vozes, 1989. Vol. 2, Cap. 3, p. 75-101.

_____.; SANCHES. O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MISHIMA, S. M. et al. Agentes comunitários de saúde: bom para o Ceará... bom para o Brasil? **Saúde Debate**, Londrina, n. 37, p. 70-75, 1992.

MULLER, F. Contrasts in community participation: case studies from Peru. In: MORLEY, O. et al. **Practising health for all**. Oxford: Oxford Medical Publ., 1983. Cap. 13, p. 190-207.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

_____.; ALMEIDA, E. S. O sistema de saúde e as políticas de saúde na produção científica odontológica brasileira no período 1986-1993. **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 513-521, 1998.

NATIONS, M. K. et al. Los curanderos brasileños: promotores eficientes de la terapia de rehidratación oral y otras estrategias para la supervivencia infantil. **Bol Of Sanit Panam**, Washington, v. 107, n. 1, p. 1-21, 1989.

NEDER, G. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.) **Família brasileira, a base de tudo**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNICEF, 1994. Cap. 2, p. 26-46.

NEGRINE, A. Instrumentos de coleta de informações na pesquisa qualitativa. In: NETO, V. M.; SILVA TRIVIÑOS, A. N. (Org.) **A pesquisa qualitativa na educação física: alternativas metodológicas**. Porto Alegre: Ed. da Universidade, 1999.

NESPOLO, N. I. F. Sonhar juntos para o projeto ser realidade. In: Secretaria Municipal de Cultura. **Histórias de trabalho**. Porto Alegre: Unidade Editorial. 1999. p. 103-116.

NEVES, M. A. A.; ARAÚJO, C. L. O terceiro setor é o caminho para contratação dos agentes comunitários de saúde? **Divulg Saúde Debate**, Londrina, n. 21, p. 66-67, 2000.

NITSCHKE, R. G.; ELSSEN, I. Saúde da família na pós-graduação: um compromisso ético interdisciplinar na pós-modernidade. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 53, n. esp., p. 35-48, 2000.

NOGUEIRA, R. P. **A força de trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: 1983. Mimeografado.

_____. Pessoal de saúde: a discussão teórica e a produção científica sobre o tema. In: NUNES, E. D. (Org.) **As ciências sociais em saúde na América Latina**. Brasília: OPAS, 1985. Cap. 17, p. 391-408.

_____. Crise sócio-econômica e demanda por profissionais de saúde no Brasil, 1976-1984. **Bol Of Sanit Panam**, Washington, v. 104, n. 6, p. 572-582, 1988.

_____. As dimensões do trabalho em saúde. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. (Org.) **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. Cap. 5, p. 71-76.

NUNES, M. O. et al. **O agente comunitário de saúde: conquistas e conflitos desse personagem híbrido e polifônico**. Salvador: 2000. Mimeografado.

NUTO, S. A. S. **Avaliação cultural do serviço de saúde bucal de Beberibe – CE: a vez e a voz do usuário**. Fortaleza: UEC, Departamento de Saúde Comunitária, 1999. Mestrado em Saúde Pública/Epidemiologia.

OLIVEIRA, D. C. Capacitação de recursos humanos: algumas experiências. **Rev Bras Cresc Des Hum**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 170-183, 1993.

OLIVEIRA, F. J. A. **Serviços de saúde e seus usuários: comunicação entre culturas em uma unidade de saúde comunitária**. Porto Alegre: UFRGS, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, 1998. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social.

OLIVEIRA, F. J. A.; BERGER, C. B. Visitas domiciliares em atenção primária à saúde: equidade e qualificação dos serviços. **Mom Perspec Saúde**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 69-74, 1996.

OLIVEIRA, J. A. Reformas e reformismos: para uma teoria política da Reforma Sanitária (ou, reflexões sobre a Reforma Sanitária de uma perspectiva popular). In: COSTA, N. do R.; MINAYO, M. C. de S.; RAMOS, C. L.; STOTZ, E. N. (Org.) **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Petrópolis: Vozes, 1989. Vol. 1, Cap. 1, p. 13-44.

OLIVEIRA JUNIOR, M. de. Política de administração de RH na área de saúde: falência total ou novas perspectivas? **Divulg Saúde Debate**, Londrina, n. 14, p. 37, 1996.

OLIVEIRA, M. L. F. et al. Os pólos de formação, capacitação e educação permanente em saúde da família: a experiência da Universidade de Maringá. **Cad C Saúde**, Maringá, n. esp., p. 10-13, 1999.

OLIVEN, R. G. **Urbanização e mudança social no Brasil**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1982.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados primários de saúde**. Brasília: UNICEF, 1979. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mejoramiento de la labor de los agentes de salud comunitários en la atención primaria de salud**. Genebra: 1987. Mimeografado.

PELLEGRINI FILHO, A.; RAMOS, C. L.; RIBEIRO, J. A. T. A medicina comunitária, a questão urbana e a marginalidade social. In: GUIMARÃES, R. (Org.) **Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais**. São Paulo: EDUSP / FAPESP, 1999.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PIANCASTELLI, C. H. et al. Saúde da família e desenvolvimento de recursos humanos. **Divulg Saúde Debate**, Londrina, n. 21, p. 44-48, 2000.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

PORTO ALEGRE. **Convênio SMS/FAURGS**. [s. n.], 2000a. Mimeografado.

_____. **Plano de trabalho: Saúde da Família**. [s. n.], 2000b. Mimeografado.

QUADRA, A. A. F.; AMÂNCIO, A. O planejamento e a formação de recursos humanos para a saúde. In: GUIMARÃES, R. (Org.) **Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

RAMOS, C. L. Participação popular nos programas de saúde. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.) **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro: FASE, 1986. Cap. 5, p. 93-98.

_____; MELO, J. A. C.; SOARES, J. C. R. S. Quem educa quem? Repensando a relação médico-paciente. In: COSTA, N. do R.; MINAYO, M. C. de S.; RAMOS, C. L.; STOTZ, E. N. (Org.) **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Petrópolis: Vozes, 1989. Vol. 2, Cap. 5, p. 146-164.

RAMOS, I. N.; MAY, M.; RAMOS, K. S. Environmental health training of *promotoras* in *colonias* along the Texas-Mexico border. **Am J Public Health**, vol. 91, n. 4, p. 568-570, 2001.

RAUPP, B. et al. **A vigilância, o planejamento e a educação em saúde no SSC: uma aproximação possível?** Porto Alegre: 2001. Mimeografado.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulg Saúde Debate**, Londrina, n. 12, p. 39-44, 1996.

RIBEIRO, J. M. Estruturas tecno-burocráticas e instâncias colegiadas no SUS. In: COSTA, N. do R.; RIBEIRO, J.M. (Org.) **Política de saúde e inovação institucional**. Rio de Janeiro: ENSP, 1996. Cap. 3, p. 51-67.

ROCHA, C. S. **Estudo do abandono do tratamento odontológico em um serviço público de Porto Alegre: o Centro de Saúde Murialdo**. Porto Alegre: UFRGS, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, 1999. Dissertação de Mestrado em Odontologia.

ROCHA, J. M. **Como se faz medicina popular**. Petrópolis: Vozes, 1985.

ROESE, M. A metodologia do estudo de caso. **Cad Sociol**, Porto Alegre, n. 9, p. 189-200, 1998.

ROSA, M. S. Um bairro e várias percepções: diferentes lugares de reprodução social da vida. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Org.) **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994. Cap.1, p. 15-18.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

RUSSO, J. A. Tornar-se terapeuta corporal: a trajetória social como processo de “autoconstrução”. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 113-125, 1991.

SALGADO, M. U. C. O novo paradigma da organização do trabalho e a formação profissional na área da saúde. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. (Org.) **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. Cap. 7, p. 83-91.

SAMPAIO, L. F. R. Saúde da Família em Ibiá: uma estratégia para implantação do SUS. **Rev APS**, Juiz de Fora, v. 2, n. 2, p. 36-39, 1999.

SANDERS, D. Postscript: the role of the concerned health worker. In: _____. **The struggle for health: medicine and the policies of underdevelopment**. London: 1985. Cap. 7, p. 218-21.

SANTANA, J. P. Recursos humanos em saúde no Brasil. Brasília: 1989. Mimeografado.

_____. Recursos humanos: desafios para os gestores do SUS. **Divulg Saúde Debate**, Londrina, n. 14, p. 33-36, 1996.

_____.; GIRARDI, S. N. Recursos humanos em saúde: reptos atuais. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE, 9., Brasília. **Cadernos da Nona**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. Cap. 2.4, p. 104.

SANTOS, R. V. Debate sobre o artigo de Minayo e Sanches. **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 258, 1993.

SCHRAIBER, L. B. Ciência, trabalho e trabalhador em saúde: contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves para a compreensão da articulação entre saber, prática e recursos humanos. **Divulg Saúde Debate**, Londrina, n. 14, p. 7-9, 1996.

_____. Ética e subjetividade no trabalho em saúde. **Divulg Saúde Debate**, Londrina, n. 12, p. 45-50, 1996.

SENRA, N. C. **O cotidiano da pesquisa**. São Paulo: Ática, 1989.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **C Saúde Col**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SEVCENKO, N. **A revolta da vacina**: mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Scipione, 1993.

SHEIHAM, A. Integração dos cuidados dentários nos cuidados de saúde gerais. **A saúde do mundo**, 1988.

SHINKAI, R. S. A.; CURY, A. A. del B. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1099-1109, 2000.

SILVA, G. R. da; VIANNA, S. M.; NOGUEIRA, R. P. (Rel.) Relatório final da Oitava Conferência Nacional de Saúde. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.) **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro: Espaço e tempo, 1986. Anexo, p. 117-128.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC, 1998.

SILVA TRIVIÑOS, A. N. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

SIQUEIRA, A. A. F.; CORREA, M. E. G. Propostas para capacitação de agentes institucionais e comunitários para o atendimento da criança de 0 a 6 anos no Brasil. **Rev Bras Cresc Des Hum**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 199-210, 1993.

SO, K. P.; DURWARD, C. S.; MALLOW, P. K. Primary oral health in Cambodia. In: MAUTSCH, W.; SHEIHAM, A. (Ed.) **Promoting oral health in deprived communities**. Berlin: ZME, 1995.

SOLLA, J. J. S. P.; MEDINA, M. G.; DANTAS, M. B. P. Avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Saúde Debate**, Londrina, n. 51, p. 4-15, 1996.

SOMARRIBA, M. Os deslocamentos atuais do campo das ciências sociais em saúde: notas de uma orientadora. In: Vasconcelos, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999. Comentários, p. 329-332.

SOUSA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 53, n. esp., p. 25-30, 2000.

SOUZA, A. M. de A. Profissionalização de trabalhadores de saúde de nível médio: problemas e desafios. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. (Org.) **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. Cap. 8, p. 93-97.

SOUZA, C. F.; VARGAS, M. A saúde da família: saúde, doença, família e criança saudável. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 53, n. esp., p. 123-126, 2000.

SOUZA, H. M. Programa saúde da família: entrevista. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 53, n. esp., p. 7-16, 2000.

STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University Press, 1992.

TAKASHIMA, G. M. K. O desafio da política de atendimento à família: dar vida às leis – uma questão de postura. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.) **Família brasileira, a base de tudo**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNICEF, 1994. Cap. 5, p. 77-92.

TAVARES, M. R. G.; TAKEDA, S. M. P. Vale a pena buscar “faltosos”? Avaliação da efetividade das visitas domiciliares para contatar faltosos das ações programadas de saúde. **Mom Perspec Saúde**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 75-80, 1996.

TEIXEIRA, C. F. Formação de recursos humanos para o SUS: desafios na perspectiva da mudança do modelo de gestão e atenção à saúde. **Saúde Debate**, Londrina, n. 41, p. 20-23, 1993.

_____.; PAIM, J. S. Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. **Divulg Saúde Debate**, Londrina, n. 12, p. 19-23, 1996.

TEIXEIRA, M. et al. Notas sobre a profissionalização da odontologia. In: MACHADO, M. H. (Org.) **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

TEIXEIRA, M. et al. Trabalho e gestão em saúde. In: COSTA, N. do R.; RIBEIRO, J.M. (Org.) **Política de saúde e inovação institucional**. Rio de Janeiro: ENSP, 1996. Cap. 8, p. 145-155.

TORREZ, M. N. F. B. et al. A educação profissional de nível técnico e a estratégia Saúde da Família: renova-se o desafio. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 53, n. esp., p. 61- 69, 2000.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-435, 1998.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 325-330, 1997.

VAITSMAN, J. Saúde, cultura e necessidades. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde: coletiva?** Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1991. Cap. 8. p. 157-173.

VALLA, V. V. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. **Educ Real**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 177-190, 1996.

_____. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: COSTA, M. V. et al. **Educação popular hoje**. São Paulo: Loyola, 1998. Cap. 6, p. 151-179.

_____. Ainda a educação popular para enfrentar o fosso cultural na nova ordem mundial. In: Vasconcelos, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999. Comentários, p. 317-320.

VALLA, V. V.; SIQUEIRA, S. A. V. O centro municipal de saúde e a participação popular. In: COSTA, N. do R.; MINAYO, M. C. de S.; RAMOS, C. L.; STOTZ, E. N. (Org.) **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Petrópolis: Vozes, 1989. Vol. 1, Cap. 4, p. 91-115.

VASCONCELOS, E. M. **A medicina e o pobre**. São Paulo: Paulinas, 1987.

_____. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

_____. Educação popular em tempos de democracia e pós-modernidade: uma visão a partir do setor saúde. In: COSTA, M. V. et al. **Educação popular hoje**. São Paulo, Loyola, 1998. Cap, 3, p. 63-92.

_____. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

_____. A prescrição médica diante da liberdade e da diversidade cultural dos pacientes. **Rev APS**, Juiz de Fora, v. 2, n. 3, p. 13-18, 1999a.

_____. A priorização da família nas políticas de saúde. **Rev APS**, Juiz de Fora, v. 2, n. 4, p. 20-28, 1999b.

VASCONCELLOS, M. da P. C. Reflexões sobre a saúde da família. In: MENDES, E. V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998. Cap. 6, p. 155-172.

VELLOZO, V. R. O.; SOUZA, R. G. Acesso e hierarquização: um caminho (re)construído. In: BODSTEIN, R. (Org.) **Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. Cap. 4, p. 97-115.

VICENTE, C. M. O direito à convivência familiar e comunitária: uma política de manutenção do vínculo. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.) **Família brasileira, a base de tudo**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNICEF, 1994. Cap. 3, p. 47-59.

VÍCTORA, C. G. **Images of the body: lay and biomedical views of the reproductive system in Britain and Brazil**. Londres: Brunel University / Department of Human Sciences, 1996. Tese de Doutorado em Filosofia.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R. Agentes comunitários de saúde: um estudo de caso em uma vila de classes populares de Porto Alegre. **Cad Antropol**, Porto Alegre, n. 5, p. 41-54, 1992.

_____; _____; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Ed., 2000.

WATT, R.; FULLER, S. S. Oral health promotion: opportunity knocks! **Br Dent J**, v. 186, n. 1, jan. 1999.

_____.; SHEIHAM, A. Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. **Br Dent J**, v. 187, n. 1, p. 2-8, jul. 1999.

WRIGHT, M. G. M. O agente de saúde na atenção primária de saúde: da teoria à realidade. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 40, n. 4, p. 183-9, 1987.

ZAIDAN FILHO, M. Novos padrões de sociabilidade e reforma sanitária no Brasil. **Rev Bras Odontol Saúde Col**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 29-33, 2000.

ZALUAR, A. Teoria e prática do trabalho de campo: alguns problemas. In: CARDOSO, R. (Org.) **A aventura antropológica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

ZANETTI, C. H. G. et al. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Divulg Saúde Debate**, Londrina, n. 13, p. 18-35, 1996.

9. Anexos

9. 1. Distribuição das unidades básicas do Programa de Saúde da Família em Porto Alegre no ano de 2000

**9.2. Distribuição das unidades básicas do Serviço de Saúde Comunitária do
GHC em Porto Alegre**

9.3. Quadro comparativo dos projetos de lei apresentados ao Congresso Nacional para regulamentação do exercício profissional dos ACS

9.4. Decreto-lei que fixa diretrizes para o exercício profissional dos ACS

9.5. Termo de consentimento informado

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM SAÚDE BUCAL COLETIVA

Prezado senhor(a):

Esta pesquisa visa descrever o discurso e a prática de Agentes Comunitários de Saúde em relação à saúde bucal coletiva.

Cada profissional será entrevistado e da gravação resultará uma narrativa a partir de seu relato.

Esta entrevista será de uso exclusivo para fins desta pesquisa, sendo garantido o anonimato da(o) entrevistada(o).

Sua participação será voluntária, não havendo nenhum tipo de remuneração por sua aceitação nesta pesquisa.

Assinatura da(o) entrevistada(o):

Assinatura da pesquisadora:

Assinatura da orientadora:

Local e data: Porto Alegre,/...../.....

9.6. Entrevista semi-estruturada

A) Identificação dos participantes:

Pseudônimo; data de nascimento; naturalidade; ocupação da família de origem; estado civil e número de filhos; funções exercidas anteriormente pela(o) entrevistada(o);

participação comunitária anterior da(o) entrevistada(o); data de início do exercício profissional como ACS; nível de escolaridade quando ingressou na profissão e atualmente; motivos pelos quais ingressou na profissão; renda familiar atual; tipo de moradia e qualificação da propriedade atual; avaliação de sua situação financeira e econômica após o ingresso na função.

B) Vínculo empregatício:

Tipo de vínculo; salário; nível de satisfação com seu salário; carga horária de trabalho semanal oficial e extra-oficial; tipo de formação específica.

C) Exercício profissional:

Descrição de suas atividades profissionais; expectativas anteriores e atuais; nível de satisfação com condições de trabalho; participação em educação continuada; descrição de suas atividades em relação a saúde bucal; tipo de participação em educação continuada.

D) Percepção de saúde bucal:

Descrição de sua história odontológica e de sua família; percepção de seu conhecimento em saúde bucal; avaliação do auto-cuidado bucal seu e da família. Avaliação de seu conhecimento em causa, diagnóstico e prevenção de cárie, doença periodontal, câncer bucal, maloclusão e fissuras lábio-palatinas.

9.7. Ficha do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) do

Programa de Saúde da Família

**9.8. Ficha para registro de visita domiciliar ao recém-nascido e
puérpera do Serviço de Saúde Comunitária**

**A inserção de agentes comunitários de saúde na atenção à saúde
bucal coletiva – alguns aspectos de Porto Alegre, Brasil**

**Community health workers and their insertion within collective oral
health – some aspects from Porto Alegre, Brazil**

Ananyr Porto Fajardo

**Cirurgiã-dentista, mestranda em Saúde Bucal Coletiva da Faculdade
de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

Solange Maria Beyes Bercht

**Cirurgiã-dentista, Doutora em Odontologia e Professora da Faculdade
de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

A inserção de agentes comunitários de saúde na atenção à saúde bucal
coletiva – alguns aspectos de Porto Alegre, Brasil

Resumo

Este artigo é parte da dissertação de Mestrado em Saúde Bucal Coletiva “Agentes comunitários de saúde – discurso e prática em saúde bucal coletiva” e inicialmente contextualiza estes profissionais no sistema de atenção pública à saúde no Brasil.

A seguir, aborda o caso específico de Porto Alegre, Brasil, estudado através de entrevistas semi-estruturadas com agentes comunitários de saúde de dois serviços de atenção primária à saúde da cidade.

Finalmente, é discutido o que os agentes comunitários de saúde de Porto Alegre sabem sobre saúde bucal e como colocam em prática este saber.

Unitermos: 1. Agentes comunitários de saúde 2. Saúde bucal coletiva

Community health workers and their insertion within collective oral health –
some aspects from Porto Alegre, Brazil

Summary

This article is part of the Master's dissertation on Collective Oral Health entitled "Community health workers – speech and practice on collective oral health" and at the beginning puts into a context these health professionals within Brazilian public health care system.

Next, it approaches the specific case of Porto Alegre, Brazil, studied by means of semi-structured interviews with community health workers from two primary health care services of the city.

Finally, it is discussed what community health workers from Porto Alegre know about oral health and how they put this knowledge into practice.

Keywords: 1. Community health workers 2. Collective oral health

A inserção de agentes comunitários de saúde na atenção à saúde bucal
coletiva – alguns aspectos de Porto Alegre, Brasil

Dentre as políticas sociais, o sistema de serviços de saúde seria o de maior complexidade relativa devido ao fato de seus múltiplos objetivos – equidade, eficácia, eficiência, qualidade e satisfação do usuário – estarem interligados entre si e de sua implementação poder representar melhoria de uns em detrimento dos outros (Mendes, 1998, p. 57).

Sistemas de atenção à saúde não podem ser analisados sem tomar em consideração vários determinantes da situação de cada local, pois também são afetados por valores e atitudes próprios de cada época e lugar, inclusive sistemas informais ou populares (Helman, 1994, p. 71 e 80).

A constituição de um sistema de saúde único, sustentado pelo Estado e descentralizado, baseado no princípio de ser a saúde um direito do cidadão e dever do Estado, além da garantia do acesso universal e igualitário às ações integrais de saúde, implicou a ampliação da cobertura para toda a população, independente de vínculo trabalhista ou nível de rendimento. Além da racionalização do sistema, outro de seus objetivos seria a criação de espaços para participação de segmentos antes excluídos da discussão a respeito de saúde e seus determinantes (Cohn, 1995, p. 233).

Contudo, em virtude da inclusão de uma imensa parcela da população antes desassistida pelo setor público de saúde, ocorreu o que poderia ser denominado de universalização excludente, caracterizada pela desqualificação

e racionamento dos serviços oferecidos na medida direta do aumento da demanda, pois mesmo cidadãos com alguma possibilidade de acesso ao sistema privado tenderam a migrar para o atendimento prestado por este setor (Favaret Filho e Oliveira, 1989, p. 31-35).

Assim, os indivíduos socialmente “incluídos” vêm tomando o lugar dos excluídos (Zaidan Filho, 2000, p. 32), confrontando o acesso universal pelo acesso seletivo (Vellozo e Souza, 1993, p. 102).

A instituição de uma “política de anticonveniência”, baseada em regras de exclusão que transformaram-se em normas dos serviços, foi uma tentativa de desestimular a utilização dos serviços de saúde pelos usuários que não estivessem incluídos em alguma categoria prioritária, como por exemplo gestantes ou bebês, os quais a princípio teriam sua saúde atendida (Loureiro, 1998, p. 218).

Por outro lado, essa exclusão transferiu para o setor privado da saúde camadas da população formadoras de opinião e com tradição de reivindicação por melhoria na qualidade dos serviços (Carvalho, 1993, p. 129).

O resultado foi uma legitimação incompleta pela população ao atendimento prestado, pois esse não reconhecia valores culturais ou peculiaridades locais nem revertia a situação de dominação (Minayo e Souza, 1989, p. 98).

Mesmo com o reconhecimento de que elementos extra-econômicos são fundamentais na determinação do processo saúde-doença, outros determinantes, como gênero e raça, têm sido pouco reconhecidos como fonte

de desigualdades sociais (Vaitsman, 1991, p. 171) e, portanto, riscos desiguais de adoecer e morrer.

Na verdade, o que o país precisa é de modelos de atenção à saúde que valorizem igualmente os aspectos político, econômico e cultural da nossa sociedade e assim propiciem condições dignas de saúde e vida à população (Vasconcelos, 1999a, p. 271), superando a exclusão e a fragmentação da atenção prestada à saúde atualmente no Brasil.

Como estratégia de inclusão, o aumento do número de unidades básicas de saúde implantadas com a implementação do SUS diminuiu a distância física e cultural entre os serviços de saúde e a comunidade, graças à possibilidade de inserção das equipes ao cotidiano local (Vasconcelos, 1999b, p. 14).

Tal proximidade física vem facilitando a apreensão das necessidades e propostas da população servida, desde que baseada num diálogo permanente entre o saber local e o conhecimento técnico tomados coletivamente.

As desigualdades no consumo dos serviços de saúde vêm sendo reduzidas devido à maior facilidade de acesso às unidades de saúde, embora necessariamente não ocorra diminuição da iniquidade em saúde (Travassos, 1997, p. 326), visto que isso depende não apenas de intervenções em saúde (Locker, 1992, p. 139; Mishima et alii, 1992, p. 72) mas também de inúmeros outros fatores determinantes de qualidade de vida, como por exemplo implantação de saneamento básico ou legalização de posse da terra ocupada, como já é há tempos sabido (Czeresnia, 1999, p. 705).

Outro aspecto a ser lembrado é que não basta assegurar universalidade no atendimento por meio da gratuidade, mesmo que essa seja condição fundamental para garantir a equidade, visto que outras barreiras podem vir a restringir a utilização de seus serviços, como tempo de espera por atendimento ou horário de funcionamento incompatível com turnos de trabalho dos usuários, entre outros (Travassos, 1997, p. 329).

O progresso tecnológico e as mudanças nos modos de organização do trabalho também têm influenciado o trabalho em saúde. Sendo histórica e socialmente determinado, é essa multideterminação que define a criação, ampliação ou redução dos serviços de saúde (Pires, 1998, p. 233).

Sendo a saúde definida como a possibilidade de produzirmos e reproduzirmo-nos como sociedade, numa permanente reconstrução coletiva de nossas condições próprias de existência (Luz, 1984, p. 166), o pensamento em saúde prevê uma inserção tanto a nível individual como coletivo.

A unidade familiar passa a ser considerada como significativa para o entendimento da complexidade do indivíduo (Donnangelo, 1979, p. 80) e tanto família como comunidade passam a ser elementos-chave na integração de diversas políticas sociais (Costa et alii, 1998, p. 31; Vasconcelos, 1999c, p. 21), como a atenção à saúde.

Isso se deve ao fato de que nascer de uma família em uma comunidade define a identidade do indivíduo e estabelece quem é o outro em relação a cada um (Vicente, 1994, p. 47-48).

O planejamento participativo das ações em saúde resultante dessa cooperação entre técnicos e população definirá as alianças necessárias e possíveis para estabelecer estilos de vida compatíveis com um estado de saúde. Democratização da informação, educação em saúde e participação popular são fatores essenciais para desencadear um processo de integralidade em saúde bucal coletiva (Cordón, 1997, p. 561).

A relação entre o sistema público de saúde / profissionais de saúde e seus usuários / população é por ambos construída e reconstruída no dia a dia, apesar de estar institucionalizada (Minayo e Souza, 1989, p. 78).

Sendo construída, implica interdisciplinaridade para constituir um todo a partir de um conjunto de disciplinas e de um reconhecimento do papel da cultura, de fatores bio-ambientais e socioculturais, mediados pela linguagem (Canesqui, 1997, p. 13-14).

A busca da integralidade das ações de saúde, fruto da fragmentação entre saúde pública e medicina curativa, resulta em representações divergentes do fenômeno doença (Cordeiro, 1997, p. 44), mas pode significar uma complementaridade entre ações sobre um mesmo sujeito, individual ou coletivo.

Nesse sentido, o planejamento local em saúde depende da participação da comunidade na identificação de problemas, elaboração de prioridades, tomada de decisão, execução de ações e sua avaliação (Luvison e Baldisserotto, 1986, p. 23), num processo de planejamento coletivo.

A participação comunitária, também denominada “desenvolvimento” ou “organização” da comunidade, ou ainda “desenvolvimento e organização da comunidade”, demarca a responsabilização da população pela resolução de seus próprios problemas de saúde (Ramos, 1986, p. 94), mas pode também significar a incorporação de mão-de-obra local aos serviços de saúde (Bohadana, 1982, p. 109), muitas vezes apenas como um recurso a mais (Cantillano, 1983, p. 190).

A participação popular pode ser ilusória quando limitada ao reconhecimento dos próprios recursos da comunidade, se houverem, para que sejam aproveitados. Ao restringir-se ao nível local, impede que as necessidades sejam vinculadas às questões estruturais. Isso só ocorreria se tais carências fossem relacionadas às condições gerais determinantes das condições de vida de cada comunidade na sociedade (Pellegrini Filho, Ramos e Ribeiro, 1984, p. 222).

A participação só contribui para a cidadania se for um processo conquistado, não concedido (Feuerwerker, 1994, p. 49). Entretanto, nada disso é possível de ser autenticamente alcançado sem que o direito à informação e o acesso ao conhecimento sejam garantidos (Garrafa, 1993, p. 56).

O treinamento de agentes de saúde, entre outras ações, também pode estimular a participação popular ao propor ações e práticas integradoras em saúde (Ramos, 1986, p. 97).

Assumir cuidados consigo mesmo, ao participar responsavelmente do processo de atenção à saúde e contribuir para sua manutenção e promoção, são formas de estimular a autonomia dos indivíduos numa comunidade, ao

invés de simplesmente delegar seu cuidado a profissionais ou instituições (Berlinguer, 1994, p. 75).

O direito de decidir o que fazer com seu corpo é do paciente (Doyal, 1994, p. 77), mas é tarefa dos profissionais de saúde facilitar a circulação de informações a respeito de seu processo de saúde-doença.

Promover saúde implica possibilidades concretas de fazer escolhas saudáveis e de promover políticas públicas de saúde que favoreçam situações atenuantes do risco de adoecer (Loureiro, 1998, p. 229).

Numa avaliação realizada pela Organização Mundial da Saúde em 1987 (p. 11-15), foram identificados fatores de insuficiência no desempenho dos programas de agentes comunitários de saúde (ACS) em todo o mundo, quais sejam: organização e compromisso político mínimos, má definição de funções, má seleção, treinamento e formação continuada deficientes, falta de apoio e supervisão, condições trabalhistas incertas, imprecisão na determinação dos custos e das fontes de financiamento e falta de vigilância e avaliação.

As estratégias de ação propostas nesse documento passam pelo estabelecimento de organização e estrutura, definição de funções, processo de seleção, metodologia de treinamento e educação continuada, supervisão, condições de trabalho, avaliação de custo e previsão de financiamento.

Comparando essas conclusões com as entrevistas realizadas em Porto Alegre, as agentes comunitárias de saúde deixaram entrever deficiências em termos de educação continuada e supervisão, apesar dos serviços nos quais atuam serem bem organizados e estruturados, estando as funções bem definidas. Quanto às condições de trabalho, os depoimentos demonstram uma

satisfação em geral mas insatisfação em termos de resolutividade dos serviços e acesso da população aos mesmos, especificamente em termos de saúde bucal.

Conforme os depoimentos das entrevistadas, elas já tinham prática em trabalho comunitário, tendo exercido algum tipo de liderança local. O processo de conhecimento da realidade fica então facilitado pelo vínculo estabelecido com a população, confirmando o papel que exercem na interligação entre serviço de saúde e usuários.

As ACS estão integradas às equipes e desempenham sua função de maneira intensiva, inclusive fora do horário de trabalho, dentro e fora da unidade básica. Isso pode desencadear o que inicialmente foi designado como confusão de papéis, isto é, trabalham além do horário de funcionamento do posto como amiga, vizinha, comadre ou agente comunitária. Entretanto, elas mesmas questionam-se a respeito do uso intensivo de seu tempo de trabalho e perguntam-se até onde vai o papel de profissional e inicia o moradora que sabe mais sobre saúde.

Provavelmente isso é um exemplo de interdisciplinaridade, pois estaria aí colocada uma atitude de disponibilidade de seu conhecimento e responsabilidade para com a população adscrita ao exercer a intermediação do diálogo entre o serviço que oferta (dentro de certos critérios) e a população que demanda (a qualquer hora).

Por outro lado, tal atividade permanente deve causar algum dano à saúde psíquica desses trabalhadores, pois a constante abordagem pela população

demanda alguma resposta pronta e isso pode causar algum nível de tensão ou estafa, no mínimo.

Há que se ter cuidado para que essa atitude de permanente vigilância e prontidão não seja uma mera resposta à carência ou deficiência de recursos tecnicamente adequados mas que não estão à disposição da população por falta de estrutura, deixando de ser um direito a ser desfrutado por todos.

Além disso, a percepção da realidade de vida e saúde de uma população não prescinde da contextualização, e ninguém melhor do que alguém com iniciativa, conhecimento da realidade local e sensibilidade para ser capacitado a exercer essa função, definindo o perfil de um ACS.

Portanto, ao traduzir saberes e transmitir percepções, os ACS podem mediar conflitos e contribuir para radicalizar demandas em busca de solução, o que os legitima junto à comunidade. Podem ser a voz da população na equipe e, se essa for capaz de escutá-los com atenção, poderá elaborar propostas de intervenção mais adequadas a cada realidade de vida.

Se considerarmos que a postura do agente comunitário de saúde é interdisciplinar, isso implica um determinado grau de afinidade entre os sujeitos que atuam e entre estes e o ambiente no qual intervêm profissionalmente. Um olhar crítico, curioso e respeitoso é um dos fundamentos para que a interdisciplinaridade frutifique em melhoria da qualidade da abordagem técnica e resulte em melhor qualidade de vida para todos os envolvidos nessa relação.

Concordamos com Echeverri e Salazar (1980, p. 23) quando afirmam que, em razão de insuficiência, ineficiência ou não resolutividade do conhecimento e

dos meios específicos para intervir em saúde, a intervenção intersetorial é fundamental para diminuir problemas de saúde. A intersetorialidade é constantemente exercida pelos ACS ao intermediarem diferentes instituições e instâncias administrativas às quais recorrem pela necessidade de resolver questões cotidianas.

O trabalho além da carga horária oficial é uma constante e demanda respostas imediatas em termos de procedimentos e encaminhamentos, caracterizando um trabalhador intensivo que nunca pode parar.

As atividades coletivas mais marcantes são os grupos e as visitas domiciliares (VD's). Grupos por faixa etária (puericultura), estágio de vida (gestantes), estado de saúde (hipertensos ou diabéticos) ou por ação em saúde (escovação dentária) parecem ser a oportunidade na qual atuam com a maior frequência. As VD's são realizadas para cadastrar famílias ou novos moradores nos territórios, visitar acamados, acompanhar puerpério, convidar faltosos a retomar seu acompanhamento e avaliar condições e intervenções em nível sóciofamiliar, por exemplo.

As ACS entrevistadas relatam uma intensidade de trabalho permanente mas que não contempla todos os usuários, na medida que as ações programáticas privilegiam crianças com até 5 anos de idade e mulheres em idade fértil. A faixa etária entre os 5 anos e a primeira gestação ficaria a descoberto para as meninas, assim como as mulheres em climatério tampouco são prioritárias. Quanto aos meninos, jovens e adultos, nada de específico os contempla fora das consultas por problemas agudos, a não ser que sejam portadores de algum agravo crônico à saúde, como hipertensão arterial ou

diabete. Idosos tampouco foram citados como beneficiários em potencial de qualquer ação em saúde bucal, o que permite imaginar o quão distante está a atenção à saúde no Brasil da integralidade.

Em relação à atenção à saúde bucal, os critérios permanecem semelhantes, isto é, na disputa pelas poucas vagas para tratamento odontológico, crianças pequenas e gestantes têm prioridade para atendimento.

Em relação à capacitação, quando eventualmente convocados, esse chamamento não contempla a todos os agentes comunitários de saúde. Isso implica diferença de conhecimentos adquiridos e perda de continuidade na sua aplicação, na medida que alguns capacitados se afastaram da função e os que assumiram há menos tempo ainda não foram capacitados.

A necessidade e a vontade de se capacitar em saúde bucal foram uma constante nas entrevistas. Contudo, parece que a idéia de capacitação passa pelo repasse de informações sobre determinado assunto por um período limitado de tempo, sem conexão com outros aspectos correlacionados na determinação do estado de saúde, denotando um descolamento entre a cavidade bucal e o restante do corpo, bem como entre educação e promoção de saúde.

É possível afirmar que as entrevistadas reproduzem um modelo tradicional de educação, a educação bancária.

Além disso, fica evidente a justificativa da premência de sua capacitação, no seu dizer, pela escassa oferta de atendimento odontológico. Talvez seu discurso esteja impregnado da idéia de que na falta de dentista como solução

para os problemas de saúde bucal, pelo menos a ACS poderia aplicar flúor e ensinar a limpar os dentes.

As ACS que foram capacitadas não conseguiram implementar de forma continuada o que tinha sido aprendido ou reforçado na capacitação. Seja por demanda de outras ações por parte da equipe, falta de condições técnicas ou por espaço físico inadequado, o desenvolvimento de ações de promoção de saúde bucal parece ainda não ser prioritário na atenção primária à saúde.

Sua prática em saúde bucal está impregnada do discurso higienista medicalizador. Isso fica evidente nas atividades com grupos, nos quais prevalecem as noções de higiene como responsáveis por melhorar a saúde dos indivíduos.

Aplicações de flúor descontinuadas e aconselhamento sobre higiene dental, especialmente escovação dentária, prevalecem sobre discussões a respeito de atenção integral à saúde e seus determinantes. A insistência na realização de aplicações tópicas de flúor e a tendência fortemente higienista de suas ações em saúde bucal podem denotar uma premência na melhora da resolutividade de suas atividades, sem questionar a oportunidade ou necessidade de exercer essa ações.

De forma idêntica, o relato das atividades de promoção e educação em saúde está permeado de ações de cunho higienista e medicalizador.

É possível perceber um conceito de saúde fortemente vinculado à ausência de doença, não integralizador nem resultante de fatores de ordem múltipla.

Para trabalhar em saúde, é necessário ter cumprido alguns pré-requisitos em termos de formação específica, além de ter alcançado o nível de escolaridade exigido para desempenhar tal atividade. No caso dos ACS, algumas vezes fica caracterizada a falta de qualificação técnica para o exercício da função (Matzembacher et alii, 1994, p. 1).

A falta de supervisão continuada pode determinar a realização de algumas atividades em detrimento de outras, dependendo do grau de discernimento e autonomia do ACS e do relacionamento com a equipe de saúde. Assim, alguns podem trabalhar muito bem com organização comunitária, por exemplo, e não conseguir o mesmo desempenho com ações educativas ou em promoção de saúde. A discussão permanente em equipe dos indicadores sócio-demográficos locais e das metas a serem atingidas auxilia no aperfeiçoamento técnico desse profissional.

No caso das ACS entrevistadas, é possível perceber que realizam ações fundamentadas no modelo curativo, centrado na doença, ou ações preventivistas, como campanhas sazonais e controle vacinal.

Além disso, a frustração da expectativa da população de que os ACS realizem determinados procedimentos curativos pode contribuir para um relacionamento menos positivo entre esse profissional e usuários, até que suas atribuições sejam esclarecidas para todos.

O fato de parecerem mais familiarizadas com cárie e câncer bucal pode ser reflexo da concepção de que o que causa dor ou mata é muito mais marcante do que agravos com sinais e sintomas menos comprometedores à vida. De maneira geral, doença periodontal, maloclusão e fissuras lábio-palatinas ainda

não são reconhecidas como agravos importantes à saúde integral do ser humano.

Isso confirma que o modelo odontológico hegemônico prevalece em todas as instâncias de atenção à saúde bucal, na medida em que a compreensão generalizada do processo saúde-doença bucal ainda não reconhece plenamente os fatores estruturais como determinantes de sua ocorrência (Bercht, 1994, p. 90).

Referências bibliográficas

BERCHT, S. M. B. **O câncer de boca sob o modelo odontológico hegemônico**. Niterói: Universidade Federal Fluminense / Pós-graduação em odontologia social, 1994. Tese de doutoramento.

BERLINGUER, G. Prioridades en salud y prioridad de la salud. **Saúde Debate**, Brasília, n. 42, p. 70-75, 1994.

BOHADANA, E. Experiências de participação popular nas ações de saúde. In: **Saúde e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1982.

CANESQUI, A. M. Os novos rumos das ciências sociais e saúde. In: CANESQUI, A. M. (Org.) **Ciências sociais e saúde**. São Paulo, HUCITEC / ABRASCO, 1997. Introdução, p. 11-28.

CANTILLANO, E. M. C. Análise crítica da conceituação predominante sobre a atenção médica primária. In: NUNES, E. D. **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983. Cap. 6, p. 181-205.

CARVALHO, M. R. Modelos assistenciais de unidades básicas e o conceito de integralidade. In: BODSTEIN, R. (Org.) **Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. Cap. 5, p. 117-130.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. C. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

CORDEIRO, H. de A. O conceito de necessidades de saúde e as políticas sanitárias. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. (Org.) **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. Cap. 2, p. 41-47.

CORDÓN, J. P. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 557-563, 1997.

COSTA, I. C. C. et al. Investindo na promoção de saúde: PSF e PACS, uma análise de suas performances em oito municípios brasileiros. **Rev ABOPREV**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 30-37, 1998.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-709, 1999.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Livr. Duas Cidades, 1979.

DOYAL, L. A ética médica e a boa assistência médica: a ideologia do individualismo. **Saúde Debate**, Brasília, n. 42, p. 76-79, 1994.

ECHEVERRI, O.; SALAZAR, L. M. La salud y el desarrollo en un sistema rural de servicios de salud. **Educ Med y Salud**, v. 14, n. 1, p. 23-40, 1980.

FAVARET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. de. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Rev C Soc**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 257-283, 1990.

FEUERWERKER, L. C. M. O papel das equipes de saúde na advocacia em saúde. **Saúde Debate**, Londrina, n. 45, p. 47-52, 1994.

GARRAFA, V. Saúde bucal e cidadania. **Saúde Debate**, Brasília, n. 4, p. 50-57, 1993.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

LOCKER, D. Measuring social inequality in dental health services research: individual, household and area-based measures. **Comm Dent Health**, n. 10, p. 143, 1993.

LOUREIRO, C. A. A inversão da atenção em saúde bucal. In: MENDES, E. V. (Org.) **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998. Cap. 9, p. 213-266.

LUVISON, I. R. ; BALDISSEROTTO, J. Trabalho comunitário em vila popular: vila Tio Zeca. **Saúde Debate**, Brasília, n. 18, p. 21-24, 1986.

LUZ, M. T. A saúde e as instituições médicas no Brasil. In: GUIMARÃES, R. (Org.) **Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

MATZEMBACHER, B. C. M. et al. **Programa estadual de agentes comunitários de saúde – PEACS**. Porto Alegre: 1994. Mimeografado.

MENDES, E. V. A reengenharia do sistema de serviços de saúde no nível local: a gestão da atenção à saúde. In: _____. (Org.) **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998. Cap. 2, p. 57-86.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, H. O. Na dor do corpo, o grito da vida. In: COSTA, N. do R.; MINAYO, M. C. de S.; RAMOS, C. L.; STOTZ, E. N. (Org.) **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Petrópolis: Vozes, 1989. Vol. 2, Cap. 3, p. 75-101.

MISHIMA, S. M. et al. Agentes comunitários de saúde: bom para o Ceará... bom para o Brasil? **Saúde Debate**, Londrina, n. 37, p. 70-75, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mejoramiento de la labor de los agentes de salud comunitários en la atención primária de salud**. Genebra: 1987. Mimeografado.

PELLEGRINI FILHO, A.; RAMOS, C. L.; RIBEIRO, J. A. T. A medicina comunitária, a questão urbana e a marginalidade social. In: GUIMARÃES, R. (Org.) **Saúde e medicina no Brasil**: contribuição para um debate. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

RAMOS, C. L. Participação popular nos programas de saúde. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.) **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro: FASE, 1986. Cap. 5, p. 93-98.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 325-330, 1997.

VAITSMAN, J. Saúde, cultura e necessidades. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde: coletiva?** Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1991. Cap. 8. p. 157-173.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999a.

_____. A prescrição médica diante da liberdade e da diversidade cultural dos pacientes. **Rev APS**, Juiz de Fora, v. 2, n. 3, p. 13-18, 1999b.

_____. A priorização da família nas políticas de saúde. **Rev APS**, Juiz de Fora, v. 2, n. 4, p. 20-28, 1999c.

VELLOZO, V. R. O.; SOUZA, R. G. Acesso e hierarquização: um caminho (re)construído. In: BODSTEIN, R. (Org.) **Serviços locais de saúde**: construção de atores e políticas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. Cap. 4, p. 97-115.

VICENTE, C. M. O direito à convivência familiar e comunitária: uma política de manutenção do vínculo. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.) **Família brasileira, a base de tudo**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNICEF, 1994. Cap. 3, p. 47-59.

ZAIDAN FILHO, M. Novos padrões de sociabilidade e reforma sanitária no Brasil. **Rev Bras Odontol Saúde Col**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 29-33, 2000.