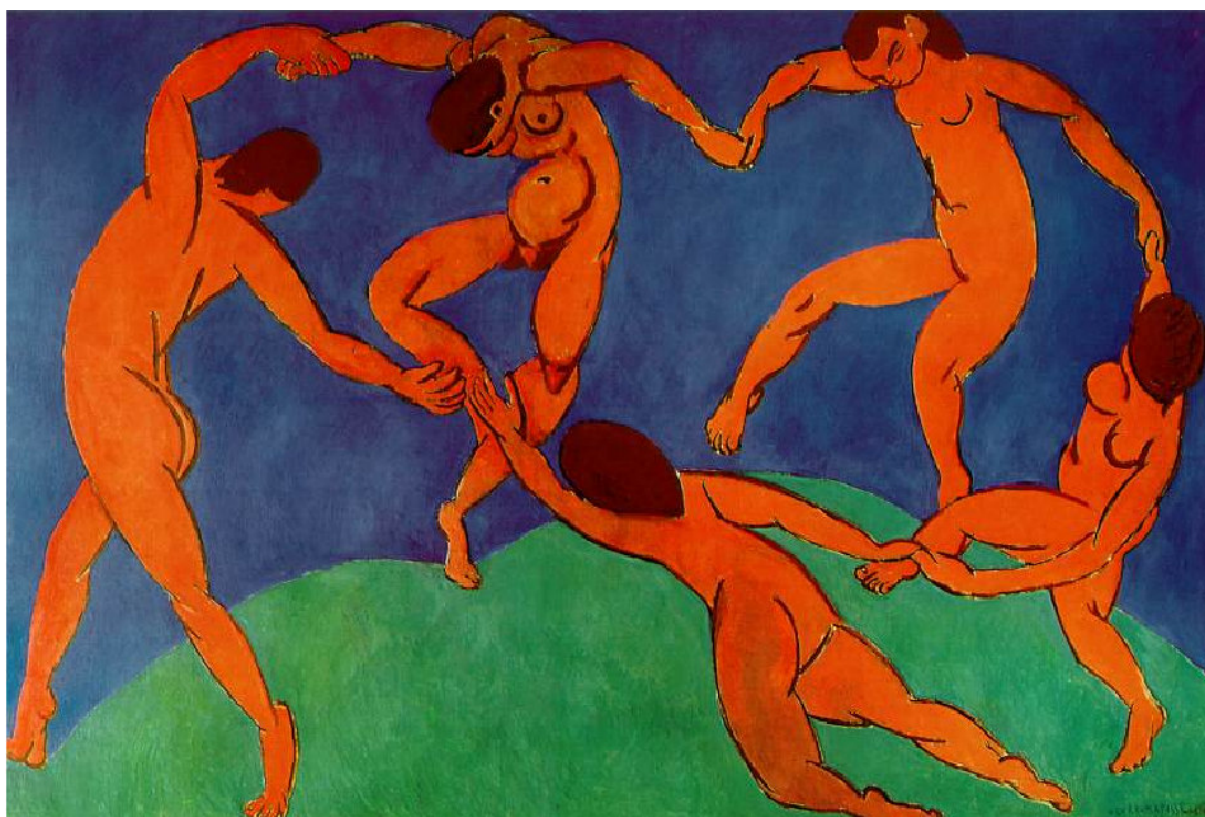


UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

*CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO*

MARIA VERÔNICA ARAÚJO DE SANTA CRUZ OLIVEIRA



**A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E
A PRÁTICA DOS AGENTES DE CONTROLE
DAS ENDEMIAS DE CAMARAGIBE:
*UMA CIRANDA QUE ACABA DE COMEÇAR***

JOÃO PESSOA

2002

O48e Oliveira, Maria Verônica Araújo de Santa Cruz

A educação popular em saúde e a prática dos agentes de controle das endemias de Camaragibe: uma ciranda que acaba de começar./ Maria Verônica Araújo de Santa Cruz Oliveira.- João Pessoa, 2002.

364p. : il.-

Orientador: Eymard Mourão Vasconcelos

Dissertação (mestrado) - UFPB/CE

1. Educação popular 2. Saúde pública - Camaragibe (PE) 3. Endemias - controle

UFPB/BC

CDU: 37:614(043)

MARIA VERÔNICA ARAÚJO DE SANTA CRUZ OLIVEIRA

**A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E A PRÁTICA DOS AGENTES DE
CONTROLE DAS ENDEMIAS DE CAMARAGIBE:
UMA CIRANDA QUE ACABA DE COMEÇAR**

Dissertação apresentada ao Mestrado em Educação Popular, como requisito parcial à obtenção grau de mestre em Educação Popular, Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba.

Orientador:

EYMARD MOURÃO VASCONCELOS

JOÃO PESSOA

2002

MARIA VERÔNICA ARAÚJO DE SANTA CRUZ OLIVEIRA

**A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E A PRÁTICA DOS AGENTES DE
CONTROLE DAS ENDEMIAS DE CAMARAGIBE:**

UMA CIRANDA QUE ACABA DE COMEÇAR

Dissertação apresentada ao Mestrado em Educação Popular,
como requisito parcial à obtenção grau de mestre em Educação
Popular, Centro de Educação, Universidade Federal da
Paraíba.

João Pessoa, março de 2002

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dr. Eymard Mourão Vasconcelos
(Doutor- UFPB)

Prof. Dr. Alder Júlio Ferreira Calado
(Doutor- UFPB)

Prof. Dr. Moab Duarte Acioli
(Doutor-Universidade Católica- PE)

Este trabalho é dedicado:

à memória de Waldemar Araújo de Santa Cruz Oliveira, o qual partiu logo no início deste, mas que, junto a D. Bela, me iniciou no caminho de uma vida onde tudo que se faz só tem sentindo, se for movido pelo prazer, amor e solidariedade.

à Izabel e Luíza, pelas cores de vida que imprimem diariamente no meu coração.

aos agentes de vigilância ambiental de Camaragibe (antigos agentes de controle das endemias) e a todos e todas profissionais que conviveram com os sistemas técnico, político e gerencial que buscaram capturar sua subjetividade, dos quais, muitos, ao conseguirem resistir culturalmente, têm dado novos sentidos ao mundo.

AGRADECIMENTOS

Um trabalho como este só pode ser fruto de uma rede de apoio e solidariedade, aos quais presto meus agradecimentos:

A Deus e todas as entidades espirituais que sempre me apoiaram em toda a minha trajetória.

A meus pais, Waldemar (in memória) e Izabel, pelo imenso amor e incentivo que tive ao longo da minha vida e pela estrutura emocional, financeira e “logística”, sem as quais não conseguiria ter caminhado tão longe.

Às minhas filhas, Izabel e Luíza, que são para mim a expressão máxima do amor e a razão maior de tudo que faço, agradeço a compreensão das minhas infinitas ausências e da importância deste trabalho para nossas vidas.

Às minhas irmãs e irmão pela solidariedade, apoio e estrutura que me deram.

A Eymard Vasconcelos pelo carinho, paciência e dedicação em mostrar-me novos horizontes nesta caminhada.

Aos integrantes do Seminário de Pesquisa da linha de Educação Popular e Movimentos Sociais pelo rico aprendizado que em muito enriqueceram este trabalho, em especial aos professores Alder Júlio Calado, Ivandro Sales e Maria do Amparo Figueredo e às colegas Kátia Suely e Izaura.

Aos agentes de controle das endemias de Camaragibe e demais profissionais que participaram desta pesquisa, pela confiança depositada em mim.

À banca examinadora da qualificação (Profs. Drs. Alder Júlio Calado e Luís Rodrigues) e da dissertação (Profs. Drs. Alder Júlio Calado e Moab Acioli) pela grande contribuição que deram neste trabalho, através de suas críticas e sugestões,

em especial, à Professora Idê Gurgel que aceitou participar informalmente da banca de qualificação, dando valiosas sugestões.

À Professora Dra. Zuleide Francisca Duarte pela dedicada revisão realizada neste trabalho e ao Dr. Matthew James Harris pela gentileza na tradução do resumo.

A Lílian Gominho e demais técnicos da Divisão de Epidemiologia e do Núcleo de Vigilância ambiental da SESA/Camaragibe, pela paciência e apoio na construção do perfil epidemiológico do município.

A todos gerentes e colegas das Secretárias de Saúde de Camaragibe e de Recife que compreenderam meu afastamento, em especial, Reneide Muniz, Luzanira Santa Cruz, Dolores Perez, Carmem Clemente, Paulette Cavalcanti, Fernanda Carvalho, Carlos Silvan, Gutembergue Ferreira e Luciane Burichel.

A todos amigos e amigas que souberam compreender meu “desaparecimento” e que, por muitas vezes, até a distância, emanaram carinho e apoio, em especial: Ana Cláudia Figueiró, Roberta Santa Cruz, Tereza A. Maciel, Edilene Melo, Kátia Rejane Medeiros, Nadja Guedes e Sandra Urech.

A Edna Lopes pelo carinho e competência que tem me ajudado a descobrir e cuidar do meu mundo interior e encontrar a leveza necessária para esta caminhada.

A Marleide Silva pelo carinho que cuidou de minhas filhas e de nossa casa, sem o qual não teria tranquilidade para finalizar este trabalho.

MONÓLOGO AO PÉ DO OUVIDO

*Modernizar o passado
É uma revolução musical
Cadê as notas que estavam aqui
Não preciso delas
Basta deixar tudo soando bem aos ouvidos
O medo dá origem ao mal
O homem coletivo sente a necessidade de lutar
O orgulho, a arrogância, a glória
Enche a imaginação de domínio
São demônios os que destroem o poder
Bravio da humanidade
Viva Zapata!
Viva Sandino!
Antônio Conselheiro
Todos os Panteras Negras
Lampião sua imagem e semelhança
Eu tenho certeza eles também cantaram um dia*

Chico Science e Nação Zumbi. Da Lama ao Caos

RESUMO

Estamos diante de um momento de grande importância para as políticas de controle das endemias, onde vêm ocorrendo transformações epidemiológicas, políticas e gerenciais. Diante deste cenário, novas experiências municipais têm surgido no país. O município de Camaragibe, Pernambuco, adotou como princípio orientador para esta política, o controle integrado das endemias. Além disto, busca construir uma proposta de educação popular em saúde. Os agentes de controle das endemias (ACEs), desempenham um importante papel neste processo, tecendo e dando sentido a estas transformações no seu cotidiano. Dada a importância deste momento e do papel que a educação popular em saúde pode ter no enfrentamento destes agravos e na reorientação global dos serviços, o objetivo deste trabalho é mapear as resistências, as dificuldades e possibilidades de institucionalização da educação popular em saúde nas ações de controle das endemias, focalizando a prática educativa dos agentes de controle das endemias de Camaragibe. A metodologia utilizada foi da pesquisa qualitativa, a partir de um estudo de caso, da observação participante e uso de entrevistas semi-estruturadas. A pesquisa revelou que das transformações ocorridas, a integração das equipes de campo e a distribuição espacial dos agentes em microáreas, tal qual a lógica das ACS, apresentam grandes potencialidades para aumentar o conhecimento da dinâmica comunitária e no estabelecimento de relações mais efetivas dos agentes com esta. Por se tratar de um momento de transição, ao lado dos avanços, ainda foram encontradas algumas estruturas e atitudes institucionais e gerenciais que contribuíram para que permanecessem características do modelo tradicional, gerando dificuldades para o desenvolvimento das ações educativas, o que foi agravado pelo modelo gerencial taylorista, pela organização do processo de trabalho pautado na cobrança da produção, pela falta de um projeto de educação continuada e acompanhamento contínuo dos agentes no campo. A concepção e prática de educação em saúde dos agentes, em sua maior parte, esteve ligada à educação normativa. Mas, alguns agentes trouxeram elementos potenciais de transformação que o aproximam da educação popular em saúde. Apesar das dificuldades encontradas, pode ser percebido que a educação popular em saúde é uma importante estratégia na construção de um Sistema Único de Saúde mais humanizado e ligado à luta pela melhoria da qualidade de vida.

ABSTRACT

In the midst of important political, epidemiological and managerial changes, new experiences concerning the control of endemic diseases at the municipal level have arisen. The municipality of Camaragibe, Pernambuco, has adopted an integrated strategy for the control of endemic diseases. In addition, it has sought to develop a policy of popular health education. The Endemic Disease Agents (EDAs) have an important role in this process. Popular health education is necessary for the resolution of endemic diseases and in the reorganisation of health services. As such, this study aimed to trace the resistances, difficulties and the possibilities with a policy of continued and institutionalised popular health education in endemic disease control activities, focussing on the educative practices of the EDAs. A qualitative methodology was used, based on a case study, participative observation and semi-structured questionnaires. The study showed that the integration of the field teams, the distribution of the EDAs in microareas and specifically the principle of the EDAs demonstrate a significant potential in creating an effective relationship with and improves the working knowledge of the community. As a process of transformation, difficulties in the development of health education activities were found, particularly with regards institutional and managerial attitudes and which therefore encouraged the maintenance of the traditional model. The taylorist managerial model, the work process that depends on production results and the lack of continued health education and follow-up of the agents all contributed towards these difficulties. The health education practices of the EDAs demonstrated tendencies towards the traditional model, however some agents demonstrated considerable transforming potential using practices that were more similar to popular health education. Despite the difficulties that were encountered, popular health education is an important strategy in the construction of a more humanized Unified Health System and is closely associated with the struggle for a better quality of life.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICOS:

Gráfico 1-	Coeficiente de incidência de dengue no município de Camaragibe/PE, 1997-2000.	59
Gráfico 2-	Coeficiente de incidência de Leptospirose em Camaragibe/PE, 1997-2000.	160
Gráfico 3-	Coeficiente de incidência de Leptospirose comparado ao número de desratizações realizadas por região administrativa. Camaragibe/PE – 2000.	161
Gráfico 4-	Casos de raiva animal no município de Camaragibe/PE, 1983-2000.	162
Gráfico 5-	Tratamento profilático anti-rábico humano no município de Camaragibe/PE, 1997-2000.	163
Gráfico 6-	Coeficiente de incidência de dengue por Região Administrativa de Camaragibe/PE, 1997-2000.	164
Gráfico 7-	Coeficiente de incidência de leptospirose por Região Administrativa de Camaragibe/PE, 1997-2000.	165
Gráfico 8-	Casos de raiva animal segundo Região Administrativa de Camaragibe/PE, 1996-2000.	166
Gráfico 9-	Distribuição dos agentes de controle das endemias de Camaragibe/PE segundo faixa etária.	227
Gráfico 10-	Distribuição dos agentes de controle das endemias de Camaragibe/PE segundo escolaridade.	228
Gráfico 11-	Distribuição agentes de controle das endemias de Camaragibe e da FUNASA, segundo faixa etária.	229
Gráfico 12-	Distribuição dos agentes de controle das endemias de Camaragibe e da FUNASA, segundo escolaridade.	230

QUADROS:

Quadro 1-	Situação dos agentes quanto ao acompanhamento e	

	entrevista.	6
Quadro 2-	Profissionais entrevistados segundo categoria profissional ou cargo ocupado.	1
Quadro 3-	Percentual da população que tem acesso aos serviços de infra-estrutura urbana.	48
Quadro 4-	Casos de raiva animal no município de Camaragibe, segundo mês e localidade no ano de 1999.	55
Quadro 5-	Vínculo Empregatício e Salário dos Agentes de Controle da Dengue nos municípios da Região Metropolitana do Recife.	07
Quadro 6-	Distribuição dos trabalhadores pelos treinamentos recebidos em 1997.	15
Quadro 7-	Função dos agentes segundo o cargo que exercem.	33
 MAPAS:		
Mapa 1-	Localização do município de Camaragibe na Região Metropolitana do Recife.	46
Mapa 2-	Município de Camaragibe e suas Regiões Político administrativas.	47
 TABELA:		
Tabela 1-	Percentual de óbitos dos principais grupos de causa básica, CID-10. Camaragibe/PE, 1993-2000.	49

LISTA DE ABREVIATURAS

ACE-	Agente de Controle das Endemias
ACS-	Agentes Comunitárias de Saúde
AMACS-	Associação Municipal de Agentes de Saúde de Camaragibe
ASA-	Agentes de Saúde Ambiental
BIRD-	Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento
CT-	Chefe de Turma
DAS-	Diretoria de Atenção a Saúde
DIEVIS-	Diretoria de Epidemiologia e Vigilância Sanitária
DNERu-	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNS-	Departamento Nacional de Saúde
DNSP-	Departamento Nacional de Saúde Pública
ESF-	Equipe de Saúde da Família
FNS	Fundação Nacional de Saúde
IEC-	Informação, Educação e Comunicação
MOPS	Movimento Popular de Saúde
MS-	Ministério da Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS-	Programa de Agentes Comunitárias de Saúde
PCDEN-	Projeto de Controle das Doenças Endêmicas no Nordeste
PNE-	Projeto Nordeste
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSF-	Programa de Saúde da Família
RMR-	Região Metropolitana do Recife
SUCAM-	Superintendência Nacional das Campanhas
SUS	Sistema Único de Saúde
USF-	Unidade de Saúde da Família



SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACTS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE ABREVIATURAS

APRESENTAÇÃO

19

Capítulo 1 INTRODUÇÃO

36

1.1 As doenças endêmicas enquanto necessidade de intervenção estatal

37

1.1.1 As práticas de saúde e o controle das endemias

39

1.2 O papel da educação em saúde no controle das endemias

43

1.3 A educação em saúde e a descentralização e municipalização das ações de controle das endemias: novas perspectivas

46

1.4 Objetivos da Pesquisa

50

1.4.1 Objetivo Geral

50

1.4.2 Objetivos Específicos

51

Parte 1- O TAO DA PESQUISA

52

Capítulo 2- O TAO DA PESQUISA

53

2.1 As motivações da Pesquisa

54

2.2 A escolha da Metodologia e do Tipo de Estudo

60

2.3 Critérios para escolha da Área de Estudo

62

2.4 A escolha dos Procedimentos Metodológicos

62

2.4.1 Observação participante

63

2.4.2 Entrevistas semi-estruturadas

69

2.4.3 Leitura de documentos

72

2.5 Análise dos Dados

72

Parte 2- AS INTERFACES DAS POLÍTICAS DE CONTROLE DAS

ENDEMIAS COM A EDUCAÇÃO EM SAÚDE: DO CAOS A LAMA 75

**Capítulo 3- AS ORIGENS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E SUA
INTERFACE COM O CONTROLE DAS ENDEMIAS: PRIMEIROS TRAÇOS
DO DESENHO DA AÇÃO EDUCATIVA EM SAÚDE NAS INSTITUIÇÕES** 76

**3.1 O surgimento da medicina social no Brasil e a sua intervenção na
organização do espaço urbano** 78

**3.2 A origem das políticas de saúde no Brasil: a polícia sanitária e sua
intervenção no espaço privado e no corpo social** 79

**3.2.1 A polícia sanitária e a educação em saúde: os conselhos à
população e a educação pela coerção** 82

3.3 O Movimento Higienista e as campanhas sanitárias 82

**3.3.1 O movimento higienista e a origem da institucionalização da
educação em saúde no país** 85

**3.4 A estruturação do modelo centralizado e verticalizado do controle
das endemias** 88

**3.4.1 A educação em saúde no controle das endemias nas décadas
de 30 a 50: a consolidação do seu caráter campanhista** 91

**3.5 A ditadura militar e o apogeu da centralização das ações de controle
das endemias** 92

**3.5.1 A ditadura militar e a intensificação das práticas educativas
autoritárias e tecnificadas** 94

**3.6 A participação popular e as transformações da política de saúde do
país** 96

**3.6.1 Os movimentos populares na década de 70 e a construção de
um novo agir educativo** 97

3.6.2 Os movimentos sociais e a reconstrução do Sistema de Saúde 99

**Capítulo 4- AS NOVAS PERSPECTIVAS PARA AS POLÍTICAS DE
CONTROLE DAS ENDEMIAS E DA SUA AÇÃO EDUCATIVA** 101

4.1 A nova conjuntura das políticas de controle das endemias: a

descentralização como esperança da mudança do perfil epidemiológico	102
<u>4.1.1 A municipalização das ações: principais desafios</u>	103
<u>4.1.2 A situação epidemiológica das endemias: limite do modelo tradicional e o desafio para sua política no século XXI</u>	107
4.2 Principais críticas e caminhos de transformação do modelo de controle das endemias	111
<u>4.2.1 Da visão microbiológica e fragmentada à construção de uma visão integralizadora das ações do controle das endemias</u>	112
<u>4.2.2 Do planejamento normativo e gerenciamento Taylorista às perspectivas de transformação baseada na horizontalização das relações e co-responsabilização dos sujeitos</u>	118
<u>4.2.3 Da normatização social à emancipação política: novas perspectivas da educação em saúde no controle das endemias</u>	125
 <u>Parte 3- UM OLHAR SOBRE A CIDADE E SUA POLÍTICA DE SAÚDE</u>	137
 Capítulo 5- UM OLHAR SOBRE A CIDADE DE CAMARAGIBE	138
5.1 Um breve passeio por sua história	139
5.2 Condição geopolítica	144
5.3 Condição da infra-estrutura dos serviços do município: o que a cidade oferece	145
5.4 Situação epidemiológica	148
 Capítulo 6- A POLÍTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO	167
6.1 O Serviço de Controle das Endemias	169
<u>6.1.1 O processo de estruturação do serviço</u>	170
<u>6.1.2 O caminho de Camaragibe na construção do controle integrado das endemias</u>	175
<u>6.1.3 Dificuldades para a implantação da proposta</u>	183
6.2 O Serviço de Educação em Saúde	184
<u>6.2.1 O processo de estruturação do serviço</u>	185
<u>6.2.2 Atividades desenvolvidas junto às equipes das Unidades de Saúde da Família</u>	188

6.2.3 <u>Dificuldades encontradas</u>	193
<i>Parte- 4- QUEM SÃO OS AGENTES DE CONTROLE DAS ENDEMIAS DE CAMARAGIBE: O QUE PENSAM E SENTEM SOBRE O QUE FAZEM</i>	197
Capítulo 7- QUEM SÃO OS AGENTES DE CONTROLE DAS ENDEMIAS DE CAMARAGIBE?	198
7.1 Perfil dos agentes de controle das endemias	199
7.2 O vínculo empregatício, remuneração e organização política dos agentes de controle das endemias e subjetividade: algumas interfaces	200
7.3 O processo de construção da identidade profissional dos agentes de controle das endemias	209
7.3.1 <u>Distanciamentos e aproximações entre os agentes do município e os da FUNASA</u>	214
7.3.2 <u>Distanciamentos e aproximações entre os agentes de controle das endemias e as agentes comunitárias de saúde de Camaragibe</u>	219
Capítulo 8- GERENCIAMENTO, ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E A SUBJETIVIDADE DOS AGENTES DE CONTROLE DAS ENDEMIAS	231
8.1 Gerenciamento e processo de trabalho dos agentes de controle das endemias	232
8.1.1 Organização das equipes e rotina dos agentes: um trabalho que mortifica a criatividade	233
8.1.2 <u>Controle e supervisão do trabalho dos agentes: a busca da captura do trabalho vivo</u>	239
8.1.3 <u>As reuniões: seções de humilhação coletiva</u>	248
8.2 Concepção dos profissionais quanto a proposta municipal	256
8.2.1 <u>Percepção dos agentes sobre a visão geral que têm da proposta municipal de controle das endemias</u>	257
8.2.2 <u>Percepção dos agentes de controle das endemias sobre a junção das equipes de campo</u>	260

8.2.3 <u>Percepção dos agentes de controle das endemias sobre o zoneamento da equipe</u>	267
Capítulo 9- CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DOS AGENTES DE CONTROLE DAS ENDEMIAS	276
9.1 Concepções de educação em saúde	277
9.2 Concepções de Comunidade	281
9.3 Práticas de educação em saúde dos agentes de controle das endemias de camaragibe	292
9.3.1 <u>Prática restrita à aplicação de produtos químicos</u>	293
9.3.2 <u>Agir educativo normativo</u>	297
9.3.3 <u>Elementos potenciais de transformação das práticas educativas no controle das endemias</u>	302
9.3.3.1 <i>Crítica ao uso de linguagens e materiais didáticos</i>	303
9.3.3.2 <i>A inovação dos espaços para o desenvolvimento dos trabalhos</i>	308
9.3.3.3 <i>Uso de linguagens lúdicas</i>	309
9.3.3.4 <i>Prática dialógica e sensível</i>	316
9.3.3.5 <i>Vivências ligadas à organização comunitária e em espaços públicos</i>	321
Capítulo 10- A CIRANDA ACABOU DE COMEÇAR...	331
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	347
ANEXOS	357

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é fruto da minha trajetória de oito anos na saúde pública. Logo que finalizei o Curso de Medicina Veterinária, entrei na Residência Multiprofissional de Medicina Preventiva e Social, do Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva, FIOCRUZ/CPqAM. Já no estágio do curso escolhi como área de concentração a educação em saúde e o vivi na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE). Como resultado desta vivência, direcionei a monografia de finalização do Curso de Residência para este tema, Dilemas e Perspectivas da Educação em Saúde no Contexto do SUS (OLIVEIRA, 1996). Após o final da residência, realizei mais uma especialização, Epidemiologia e Gerenciamento no Controle Descentralizado das Endemias.

Em 1995, ingressei no município de Camaragibe por concurso público, como sanitarista, lotada na Diretoria de Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

No período de 1997 a 1998, fui colocada à disposição da Secretaria Estadual de Saúde, para coordenar as ações de educação em saúde no controle das endemias. Com o final da gestão do Governo Miguel Arraes, momento do meu ingresso no Mestrado, retornei à Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe e fiquei lotada no Núcleo de Apoio Psicossocial, atuando como arte-educadora.

Durante esta minha trajetória profissional, busquei refletir, sentir e vivenciar uma proposta de educação em saúde que tem por objetivo contribuir no fortalecimento das pessoas envolvidas, na construção da nossa cidadania, da qualidade de vida, do direito à auteridade e da alegria em viver. Encontrei na

educação popular em saúde uma orientação teórica e metodológica capaz de dotar de possibilidades e coerência o meu fazer.

Junto à equipe de Educação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, no período de 1995/8, participei de uma experiência que buscou institucionalizar a educação popular em saúde. Uma das principais questões desse processo era: Como construir a coerência dos princípios da educação popular em saúde com a prática institucional? Partimos do pressuposto que a missão institucional de uma Secretaria Estadual de Saúde seria, principalmente, fortalecer os níveis de gestão regionais e municipais para alcançarem autonomia na descentralização e municipalização das ações.

Dentre as estratégias que elegemos para a implantação da proposta, realizamos oficinas de mobilização nos municípios para pactuação de planos educativos junto às instituições governamentais e não governamentais e sociedade civil. Ainda vale ressaltar o Projeto dos Núcleos de Educação Popular em Saúde que tinha como principal objetivo articular os diversos segmentos sociais visando fortalecer a participação popular, trocar experiências, planejar e realizar ações educativas. Por muitas vezes, esse projeto fora implantado nos municípios movido pelas atividades educativas no controle da dengue.

Algumas de nossas observações sobre esta vivência motivaram o presente trabalho. Percebíamos que em alguns municípios conseguia-se vivenciar experiências inovadoras de educação popular em saúde, mesmo dentro de uma realidade política adversa. Mas, a decisão política de assumir a proposta era de fundamental importância, pois, sem ela, estas vivências não passariam de um trabalho isolado de alguns profissionais.

No entanto, existem outros limites para a sua institucionalização que extrapolam a decisão política da gestão e dizem respeito às contradições culturais e da lógica que sustentam o pensamento e a prática da clínica,¹ da epidemiologia² e da organização do processo de trabalho estruturado a partir das tecnologias gerenciais tayloristas, as quais, em geral, têm dificuldade de compreender a lógica da educação popular em saúde, sobretudo, no que toca a sua ação processual e valorização da subjetividade.

Eu sempre saía dos municípios inquieta, questionando-me: como estaria se dando este processo no cotidiano dos serviços municipais? Lá, onde o controle das endemias se mistura a uma realidade diversa e complexa. Por vezes, as práticas cotidianas destes serviços estão distantes dos desejos institucionais e das teorias que orientam o modelo adotado, e se inserem em uma rede de micro poderes e subjetividades que lhe dão contornos e cores próprias. Comecei a delinear a necessidade de um estudo que se aproximasse do cotidiano dos serviços a partir da observação das realidades municipais.

O exercício de buscar vivenciar a educação popular em saúde é, por vezes, difícil por conta das inúmeras situações que nos educadores/as em saúde nos defrontamos e que nos fazem sentir à margem das práticas e saberes hegemônicos da educação em saúde, como também dos pilasstras do pensamento da saúde (a clínica e a epidemiologia). Em outros momentos, estas ações educativas nos levam a entrar em contato com um sentimento de impotência diante das estruturas seculares dos condicionantes socioeconômicos do processo saúde-

¹ Pois, como será debatido neste trabalho, a clínica médica com suas intervenções curativo-individualista hegemonicamente tem como características ser individual, ter acentuada arrogância cognitiva e de poder dos doutores sobre seus pacientes.

² Onde, no modelo hegemônico, a subjetividade é tolhida em prol de uma objetualização da sociedade que transforma pessoas em números de risco.

doença e das estruturas institucionais enrijecidas pela burocracia e pela busca obsessiva da produtividade. Assim, precisamos de motivações para persistirmos na construção cotidiana desta proposta.

Essa motivação, talvez esteja nas situações que nos alimentam a alma a ponto de nos fazerem acreditar nas possibilidades que traz o projeto político da educação popular em saúde. Mas, o pão que alimenta nossa alma, na maior parte das vezes, é tão sutil que se perde no cotidiano ou mesmo quando tem uma dimensão macro, ao estarmos mergulhados no nosso mundo micro, não o percebemos.

Quando encontrarmos nossa tribo,³ além de percebemos que não estamos sozinho/as, também podemos nos alimentar das experiências compartilhadas. Nestes encontros temos a oportunidade de fortalecer e renovar nossas práticas, buscando construir uma coerência do que sentimos, pensamos e do nosso projeto político de sociedade com o nosso fazer cotidiano. Esse é um dos maiores sentidos deste trabalho, promover um encontro com as tribos de educadores populares em saúde e as demais que procuram vivenciar práticas de educação e saúde humanizadas para compartilhar a experiência de Camaragibe na busca da institucionalização da educação popular em saúde, tendo como foco do olhar, o controle das endemias. E quem sabe até, sensibilizar outros grupos sociais ligadas aos interesses contrários das classes populares para a necessidade de repensarem suas práticas.

Deste modo, espero que esse trabalho possa ser uma contribuição no fortalecimento da nossa prática cotidiana e da construção de um mundo mais justo.

³ Vale ressaltar o importante papel que a rede de Educação Popular em Saúde, tanto em nível nacional, como estadual, tem tido em proporcionar este encontro.

A escolha do município de Camaragibe deu-se pelas importantes transformações que este vem realizando na sua política de controle das endemias e de educação em saúde, as quais têm se orientado pelas propostas do controle integral das endemias e da educação popular em saúde, respectivamente. E como principais sujeitos a serem pesquisados, elegi os agentes de controle das endemias, dado o importante papel que desempenham neste processo, tecendo e dando sentido a estas transformações no seu cotidiano.

Visando tornar a comunicação desta pesquisa mais didática, a sistematizei em quatro partes. Na abertura da dissertação e de cada uma destas partes trago algumas das letras de músicas de Chico Science enquanto expressão simbólica dos aprendizados que tive durante este processo. Durante algumas das oficinas que realizei com os agentes de controle das endemias, percebi que dentre os CDs que escolhiam para escutar, nos horários de intervalos, os de Chico Science eram um dos recorrentes.

Na modernidade, o conhecimento foi desenvolvido a partir de uma razão objetiva que mortificou a sensibilidade, o que o distanciou da vida. Maffesoli (1998), propõe um conhecimento que consiga unir a razão à sensibilidade, enquanto meio de construir-se um conhecimento plural que reconcilie o pensamento com a vida.

A linguagem artística é um dos canais que a humanidade tem escolhido para expressar o mundo através de sua simbologia e tem um importante papel em nos despertar a sensibilidade. Ao partilharmos juntos as emoções que arte nos traz, estamos criando um *élan*, uma identidade coletiva.

A poesia age sobre a subjetividade individual, o mundo poético do conhecimento mostra o significado da subjetividade de massa em ação em todos os fenômenos que constituem a vida social. Como nota Guyau (1920, p. 165 apud MAFFESOLI, 1998) 'é privilégio da arte nada demonstrar, nada provar, e entretanto, introduzir em nossos espíritos algo de irrefutável. É que nada pode prevalecer ao sentimento'. A partir do momento em que o sentimento é coletivo, e que se vêem suas consequências, tantos sociais

quanto políticas, para melhor ou para pior, é preciso saber integrá-los no ato de conhecimento a fim de tornar este último mais eficaz. (MAFFESOLI, 1998, p. 163).

No entanto, como a arte fala do obscuro, do sentimento, do subjetivo, esteve, ao longo dos anos, distantes dos locais de produção do conhecimento e foi confinada em espaços próprios, assim como museus e galerias. (MAFFESOLI, 1998).

A partir da identificação do grupo dos agentes com as músicas de Chico Science, comecei a perceber o quanto suas letras faziam sentido nas questões levantadas nesta pesquisa. Aproveito essa constatação para trazer poesia para esta produção do conhecimento e para homenagear este alquimista pelo importante papel que teve no nosso cenário cultural e subjetivo, bem como a todo/as que buscam dar um novo sentido ao mundo através da arte.

Chico Science, o alquimista de sons, foi o principal idealizador do Movimento Manguê, o qual surgiu na cena musical do Recife no início da década de 90 e se expandiu para as diversas formas de manifestações artísticas e culturais. As suas músicas buscam inspiração na literatura de cordel e misturam temas urbanos e tecnológicos. O seu som procura na fusão de ritmos culturais regionais e internacionais, uma alquimia que expressa o intenso movimento de transformação do caos a ordem, da ordem ao caos que caracteriza nossa época, ou seja, no meio de um som caótico busca encontrar a sua ordenação.

A simbologia contida no nome do movimento retrata tanto a diversidade de vida dos estuários, como o estado de depredação destes na cidade do Recife em decorrência do modelo de desenvolvimento social que aterrou os mangues para construção da cidade e os poluiu com os esgotos e dejetos industriais. Há também uma filosofia utópica do movimento que busca no fortalecimento da cultural local, o sentido de cooperação que leve a uma transformação da melhoria de qualidade de

vida através da “luta pela preservação ambiental, contra a miséria, a favor da vida e da esperança e que muitos jovens já adotaram para si” (FONSECA, 2001). Assim, as letras de suas músicas têm como eixo a crítica social e é considerado como um movimento de resistência cultural. Essa fusão cultural, também aproximou as mais diversas tribos etárias, culturais locais e internacionais.

Ao utilizar na **abertura** desta dissertação a música **Monólogo ao pé do ouvido** quis fazer uma analogia da Revolução Musical do Movimento Manguê com a atual conjuntura das políticas de controle das endemias e de suas práticas educativas. “Modernizar”⁴ o passado das políticas de controle das endemias e as ações educativas que neles se inseriram é uma revolução nas políticas de saúde. Para tal, é preciso muita coragem de deixar para traz muitos conceitos e práticas e se guiar por princípios mais humanizadores que dêem coerência ao agir (*deixar tudo soando bem aos ouvidos*), tendo como eixo orientador o fortalecimento do SUS e das pessoas.

O modelo de controle das endemias e de suas práticas educativas que foram implementadas no nosso país, ao se aliarem aos interesses das elites brasileiras, tiveram um papel perverso na promoção da exclusão social das classes populares, como também, através do seu modelo gerencial, na subjetividade dos seus trabalhadores. Contribuindo, deste modo, na fragilização do poder braviço destes sujeitos sociais para participarem na luta pela melhoria da qualidade de vida. Diante da complexidade do tema e da necessidade de apresentá-lo a públicos tão diferentes (pessoas que trabalham com educação e as que trabalham com saúde), a **introdução** desta dissertação busca, de forma breve, tecer as principais questões

⁴ Utilizo a palavra modernizar no sentido de trazer para um tempo mais próximo, atualizar.

sobre a educação em saúde no controle das endemias e apresentar os objetivos da pesquisa.

Na **primeira parte**, trato dos caminhos metodológicos da pesquisa (a escolha do método, dos instrumentos de pesquisa e de análise de dados). Muitos dos aprendizados metodológicos dos caminhos percorridos nesta pesquisa tiveram como descrição simbólica a letra da música “**Corpo de Lama**”. O temor que o método científico positivista, assim como o sol da música, tornasse meu pensamento árido e sem vida, me levou à escolha do método científico da pesquisa qualitativa, como se este fosse a “chuva” capaz de “mudar os sentimentos”. Ou seja, este método ao me permitir tocar e ser tocada pela realidade, assumindo na pesquisa a presença da minha subjetividade e as dos demais participantes, buscou trazer vida e diversidade para a pesquisa.

Assumir a subjetividade na pesquisa me fez também perceber, sem temor, que muitas das pessoas com quem me deparei, ou utilizando a simbologia da música, os “*corpos de lama*”, refletiam o meu corpo, com suas marcas adquiridas ao longo de nossas trajetórias de vida, isto é, a escolha do objeto de pesquisa se deu a partir de uma identificação minha com muita das angústias dos principais sujeitos da pesquisa.

Foi um exercício de aguçar o olhar para, assim como na letra da música, “*deixar que os olhos vejam pequenos detalhes lentamente*” para poder perceber a realidade que se desvendava diante de mim. Um exercício, enfim, de deixar a realidade se expressar como ela é vivida, e não emoldurada em modelos teóricos universais.

Contudo, os achados da pesquisa mostraram que não estão desvinculados de um contexto macro global. Pois, os rostos estampados nesta

pesquisa, provavelmente, também refletiram rostos dos diversos agentes de saúde que trabalham no controle das endemias em “*ruas e mangues*” distantes, ou seja, nos quatro cantos do país. Os quais podem estar distantes dos agentes de Camaragibe no tempo e no espaço, mas, estão, provavelmente, aproximados pelo mesmo modelo gerencial que lhes oprimiu e lhes tolheu a subjetividade.

Na **segunda parte**, que trata das principais questões que envolvem a temática do controle das endemias e de suas práticas educativas numa perspectiva histórica, a letra escolhida foi a **Do caos à lama**. Esta letra nos fala de um dos impactos caóticos do processo de urbanização, em que a população ribeirinha que vivia da diversidade de vida dos mangues, com a poluição destes, passa a viver dos grandes lixões. O caranguejo que saiu do mangue e virou Gabiru. Ou seja, retrata as péssimas condições de vida desta parcela significativa da população dos grandes centros urbanos. E são estas condições indignas de vida, que foram, ao longo da história, uma das maiores responsáveis pelos processos epidêmicos/endêmicos. Mas, é na nossa atual conjuntura que se reatualizam com o processo de reurbanização das endemias.

No **terceiro capítulo** será visto como o conhecimento de cada época aliou-se aos interesses das elites dando os contornos das políticas implementadas e dentre destas as suas práticas educativas. Estas últimas também encontraram como base as teorias da educação que lhe guiaram. Deste modo, a educação em saúde no controle das endemias teve como sustentáculo teórico de suas ações as teorias microbiológicas da saúde e as teorias não-críticas da educação. Como resultado, desenvolveram práticas fragmentadas, autoritárias e excludentes que desmobilizaram a população para lutar por melhores condições de vida. Estas ainda foram potencializadas pelo modelo gerencial que organizou e estruturou suas ações,

o qual encontrou sua base de pensamento nas teorias das escolas tayloristas. As relações autoritárias estabelecidas com os trabalhadores, a morte da criatividade no processo de trabalho destes, os levaram a práticas automatizadas e a reproduzirem estas relações com a população.

Alguns profissionais de saúde, ao saírem dos muros dos serviços, começaram a se deparar com a miséria cotidiana da maior parte das pessoas que atendiam em seus ambulatórios e entraram em contato com um limite concreto do seu trabalho. Descobriram na educação popular um caminho para a transformação de suas práticas educativas. Essa junção da educação popular com a saúde, foi chamada de educação popular em saúde.

Esta guia sua ação pelo diálogo e pela participação coletiva na construção do conhecimento e tem como eixo a ação-reflexão-ação, isto é, sua ação educativa parte da leitura crítica e criativa das realidades vivenciadas que tem por objetivo um agir transformador sobre estas. Este olhar crítico ao incorporar os conceitos da multideterminação do processo saúde-doença-saúde, questionou também o modelo de desenvolvimento social. Essa forma de agir na saúde, nos aproxima mais uma vez da música **Do caos a Lama**, pois ao parar para pensar, pode-se descobrir que se pode se organizar para desorganizar o modelo de saúde instaurado.

Assim, a educação popular em saúde somou-se aos movimentos sociais e à academia para unificarem suas forças na desorganização da política de saúde e organização de um novo modelo, o Sistema Único de Saúde (SUS).

O atual quadro epidemiológico das endemias e o novo contexto político que o SUS trouxe, evidenciaram a superação do modelo de controle adotado, bem como, fez surgir várias críticas e sugestões de reformulação. No transcorrer do

quarto capítulo, onde estas questões foram refletidas, está embutido um movimento do caos à ordem. Ao trazer as principais críticas aos referenciais teóricos da saúde, da educação em saúde e do gerenciamento que orientaram estas políticas, assim como os empecilhos para a concretização do processo de descentralização e municipalização das ações de controle (que podem apontar para a sua inviabilidade), o sentimento que se pode ter é o da desordem, do caos. Mas, no meio deste caos, parece começar a se desenhar a sua ordenação. O que se dá quando, através da revisão bibliográfica realizada, surgem experiências e sugestões de reconstrução do modelo de controle das endemias e de suas práticas educativas que apontam para:

- um referencial do controle integrado das endemias;
- um modelo gerencial que busca inaugurar novas relações gerenciais baseadas no diálogo e pactuação;
- a municipalização como a esperança de um modelo mais eficaz, eficiente e potencializador da participação popular, sobretudo, quando inaugura novas relações entre o Estado e a sociedade civil, sendo a educação popular em saúde uma importante estratégia para tal.

O longo período em que não se visualizaram os limites e possibilidades de se reconstruir o modelo, pode ser simbolizado na música, como o período de barriga vazia que não se consegue dormir, pois apesar de se conviver com os sofrimentos causados pelos impactos do modelo, não há alternativas para a sua superação. E se o movimento de pensar para se organizar pressupõe, na música, “*encher o bucho*”, é preciso buscar o alimento. É neste sentido que o quarto capítulo deste trabalho vai buscar nas experiências e reflexões trazidas (que podem ser simbolizadas, pela “*lama*” que se constitui a origem da vida e da diversidade do

mangue) o alimento necessário para se pensar a construção de uma política de controle das endemias e de suas práticas educativas ligada aos interesses e fortalecimento das classes populares. Por conta disto, a **segunda parte** desta dissertação se chama as Interfaces das políticas de controle das endemias com a educação em saúde: do caos à lama.

Mas, como será que estas vivências se têm dado? Como institucionalizar uma prática educativa que teve suas origens no movimento popular que tem dinâmica e cultura diferenciada dos serviços?

Para compreender estas transformações foi preciso aproximar-se do cotidiano dos serviços, onde estas são vivenciadas. Visando uma primeira aproximação com esta realidade, na **terceira parte** desta dissertação, busquei apresentar a cidade de Camaragibe e sua política de saúde, em especial a de controle das endemias e de educação popular em saúde, visando situar o/a leitor/a em que contexto as práticas educativas dos agentes de endemias se inserem. Para a sua abertura trouxe a letra da música **A cidade**. Esta se refere às profundas contradições sociais e econômicas que a cidade do Recife foi construída e se encontra, bem como da necessidade de criar estratégias para fazer frente ao sistema de exclusão social.

Preservando as proporções do tamanho das duas cidades, pode-se dizer que Camaragibe, por se encontrar ao lado do Recife, tendo sido considerada por muito tempo como dormitório desta, não se distancia nem do seu caos urbano, nem das suas discrepâncias sociais. Ao apresentar a história e a organização geopolítica do município, no **quinto capítulo**, além de evidenciar tais discrepâncias, pode-se facilmente prever o perfil epidemiológica da cidade situado em uma transição epidemiológica, onde convivem lado a lado, problemas típicos de países

desenvolvidos e a persistências das doenças características de situações de miséria. Assim, elaborar políticas para fazer frente a esta conjuntura é um grande desafio. Estas políticas podem ser simbolizadas na música como a composição de uma “*embolada, um samba e um maracatu*”, que se constitui em uma estratégia para sair da situação de miséria e enfrentar os danos causados pela desigualdade social e do sistema de desenvolvimento adotado no país, ou seja, sair da *lama e enfrentar os urubu*.

Ao andar pelas ruas de Camaragibe com os agentes de controle das endemias, pude constatar como o município, em determinados momentos, parecia com o Recife retratado na música, acordando com a mesma fedentina do dia anterior. Ou seja, os esgotos a céu aberto, os lixos acumulados nos terrenos baldios e tantas outras situações que demonstram persistir as causas estruturais que levam as péssimas condições de vida da população. Mas, em outras situações, Camaragibe já parecia entoar as primeiras notas “*da embolada, do samba e do maracatu*”, ou dito em outras palavras, elaborando políticas arrojadas para fazer face aos principais problemas da cidade.

A exemplo disto, o **sexto capítulo** retratou as políticas de controle das endemias e de educação em saúde que se constituem em grandes inovações no setor. A primeira reorientou o serviço procurando perseguir o modelo integralizador das ações de controle. A segunda adotou a educação popular em saúde como diretriz de sua linha de atuação. Estas transformações têm uma grande potencialidade em qualificar estas ações, visando reconstruir a visão fragmentada do controle das endemias, criar laços mais afetivos e efetivos entre os agentes e a população, além de dotar de possibilidades as ações intersetoriais.

Como esta proposta é vivenciada no cotidiano pelos agentes de controle das endemias? Como desenvolvem sua prática educativa? Responder a esta questão foi o objetivo da **Quarta parte** da dissertação. Para compreender as concepções e práticas educativas dos agentes de controle das endemias escolhi como trajetória aproximar-me do universo dos agentes, conhecendo quem são estes atores, qual o seu cotidiano de trabalho, o que pensam e o que sentem sobre o que fazem e como o fazem.

No **sétimo capítulo**, apresentei o grupo dos ACEs (Agentes de Controle das Endemias) buscando reconstruir sua identidade coletiva, através: do perfil destes; das relações entre as relações do vínculo empregatício, remuneração, a organização política e as interfaces com a subjetividade destes; e por fim, alguns elementos que compõem a sua identidade profissional.

No **oitavo capítulo**, apresentei o modelo gerencial, a organização do processo de trabalho e as concepções dos agentes a cerca da política adotada pelo município.

Por ser um momento de transição do modelo pode-se perceber que meio aos avanços que esta nova organização do trabalho trouxe, também encontra-se a preservação de estruturas institucionais tradicionais.

A análise do modelo gerencial o aproximou das escolas tayloristas da administração. A organização do processo de trabalho se mostrou regido pela lógica da produção, da supervisão e de rígidas normatizações. Na divisão racional do trabalho, os agentes ficaram na base da pirâmide hierárquica. Esta posição, dentro da concepção que o modelo foi erigido, os coloca em relações de poder desiguais, acentuadamente verticalizadas e autoritárias, como também tolheu a subjetividade

do grupo, baixou a sua auto-estima e reduziu a capacidade deste sujeitos de incorporar o papel de construtores de suas realidades.

Acrescenta-se a este quadro, que há uma falta de investimento institucional na formação destes profissionais, tanto no que toca os temas relacionados aos agravos, como a educação em saúde.

Escolhi a música **Coco dub (afrociberdélia)** para a representação simbólica destes capítulos porque é a tradução do sentimento que me tomava cada vez que percebia como o modelo gerencial tolhia a subjetividade, a potencialidade destas pessoas e desconhecia a suas histórias de vida e ao mesmo tempo, eu descobria a singularidade de cada um destes homens “*multicoloridos*,” as suas potencialidades, a carga afetiva, o valor que o trabalho tinha para eles, os seus sonhos... Quis simplesmente reforçar que os agentes, antes de mais nada, são pessoas detentoras de potencialidades (“*multicoloridas*”) e de subjetividade, assim como todos os *caranguejos com cérebro* (que simbolizam os excluídos). Algo que pode parecer óbvio, mas que os modelos gerenciais e as instituições responsáveis pelas ações de controle das endemias no país esqueceram, ou tentaram capturar através de seus instrumentos gerenciais.

No entanto, ainda neste capítulo, será possível perceber como as inovações na reorganização do trabalho que uniu as equipes de campo (do controle da dengue, da raiva e de roedores) e distribuiu os agentes em microáreas (assim como a lógica das agentes comunitárias de saúde), trouxe grandes potencialidades de se desenvolver trabalhos mais efetivos e criar laços afetivos com as comunidades em que se inserem. Estas possibilidades quando conseguiram articular às linhas gerais da política municipal à trajetória de vida de alguns indivíduos, chegou a

oportunizar rupturas com o modelo gerencial e o desenvolvimento de práticas educativas ligadas à organização comunitária.

O **nono capítulo** teve como objetivo apresentar as observações e análise das concepções e práticas educativas dos agentes de controle das endemias de Camaragibe. A análise das concepções que envolvem a prática educativa dos agentes, mostraram que em seu discurso há uma aproximação do modelo normativo da educação em saúde e uma percepção depreciativa da comunidade onde estão inseridos. Mas, a observação da prática destes agentes revelou que já trazem, em alguns momentos e para alguns agentes, possibilidades de transformação, aproximando-a tanto do modelo idealizado de controle integral das endemias, como da proposta municipal de educação popular em saúde. Para melhor sistematizá-las as agrupei segundo o exercício ou não da prática educativa durante as visitas domiciliares e os elementos potenciais de sua transformação.

O trabalho que apresento encontrou muitos limites. A raiz da maior parte destes foi a falta de estrutura e apoio institucional decorrentes da política neoliberal que, entre outras coisas, impediu-me o acesso a uma bolsa de mestrado. Deste modo, a maior parte deste trabalho foi construída nos fins de semana e nas madrugadas, levando um período maior para a sua conclusão e gerando quebras no seu ritmo de produção. Conciliar a subjetividade da mulher, da mãe, da amiga, da profissional no meio de toda esta falta de tempo, potencializaram estes limites. Ainda encontrei limites pessoais na falta de habilidade para a escrita e por ter sido esta uma primeira aproximação com a pesquisa qualitativa.

E por fim, escolhi um tema complexo e que se refere a transformações recentes na política de saúde do país, o que me dificultou algumas vezes focar o problema, em outras encontrar bibliografias específicas.

Por outro lado, a clareza de sua importância dada as inovações trazidas pelo modelo de Camaragibe e a carência de bibliografia acerca do tema, os aprendizados que tive com as orientações do Eymard Vasconcelos e as discussões do nosso grupo de pesquisa, me ajudaram a superar as dificuldades e a construir este trabalho com o mesmo carinho, prazer e inquietude pela procura da forma certa que um/a artista pinta um quadro.

Este foi o início de um longo aprendizado, ainda há muito o que viver, ser revisto e aprender. Eis mais um sentido para a sua divulgação: compartilhar os caminhos e achados da pesquisa para, além de contribuir na construção de políticas de saúde mais humanizadas, também possa ser enriquecido com críticas e sugestões.

Capítulo 1- INTRODUÇÃO

Qual seria a importância de se realizar um estudo que nos permita conhecer como tem sido vivenciada a educação em saúde no controle das endemias em Camaragibe, tendo como foco o agir educativo dos seus agentes de controle das endemias?

Para responder a esta questão é importante, em primeiro lugar, compreender como as endemias se constituíram uma necessidade social a ponto de exigir do Estado uma série de intervenções no sentido de contê-las e como estas ações se deram no Brasil, bem como, compreender o papel da educação em saúde nestas intervenções e a forma como tradicionalmente tem sido vivenciada nas instituições públicas. Outro aspecto que deve ser considerado é o atual contexto sóciopolítico destas intervenções no país, o qual se situa num momento de descentralização política e gerencial. A partir desta compreensão, pode-se então, em um segundo momento, compreender qual a importância de Camaragibe neste contexto.

Diante da complexidade do tema, este capítulo tem como finalidade abordar brevemente estas questões, no sentido de situar o/a leitor/a nos objetivos da pesquisa.

1.1 As doenças endêmicas enquanto necessidade de intervenção estatal

Desde tempos remotos as doenças transmissíveis têm sido grandes responsáveis pela inscrição de expressões de dor e sofrimento na história da humanidade. Quando sua ocorrência extrapola o indivíduo, ganhando expressão na

coletividade, pode dar-se de forma epidêmica¹ ou endêmica². A dinâmica de distribuição destas enfermidades está relacionada, principalmente, ao modo pelo qual a sociedade se organiza política, econômica e culturalmente. Também está relacionada às condições ambientais, às características dos agentes etiológicos³ e à capacidade de resposta imunológica da coletividade.

Este fato é facilmente constatado quando lançamos um breve olhar para a história da humanidade. As grandes guerras, o início da vida nas cidades e a Revolução Industrial levaram a períodos de fome, miséria, condições sub-humanas de vida, de moradia e grande contato entre as pessoas. Assim, propiciaram-se condições para a instalação de grandes epidemias, dada a maior circulação de agentes etiológicos e a baixa na imunidade coletiva. Os períodos de expansão dos mercados, dos territórios e o intenso tráfego de escravos também oportunizaram a expansão das epidemias, uma vez que colocou populações em contato com novos agentes etiológicos, aos quais ainda não tinham desenvolvido imunidade. A constatação da suscetibilidade dos povos nativos a alguns agravos, levou colonizadores a utilizarem a propagação de enfermidade como arma biológica com a

¹ As epidemias são definidas por Rouquayrol (1994, p. 495) como “uma alteração, espacial e temporariamente delimitada, do estado de saúde-doença de uma população, caracterizada por uma elevação progressiva, inesperada e descontrolada dos coeficientes de incidência de determinada doença, ultrapassando e reiterando valores acima do limiar epidêmico preestabelecido”.

² A forma endêmica de um agravo é definido pela mesma autora como “ocorrência de uma determinada doença que no decorrer de um largo período histórico, acometendo sistematicamente grupos humanos distribuídos em espaços delimitados e caracterizados. Mantém a sua incidência constante, permitidas flutuações cíclicas ou sazonais”. (ROUQUAYROL, 1994, p. 494).

³ Por agente etiológico (**a.e**) compreende-se os agente causadores das enfermidades, que podem ser químicos, físicos ou biológicos. Os agentes biológicos (**a.b.**) são responsáveis pelo desenvolvimento de doenças infecciosas e transmissíveis. Possuem características que influenciam a distribuição e o comportamento dos agravos, tais como, infectividade (capacidade do a.b. em penetrar, se desenvolver e se multiplicar nos hospedeiros provocando infecção), patogenicidade (capacidade de provocar sintomas nos hospedeiros), virulência (capacidade de produzir casos graves), dose infectante (é a quantidade necessária do a.b. necessária para produzir a infecção) e imunogenicidade (capacidade do a.b. em desenvolver imunidade no hospedeiro). Vale ressaltar que essas características podem ser amenizadas ou agravada diante das condições sócioeconômica em que se encontram os hospedeiro, como por exemplo, as que possam levar um estado de desnutrição (ROUQUAYROL, 1994, p. 219-221).

finalidade de dizimar populações colonizadas, como ocorreu com os nossos povos indígenas. Os ensinamentos dos colonizadores foram reatualizados no século passado pelos Estados Unidos da América que desenvolveram, nos bastidores de suas guerras, poderosas armas biológicas. Estas, recentemente, vêm sendo utilizadas por terroristas em seus ataques contra os próprios EUA e demais países de economia central, assustando a humanidade com o pavor da instalação de epidemias já erradicadas, ou restritas a países periféricos.

À medida que as enfermidades infecto-contagiosas extrapolam o corpo individual e ameaçam a reprodução da vida, dos valores e da organização das sociedades, constituem-se em necessidades sociais estabelecidas que demandam intervenções no sentido de contê-las. Diante destas situações o Estado (mesmo em sua fase inicial) foi levado a desenvolver práticas de saúde de acordo com os interesses das elites e do conhecimento acumulado que dispunha, ou seja, as tecnologias disponíveis nestes períodos.

1.1.1 As práticas de saúde e o controle das endemias

As primeiras iniciativas dos Estados em desenvolver ações de controle das epidemias e endemias foram motivadas pela necessidade de garantir o fortalecimento das nações (Alemanha, século XVIII), a vida nas cidades (França, final do século XVIII) e a mão-de-obra necessária ao início do processo de industrialização (Inglaterra, século XIX). Segundo o conhecimento disponível à

época, as ações se baseavam na quarentena, na organização e saneamento do espaço urbano, onde a teoria miasmática⁴ orientava as ações (FOUCAULT, 1984).

O movimento de Medicina Social ocorrido na Europa a partir de 1848 demonstrou a relação das epidemias com as condições sub-humanas de vida e incorporou as questões sociais às medidas de controle. No entanto, estas medidas ao questionarem a distribuição de renda e melhoria da qualidade de vida das classes pobres, foi de encontro aos interesses das classes dominantes à época (a burguesia e os industriais que encontravam-se em fase de ascensão social) e, como consequência, não conseguiram se tornar o modelo hegemônico de intervenção na saúde.

A pauperização da classe trabalhadora na Inglaterra, sobretudo no período inicial do capitalismo, foi responsável por altos índices de mortalidade por doenças infecto-contagiosas, uma vez que as condições de trabalho, moradia e nutrição levavam essa classe, sobretudo a população infantil, a estar mais submetida aos agravos. Diante da pressão da classe trabalhadora e da necessidade de preservar a força de trabalho, os países europeus viram-se forçados a implantar um programa de saneamento, melhoria das condições ambientais, de moradia e de trabalho. (DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

As descobertas da microbiologia constituíram um marco para a história da saúde pública, uma vez que trouxeram grandes avanços na elucidação dos mecanismos de transmissão, prevenção e cura de muitos das doenças infecto-contagiosas. Assim, foram implementadas políticas de saúde orientadas pelo marco

⁴ A teoria miasmática da saúde relaciona o estabelecimento das doenças às causas naturais dos lugares. Miasma significa mancha. As manchas, nesta teoria poluem os ambientes determinando o surgimento dos agravos. Esta teoria foi elaborada por Hipócrates e publicada no seu livro "*Ares, águas e lugares*". permaneceu por toda a Idade Média influenciando muitas das medidas de controle das doenças infecto-contagiosas epidêmicas e endêmicas. (SILVA, 2000; SILVA 2001).

teórico do modelo microbiológico. Este modelo, no lugar de garantir de forma mais ampla a melhoria qualitativa das condições de vida da população, priorizou, nas suas ações de prevenção e controle das doenças infecto-contagiosas, o uso massivo de antibióticos, vacinas e inseticidas na busca da interrupção dos ciclos de transmissão dos agentes etiológicos. Esta nova cortina que se abriu no conhecimento, desvendou algumas facetas do processo de saúde-doença e levou à ilusão de que a saúde das coletividades poderia ser conquistada sem se questionarem as causas sociais que interferem, condicionam e determinam a saúde.

Nos países de economia central, a organização e a luta política das classes trabalhadoras conseguiram garantir que as condições básicas de vida fossem estabelecidas. Como resultado, nestes países a expansão do saneamento básico e a melhoria das condições materiais de existência, aliaram-se aos avanços tecnológicos na área da microbiologia⁵ e foram determinantes na diminuição das enfermidades infecciosas. Em decorrência disto, houve uma transformação nos seus quadros epidemiológicos. As causas mais significativas da mortalidade passaram a ser as doenças ditas da modernidade, tais como as do aparelho circulatório e as enfermidades crônico-degenerativas, decorrentes do estilo de vida e do envelhecimento da população (SABROZA, 1995).

Já os países periféricos, em que as políticas sociais não proveram a melhoria da qualidade de vida das classes de menor poder aquisitivo e as políticas de saúde se orientaram pelo modelo microbiológico, não conseguiram reverter o seu perfil epidemiológico. Estes países encontram-se em um processo de transição epidemiológica, onde ocorre um convívio constrangedor entre as doenças típicas da

⁵ Aqui vale ressaltar o importante papel das vacinas e antibióticos na cura e prevenção de algumas doenças de origem infecciosa.

modernidade e doenças da miséria (como a cólera, hepatites, meningites, tuberculose, hanseníase e tantas outras). Donalísio (1999) aponta as desigualdades sociais como mantedoras e gestadoras desta situação. O agravamento da crise social nestes países, decorrentes do modelo econômico de desenvolvimento, vem propiciar o surgimento de novas endemias e ressurgimento de outras já controladas, algumas destas com novos comportamentos epidemiológicos e distribuição espacial.

O Brasil é um exemplo destes países que se encontram em transição epidemiológica. O exemplo dos países de economia central mostra que as políticas mais eficientes e eficazes de controle das doenças infecciosas e parasitárias são aquelas que conseguem garantir as medidas específicas do setor saúde, mas também interferir nas causas estruturais. Ou seja, demandam políticas intersetoriais que garantam o acesso quantitativo e qualitativo ao trabalho, salário digno, moradia, alimentação, saneamento básico, educação, lazer e tantos outros direitos sociais que visem a melhoria da qualidade de vida. Entretanto, em países periféricos como o nosso, tais medidas ainda não foram efetivadas. Ao contrário, o processo de exclusão social advindo do modelo de desenvolvimento econômico brasileiro, privou a maior parte da população das condições básicas de sobrevivência, propiciando a manutenção e propagação destes agravos. Como a persistência das enfermidades infecciosas e parasitárias expressam a dificuldade da maioria da nossa população em ter garantidos seus direitos de cidadania e o acesso aos bens de consumo coletivo, pode-se dizer, então, que se trata de uma doença da cidadania.

As medidas do setor saúde: vigilância à saúde⁶, assistência aos portadores e

⁶ Que envolvem ações articuladas da vigilância epidemiológica e sanitária no planejamento das ações de saúde.

familiares⁷ e educação em saúde, devem se dar de forma intrasetorial (articulando as ações dentro do setor saúde) e intersetorial (articulando as ações com outros setores, tais como a limpeza urbana, geração de renda, educação e tantos outros).

No entanto, as políticas brasileiras de controle das endemias, hegemonicamente foram planejadas de forma centralizada (distante das realidades, necessidades e possibilidades locais), verticalizada⁸, autoritária e tendo como orientação o modelo microbiológico do processo saúde-doença. Desta forma, as ações de controle caracterizaram-se por priorizar o uso massivo de inseticidas ou a medicalização dos indivíduos, de forma desarticulada, tanto do ponto de vista intrasetorial, como intersetorial.

1.2 O papel da educação em saúde no controle das endemias

A ação educativa é de fundamental importância na construção de novos conhecimentos que contribuam para prevenir agravos, buscar estratégias de superação da realidade e contribuir na melhoria da qualidade de vida da população, uma vez que tem grande capacidade de:

- permear todas as demais ações do setor saúde;
- constituir-se como possibilidade de reordenamento global dos serviços;
- ser uma das medidas estratégicas para se construir a intersectorialidade das

⁷ Dependendo da complexidade do agravo pode envolver, atendimento clínico, exames laboratoriais, fisioterapia, psicologia, assistência social, intervenções cirúrgicas e organização social para formação de associação de portadores e familiares.

⁸ Ou seja, são organizados programas de controle específicos para cada agravo, tais como o Programa da Malária e o Programa de Controle da Febre Amarela. Este arranjo institucional leva a uma prática de controle focal e desarticulada.

- ações e,
- envolver a população nas medidas preventivas.

No discurso oficial, a educação em saúde tem sido referendada como uma das mais importantes estratégias de controle das endemias. No entanto, hegemonicamente, na prática das instituições, ora ela é percebida como a única estratégia implementada, ora sua importância não ultrapassa o discurso, onde os investimentos destinados a esta em muito deixam a desejar. Sendo assim, é importante lembrar que a educação em saúde tanto faz parte de um conjunto de ações, e portanto, não pode ser pensada como a única ação capaz de reverter os quadros de saúde, como também são ações que necessitam de planejamento e investimentos para a sua realização.

As ações educativas em saúde no controle das endemias serão compreendidas no presente estudo como ações formais ou informais, resultantes das relações que se travam no cotidiano ou das campanhas de massa e que tenham por objetivo desenvolver novos conhecimentos e práticas que visem contribuir na interrupção ou prevenção da ocorrência destes agravos na sociedade e na transformação das realidades de saúde.

Também vale salientar que de acordo com os referenciais teóricos da educação e da saúde que orientam as suas ações e com os projetos políticos em que estiver inserida, a educação em saúde pode se constituir em uma estratégia de normatização social ao sistema político e econômico ou de emancipação dos sujeitos para uma atuação crítica e criativa na transformação das realidades de saúde.

Infelizmente, foi o referencial normatizador que se tornou hegemônico no país, caracterizando as práticas educativas em saúde como autoritárias, sem

considerar as questões sociais que condicionam os processos endêmicos e o poder dos indivíduos de transformar suas realidades. Como resultado, ajudou a fortalecer o modelo de desenvolvimento excludente adotado no país, uma vez que não o questionou. Ainda culpabilizou a população pelo seu quadro sanitário, pois, eximiu o Estado da sua responsabilidade de garantir as condições dignas de vida e desenvolveu um discurso que a população adoecia ou morria, em decorrência de não adotar as orientações dadas pelo processo educativo.

Assim, o referencial normatizador não conseguiu perceber a população como principal sujeito **meio** das transformações sociais e sim como objeto **fim** das intervenções, o que a levou a utilizar-se de linguagens inadequadas e pouco eficientes. Deste modo, as práticas institucionais de educação em saúde no controle das endemias revelaram-se deficientes para cumprirem o seu papel de construir novos conhecimentos possíveis de transformar as realidades de saúde.

Não se pode negar que em algumas conjunturas conseguiu-se a erradicação e eliminação de alguns agravos (tais como a varíola e a poliomielite) e o controle ou circunscrição de outros a algumas áreas endêmicas (como a malária e a febre amarela). No entanto, os limites do modelo brasileiro de controle das endemias tanto fizeram persistir alguns destas enfermidades (como a leptospirose e a raiva), como fizeram vir à cena, no final do século XX, o pesadelo da urbanização das endemias e da expansão de agravos antes restritos à zona rural ou silvestre (como a leishmaniose) e o retorno de algumas já controladas (como a cólera e a dengue). Estas constatações levam à necessidade de se repensarem as ações de controle das endemias dentro da atual conjuntura político-econômica e sanitária do país.

1.3 A educação em saúde e a descentralização e municipalização das ações de controle das endemias: novas perspectivas

Em decorrência das transformações ocorridas no final dos anos 80 no campo das políticas de saúde, o país começa a década de 90 com a configuração de um novo modelo de saúde. Um dos principais impactos do novo direcionamento das políticas de saúde no controle das endemias é a **descentralização** e **municipalização** das ações. Ou seja, passam a ser responsabilidade dos municípios o planejamento e a execução das ações de controle. Neste novo modelo, a participação popular é apontada como uma importante estratégia para o controle social do Sistema de Saúde.

O modelo hegemônico da educação em saúde no controle das endemias se contrapõe a esta nova conjuntura. A sua prática antidemocrática dificulta ou inviabiliza o processo participativo, tornando-a incoerente com as novas direções do sistema.

Tal qual as políticas de controle das endemias, também faz-se necessário repensar o modelo educativo em saúde. O processo de municipalização do controle das endemias pode abrir novos caminhos no sentido da transformação das ações educativas. Algumas experiências, orientadas pela educação popular em saúde, vêm incorporando novas práticas e posturas diante da população que podem levar à reorientação dos serviços. Procura-se vivenciar um processo educativo baseado na participação crítica e criativa da população, no diálogo e respeito pelas pessoas pelos seus saberes, sentimentos, cultura e na co-responsabilização social⁹ na promoção da saúde. Nesse sentido, busca-se romper com o modelo hegemônico e

contribuir no fortalecimento dos indivíduos para uma atuação participativa e crítica na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), da melhoria da qualidade de vida e da cidadania.

Estamos, portanto, vivendo no país um momento rico de transformações das políticas de saúde e dentro destas, do controle das endemias. Fato que remete para a importância de realizar estudos que acompanhem essas transformações, apontando limites a serem superados e novos caminhos, com o objetivo de fortalecer este processo, pois, há uma grande carência em se encontrar tais estudos, sobretudo, em virtude destas transformações serem muito recentes na nossa história.

Certamente, um único estudo não conseguiria dar conta dos infinitos arranjos institucionais, nas mais diferentes realidades epidemiológicas, políticas e culturais dos diversos municípios do país. Portanto, é necessário que o estudo destas transformações dê um recorte mais focal, a partir da compreensão da dinâmica local.

Ainda vale acrescentar a este debate a importância de que esses estudos foquem a dimensão subjetiva do processo. As transformações de uma política institucional não se limitam às inovações tecnológicas e de rotinas do serviço, pois um modelo historicamente construído deixa raízes profundas que se expressam não só nas rotinas de trabalho, mas também que adentram os valores culturais e as atitudes interpessoais da equipe e desta com a comunidade com que se relaciona. Ou seja, essas transformações se dão também em dimensões subjetivas dos atores envolvidos.

⁹ Estou me referindo a uma nova postura da educação em saúde, onde a culpabilização social é trocada por uma reflexão crítica e pactuada dos diversos papéis e responsabilidades no processo de promoção da saúde (ou seja, dos poderes públicos, da sociedade civil organizada e de cada pessoa).

Merhy (1997) situa a luta pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde em dois campos: o macro-estrutural das transformações políticas e legais e o das transformações institucionais, espaço das micro-políticas do cotidiano. Levando em consideração estas reflexões, devemos incorporar outro dado ao pensarmos no redirecionamento dos serviços de saúde: a dimensão subjetiva dos atores envolvidos. Afinal, essas transformações são, na realidade, construídas no cotidiano dos serviços entre estes atores. E o agir destes é permeado por um confronto de valores culturais, desejos, necessidades, motivações que dão singularidade, intencionalidade e significado a suas ações. Além de uma mudança político-gerencial, estamos diante de uma transformação cultural das ações de controle das endemias e de suas práticas educativas.

Para se conseguir visualizar com mais nitidez como o processo de descentralização do controle das endemias está ocorrendo, é necessário que a aproximação com a realidade local se dê a partir do cotidiano dos serviços municipais, pois, é lá que ele está acontecendo. Essa vivência levará o/a pesquisador/a a entrar em contato com a prática dos profissionais na qual há uma junção das orientações políticas que o município adota e a subjetividade dos seus atores que imprimem ao seu fazer cotidiano intencionalidades, desejos, limites e possibilidades. É, portanto, no cotidiano que a vida se expressa com toda a sua força, distante de uma realidade teórica do deve ser. Com o objetivo de trazer para o estudo essa pulsação de vida, escolhi o município de Camaragibe como local para o presente estudo, uma vez que além de ser um município que vem implementando as suas ações de controle, o faz a partir de um novo referencial, o controle integrado das endemias. Acresce ainda salientar, que o município também buscou renovar o

referencial de suas práticas educativas, adotando como diretriz a educação popular em saúde.

Para tanto, direcionarei o meu olhar para a prática cotidiana dos agentes de controle das endemias, pois, eles têm um grande potencial para se constituir em um dos principais educadores em saúde no controle das endemias uma vez que estão cotidianamente estabelecendo relações de troca com a comunidade durante suas visitas domiciliares. Deste modo, esses agentes representam uma categoria profissional ideal para um estudo que pretenda sistematizar as práticas educativas no contexto municipal, pois, o acompanhamento de suas atividades no cotidiano dos serviços pode, em muito, contribuir para a compreensão e sistematização dessas novas transformações. Buscarei investigar as seguintes questões:

- Que propostas são estas de controle integrado das endemias e de educação popular em saúde que o município de Camaragibe tem buscado construir, quais os referenciais teóricos e metodológicos que as guiam e quais são os principais limites e possibilidades que o município encontra em implementá-las?

- A política de controle das endemias de Camaragibe consegue se integrar à de educação em saúde?

Tendo em vista o potencial que os agentes de controle das endemias têm para exercerem o papel de educadores e a importância de incorporar a dimensão subjetiva nestes estudos, novas questões surgem:

- Como os agentes de endemias vêm implementando suas ações e como vêem o que fazem e como fazem?

- Os agentes de endemias conseguem incorporar seu papel de educador e a proposta municipal de controle das endemias e de educação popular em saúde?

A compreensão dessas transformações políticas, gerenciais e culturais do controle das endemias, ao visualizar espaços possíveis de atuação e limites a serem superados, pode se constituir em mais um suporte reflexivo que pode contribuir no fortalecimento do Sistema Único de Saúde humanizado e coerente com os princípios de cidadania e melhoria da qualidade de vida.

Este capítulo teve como finalidade tecer uma primeira aproximação com o tema para poder apresentar os objetivos e os caminhos metodológicos que tracei neste estudo. Deste modo, após apresentá-los retornarei à temática com uma abordagem histórica de como estas políticas foram implementadas no país, quais as teorias da educação e da saúde que lhes deram sustentação e a que interesses estavam ligadas. Em seguida, farei uma análise da atual conjuntura política, gerencial e epidemiológica das ações de controle das endemias e de sua prática educativa, apontando as principais críticas e sugestões para seu redirecionamento.

1.4 Objetivos da Pesquisa

1.4.1 Objetivo Geral

Este trabalho pretende mapear as resistências, as dificuldades e possibilidades de institucionalização da educação popular em saúde nas ações de controle das endemias, focalizando a prática educativa dos agentes de controle das endemias, em Camaragibe.

1.4.2 Objetivos Específicos

Como estas práticas se dão dentro de uma articulação entre a política e estrutura institucional com a subjetividade dos atores sociais que lhes conferem significado e intencionalidade, os objetivos específicos deste estudo serão:

1. Conhecer a realidade geo-política e sanitária do município;
2. Historiar a implantação e implementação dos serviços de controle das endemias e o de educação em saúde no município de Camaragibe;
3. Conhecer os agentes de controle das endemias e seu cotidiano de trabalho, desvendando:
 - a) quem são esses novos atores municipais;
 - b) qual a organização e o processo de trabalho destes agentes;
 - c) o que pensam, o que sentem e como vivenciam seu papel de educador em saúde e,
 - d) quais os principais limites e possibilidades que encontram no desempenho de suas atividades, em especial as educativas.

Parte 1- O TAO DA PESQUISA

CORPO DE LAMA

*Este corpo de lama que tu vê
É apenas a imagem do que soul
Este corpo de lama que tu vê
É apenas a imagem do que é tu
Que o sol não seque os pensamentos
Mas que a chuva mude os sentimentos
Se o asfalto é meu amigo eu caminho como
Aquele grupo de caranguejos
Ouvindo a música dos trovões
Essa chuva de longe que tu vê
É apenas a imagem do que soul
Esse sol bem de longe que tu vê
É apenas a imagem que é tu
Fiquei apenas pensando
Que seu rosto parece com as minhas idéias
Fiquei lembrando que há muitas garotas em ruas distantes
Há muitos meninos correndo em mangues distantes
Essa rua de longe que tu vê
É apenas a imagem que soul
Esse mangue distante que tu vê
É apenas a imagem que é tu (...)
Deixar que os olhos vejam pequenos detalhes lentamente*

CHICO SCIENCE E NAÇÃO ZUMBI. Afrociberdélia

Capítulo 2- O TAO DA PESQUISA

Considereei esta pesquisa como uma viagem, onde as principais paisagens foram formadas a partir de atitudes, gestos, palavras e olhares das pessoas com quem tive contato neste percurso e que foram de fundamental importância para me ajudar a reconstituir o cotidiano do serviço de controle das endemias no município de Camaragibe e conhecer concepções e práticas de seus agentes de controle das endemias, em especial suas práticas educativas. Falar de sua metodologia é traçar um mapa destes caminhos (tao), os quais ensaiaram a construção de uma visão integralizadora, no sentido de incorporar a razão e a emoção ao desenvolvimento do pensamento. Um caminho que se fez com o coração.

O objetivo deste capítulo é compartilhar como se deu esta vivência e para tanto, partirei do processo subjetivo de elaboração da pesquisa e justificarei os critérios para a seleção da metodologia, tipo de estudo, área pesquisada, procedimentos metodológicos de investigação e análise de dados.

2.1 As motivações da Pesquisa

A descrição da cartografia desta pesquisa começa com o “caminho do coração”, isto é, os caminhos subjetivos que me moveram neste processo.

Após vivenciar na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, no período de 1995/8, um processo de busca da institucionalização da educação popular em saúde, senti a necessidade de me aproximar do cotidiano dos serviços municipais para conhecer sua dinâmica, visualizar possibilidades e entraves para o processo de institucionalização da proposta de educação popular em saúde, visando uma posterior sistematização e socialização desta vivência. Esse desejo tinha suas

origens tanto na dificuldade que sentíamos em encontrar bibliografia que unisse teoria e prática para nos orientar no momento da implantação das ações, como também por acreditar na educação popular em saúde enquanto projeto político estratégico para fortalecimento e emancipação das pessoas na luta pela melhoria da qualidade de vida e pelo direito a autoridade. A escolha pelo Mestrado de Educação Popular da UFPB foi o caminho que me pareceu mais apropriado, principalmente, pelas contribuições do meu orientador no que toca ao fortalecimento da educação popular em saúde.

Para Rolnik (1992), durante a nossa existência vivenciamos experiências e estranhamentos que nos invadem em determinadas situações e que nos levam a um estado de desequilíbrio do Ser. Pois, estas situações deixam marcas no nosso inconsciente e se materializam no nosso corpo, somando-se a outras já existentes e remodelando nosso Ser, nos transformando em um outro Ser, com novos contornos. Um processo de desassossego que chama de “devir-outro”. Essas esculturas formadas em nossos corpos não morrem, determinadas situações que nos aproximam de suas origens têm a capacidade de reavivá-las. Este desassossego, entre tantas coisas, nos leva ao desejo de conhecer.

Foi seguindo esta pista que encontrei novos elementos que me levaram a compreender melhor a escolha do município e do tema. O que pode parecer óbvio nesta determinação era a comodidade de se estudar uma realidade em que já se está inserida e a qual se conhece com uma certa intimidade. No entanto, apesar de ter acúmulo teórico e prático nesta área do conhecimento, não sentia empolgação pela pesquisa, o que se dava por talvez já saber, logo no início da pesquisa, que no município de Camaragibe outras experiências de educação em saúde estavam mais

próximas da educação popular em saúde¹. Hoje, relendo meu diário de campo, percebo que só no transcorrer da pesquisa pude entrar em contato com mais um dos desassossegos que desencadearam minhas motivações para conhecer a realidade em estudo. Isto se deu quando comecei a me deparar com as marcas de exclusão social refletidas no olhar dos agentes de controle das endemias durante as sessões de humilhação coletiva que eles sofriam em decorrência do modelo gerencial². Assim, além do desejo de fortalecer a educação popular em saúde enquanto projeto político-institucional que contribua na emancipação dos indivíduos, encontrei-me com um outro centro motivador, desmistificar os antigos “caça mosquitos”, “guardas sanitários”, ou seja como for que esta categoria profissional vem sendo chamada ao longo dos anos. Estas denominações refletem a simbologia da cultura institucional militarizada, bem como a exclusão social sobre esta categoria profissional, as quais revestindo os agentes municipais com um processo de discriminação e preconceitos, que tem um impacto negativo na sua auto-estima, na sua vocação de transformadores do mundo em que vivem e no seu direito à autoridade.

Vasconcelos (1999) faz um resgate da trajetória da educação popular enquanto metodologia educativa. Em suas origens, esta tem uma marcante influência de sentimentos cristãos de solidariedade. Em momentos posteriores, essa metodologia sofreu um processo de politização e as teorias marxistas tornaram-se uma de suas principais referências teóricas e o centro motivador de suas intervenções. Como resultado, as pesquisas na área da educação popular aliaram-se à luta de classes. O respeito e valorização à cultura, aproximou sua metodologia

¹ Refiro-me, as vivências desenvolvidas pela divisão de Educação em Saúde junto ao PSF. Estas ações serão trazidas brevemente no capítulo que apresenta a política de saúde do município de Camaragibe.

² Este tema será retomado nos capítulos que trazem os achados de campo, principalmente no capítulo 8.

dos métodos antropológico e da subjetividade. Mesmo diante da crise pós-moderna de questionamento das grandes utopias universalizantes, a educação popular encontra, meio ao caos, um sentido de organização que passa pela esperança da construção de um mundo mais justo, construído no diálogo e fortalecimento dos grupos sociais excluídos.

Para Paulo Freire, (apud MACHADO, 1997, p. 8), sua preocupação com o método era a sua natureza política:

A minha grande preocupação é o método enquanto caminho de conhecimento. Mas, a gente ainda tem que perguntar **em favor de quem** conhecer e, portanto, **contra que** conhecer, **em favor de quem** conhecer e **contra que conhecer**. Essas perguntas..., nos levam a outra obviedade que é a natureza política da educação. (grifo do autor).

Coloco assim, que tenho um posicionamento político que se põe contra o modelo tradicional de educação em saúde que ao aliar-se às elites, contribui na exclusão social e subjetiva das classes populares. Também me oponho à discriminação e exclusão da categoria profissional dos agentes de controle das endemias, fruto do modelo gerencial das instituições responsáveis pela implementação do controle das endemias no país. Mas, terei como desafio fugir de um dualismo que classifica as pessoas entre as boas e as más, assim, procurarei, no cotidiano, as facetas dos processos históricos e subjetivos que nos ajudem a compreender a realidade, assim como ela se apresenta, distante de um deve ser preconcebido.

Encontro-me com a motivação que me insere nesta pesquisa e que me deu fôlego para realizá-la, o amor que sinto “pelas pessoas e pelo mundo” e a esperança na possibilidade de que este mundo possa se ressignificar. Deixo de lado qualquer pretensão de neutralidade.

Diante desta postura, poder-se-ia questionar se esta pesquisa se adequaria ao método científico.

O pensamento ocidental moderno se desenvolveu a partir da visão filosófica cartesiana que separou o corpo/espírito, matéria/mente. Em decorrência desta dualidade, a ciência erigida na modernidade se deu a partir de uma visão fragmentada de ser humano e de mundo.

Essa divisão levou à crença de que só era possível conhecer o mundo pela razão, onde o/a observador/a era neutro/a. Os sentimentos, emoções e posicionamentos políticos distorceriam a realidade e levariam a uma visão obscura da vida. Buscava-se no positivismo classificar, quantificar e criar leis universais. O mundo virou um grande laboratório e se buscou desvelá-lo pelos métodos quantitativos das ciências naturais. Soma-se ainda que a ciência, ao alijar a discussão política, ajudou a escrever nas suas entrelinhas, a história do sistema econômico capitalista e seu processo de dominação e exclusão social.

A ciência na perspectiva positivista, ao desprezar as dimensões subjetivas, perdeu a acuidade de visualizar o que está mais perto de nós, a vida em toda a sua pluralidade. O cotidiano é polissêmico e é significado e ressignificado nas atitudes banais do dia a dia, onde a vida deixa de ser apreendida como um dever ser ligados a conceitos preestabelecidos e passa a se expressar como ela é vivida por seus atores sociais em sua singularidade.

E quando há vida, há labilidade, dinamismo. A vida não se deixa enclausurar. Quando muito é possível captar-lhes os contornos, descrever-lhe a forma, levantar suas características essenciais. Assim procedendo opera-se conhecimentos sem, por isso, praticar uma taxidermia que alfineta, cataloga e põe em ordem um corpus de objetos mortos. Paradoxalmente, tal respeito à vida movente é propriamente aquilo que, se for bem gerido, pode culminar num conhecimento mais completo daquilo que entende apreender. (MAFFESOLI, 1998, p. 47).

Nos métodos naturais, a partir das descobertas da Lei da relatividade e da física quântica, descobriu-se que o observador, mesmo num laboratório, influencia os resultados observados e que as suas conclusões são circunstanciais (CAPRA, 1983).

Se dentro da física, onde se desenvolveu o pensamento ocidental moderno, a neutralidade é questionada, nos estudos das ciências sociais a crítica a neutralidade do observador é muito mais contundente. A partir da necessidade de se conhecer o mundo a partir do olhar das interações humanas, o/a pesquisador/a entra em contato com questões difíceis de se quantificar, dentre estas, com a subjetividade das pessoas com quem interage, e que por esta também é marcado/a. A própria escolha pelo tema é determinada pelo desejo de se conhecer a realidade (GOLDENBERG, 1997). Para Maffesoli (1998, p. 47) a descrição da realidade feita a partir da:

[...] convivência e da empatia [...] nos faz entrar no próprio coração de nosso objeto de estudo, vibrar com suas emoções, participar de seus afetos, compreender o complexo arabesco dos sentimentos e das interações de que ele está impregnado. Por isso mesmo, o observador social não tem pretensões à objetividade absoluta, não tem uma posição impositiva, não é o simples adjuvante de um poder qualquer que seja; ele é, simplesmente, parte integrante do objeto estudado, desenvolve um saber puro, um conhecimento erótico. Coisas que induzem a uma sociologia acariciante

Assim, acredito em uma ciência que ao mesmo tempo que não tenha a pretensão de esgotar a realidade e universalizar os conhecimentos construídos, também seja capaz de enxergar a vida como ela é, em sua pluralidade, polifonia e singularidade. Uma ciência que ao se aproximar da emoção e da sensibilidade não “seque os pensamentos”, mas que ao reconhecê-las, seja capaz de “mudar os sentimentos”. Assim, surge uma nova questão: Que métodos poderiam dar embasamento teórico para a realização desta pesquisa?

2.2 A escolha da metodologia e do tipo de estudo

Para a escolha da metodologia e do tipo de estudo fui guiada pelas características inerentes à realidade a ser pesquisada. Esta escolha se constituiu um desafio, pois, ao buscar apreender a dinâmica municipal dos serviços de controle das endemias, tendo como foco o agir educativo dos agentes de controle das endemias, me vi desbravando um campo de conhecimento que tem como principais características ser novo e complexo.

Como sabemos, a municipalização dos serviços de controle das endemias é um fato recente na história do país. Conseqüentemente, a produção acadêmica ainda é incipiente, o que trouxe dificuldades em encontrar material bibliográfico que desse suporte à nossa reflexão.

Trata-se também de um objeto de estudo complexo que demandou lançar um olhar amplo sobre a realidade que pretendi desvendar. Como já foi visto, a ocorrência das doenças endêmicas, bem como o seu controle são condicionados por uma estrutura macrossocial, mas, é no universo micro do cotidiano dos serviços que o agir humano ganha sua singularidade e intencionalidade, através da interação dos atores sociais que tecem uma rede de significados, motivações, desejos, necessidades e esperanças. Deste modo, percebe-se que a escolha do caminho para desvendar esta realidade deve considerar o caráter político e subjetivo, macroestruturais e microestruturais da realidade em estudo.

Uma vez que o objeto de estudo lida diretamente com questões difíceis de serem quantificadas, a metodologia escolhida para o presente trabalho que mais se adequou às necessidades da pesquisa foi de base qualitativa. Minayo (1994, p. 10), define as pesquisas qualitativas como:

Aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e INTENCIONALIDADE inerentes aos atos, às relações e às estruturas

sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. (grifo do autor).

No entanto, vale ressaltar que não existe uma oposição entre os dados quantitativos e os qualitativos e sim, uma complementaridade entre estes (MACHADO, 1997). Assim posto, também utilizei dados quantitativos, sobretudo durante a caracterização do município, do seu quadro epidemiológico e na construção do perfil do grupo estudado.

Definida a base metodológica do estudo, parti para a escolha do estudo que melhor se adequaria à pesquisa. Dada a escassa produção acadêmica acerca do tema e a necessidade de articular as esferas macro e micro, esta pesquisa caracterizou-se por ser um estudo exploratório a partir de um estudo de caso. Segundo Gil (1989, p. 102), as pesquisas exploratórias têm como objetivo:

Proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.

A necessidade de aproximação do cotidiano desses serviços levou à delimitação do campo de estudo, sem, no entanto, perder a dimensão das questões globais, processo esse que é facilitado pelo estudo de caso, onde:

O caso é tomado como unidade significativa do todo e, por isso, suficiente tanto para fundamentar um julgamento fidedigno quanto propor uma intervenção. É considerado também como um marco de referência de complexas condições socioculturais que envolvem uma situação e tanto retrata uma realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais, presentes em uma situação. (CHIAZZOTTI, 1995, p. 102).

2.3 Critérios para escolha da área de estudo

O estudo buscou uma visão panorâmica do município de Camaragibe. Para tanto, acompanhei um agente em cada Região Político-Administrativa com o

objetivo de conhecer suas práticas. No entanto, durante a pesquisa, encontrei uma situação inovadora na Região III do município, a qual apresentava sinais evidentes de uma ruptura com o modelo gerencial do serviço e da organização do processo de trabalho, apontando, inclusive, para a sua superação. O chefe de turma desta região trouxe para o serviço sua vivência nos movimentos sociais de sua comunidade e desenvolveu ações educativas e de organização comunitária com duas equipes de saúde da família de sua região. Ainda buscou incentivar os seus agentes para a diminuir o uso do larvicida e privilegiar o controle mecânico do vetor e a prática educativa para o controle da dengue. Diante desta situação, modifiquei a rota da pesquisa e aumentei o número de agentes desta Região entrevistados e/ou acompanhados no campo.

2.4 A escolha dos procedimentos metodológicos

Para a escolha dos procedimentos adotados na pesquisa me guiei pela técnica da triangulação, dada a sua capacidade de conseguir construir uma visão articuladora das dimensões macro e micro da questão e garantir uma melhor validação, pois como nos cita Trivinos (1988, p. 138):

A técnica da triangulação tem por objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo. Parte de princípios que é impossível conceber a existência de um fenômeno social, sem raízes históricas, sem significados culturais e sem vinculações estreitas e essenciais com uma macrorrealidade social.

Para Minayo (1994, p. 102) a triangulação consiste “no uso concomitante de várias técnicas de abordagens e de várias modalidades de análise, vários informantes e pontos de vista”.

Trivinos (1998), sugere que nos guiemos por processos e produtos orientados pelos sujeitos da pesquisa, do meio em que os sujeitos estão inseridos

(documentos institucionais, legais, oficiais, estatísticas e fotografias) e por fim, por produtos produzidos pela macro estrutura.

Orientada por esta técnica, busquei diversificar tanto os atores sociais entrevistados, como os instrumentos de coleta dos dados. Ainda parti do pressuposto de Magnani (1986, p. 140) que “discurso e prática não são realidades que se opõem, um operando por distorção com respeito a outra; são antes pistas diferentes e complementares para a compreensão do significado”. Deste modo, os instrumentos escolhidos somaram observações da prática à concepção oral dos sujeitos acerca do tema estudado. Isto é, tiveram por objetivo apreender a percepção dos sujeitos envolvidos (pesquisadora e pesquisados), dos aspectos das políticas nacional e municipal do controle das endemias (esfera macro) e das relações subjetivas dos sujeitos no cenário cotidiano do serviço (esfera micro). Assim, foram utilizadas a observação participante, entrevistas semi-estruturadas e leitura bibliográfica e de documentos (das esferas municipal, estadual e nacional).

2.4.1 Observação participante

A observação é tida como uma das fases mais importantes da pesquisa qualitativa, pois, é a partir dela que podemos compreender através de gestos, atitudes, expressões, sentimentos e emoções dados complementares que não são desvelados nas entrevistas, em função de, muitas vezes, ainda não estarem na forma da consciência. Este é momento de “*Deixar que os olhos vejam pequenos detalhes lentamente*” de se permitir ser impregnado/a de realidade.

Identifiquei na observação participante o suporte metodológico mais adequado para a investigação. Esta é definida por Schwartz e Schwartz (apud MINAYO, 1994, p. 135):

[...] como um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, como finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte da observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto.

A observação se deu em dois momentos. O primeiro, foi vivenciado num período de um ano e cinco meses (fevereiro de 1999 a julho de 2000). Considero este período como uma primeira aproximação com o até então, suposto campo de pesquisa, uma vez que as idas ao campo foram assistemáticas e sem um recorte específico, mas de fundamental importância para a delimitação do objeto de estudo e direcionamento da fase posterior. Na realidade, a minha inserção, nesta fase foi como sanitarista, onde realizei um diagnóstico da situação dos agentes de controle das endemias no campo, tendo em vista uma assessoria prestada a Diretoria de Vigilância Epidemiológica e Sanitária (DIEVIS) para a construção de uma proposta de capacitação continuada. Valendo-me do consentimento da gerente da Vigilância Epidemiológica, os dados coletados neste período foram também utilizados neste estudo.

Uma grande contribuição desta vivência se deu a partir do aprendizado adquirido na fase de análise dos dados, sob a orientação de Marília Siqueira. Desde então, percebi a importância de otimizar o máximo possível a organização dos dados para a sua posterior sistematização.

Nessa etapa, também realizei com o serviço duas capacitações. A primeira realizada em março de 1999 e a segunda, em março de 2000.

A participação nessas oficinas foi de fundamental importância para a delimitação do estudo. O uso de dramatizações e os debates me permitiram ter um primeiro contato com algumas concepções e práticas dos agentes acerca do que fazem, bem como o impacto que o modelo gerencial exercia nesses sujeitos.

A segunda fase da pesquisa ocorreu num período de quatro meses (agosto a dezembro de 2000). Nesse momento retornei ao campo já tendo definido os objetivos e as etapas da pesquisa. Procurei deixar claro tanto para a Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe, como para os profissionais, a minha inserção como pesquisadora. Para tanto, entreguei o projeto de pesquisa à gerente do serviço e expus os objetivos da pesquisa aos agentes com o objetivo de ter o consentimento destes para a realização da pesquisa.

A observação, neste período, concentrou-se na realização das entrevistas com os profissionais e no acompanhamento das atividades de trabalho dos agentes no campo. O que se deu em horários diversificados e em turmas diferentes, visando realizar uma reconstrução do seu cotidiano, como é sugerido por Trivinos (1998).

O acompanhamento de cada agente se deu durante um turno de trabalho (quatro horas). No início fiquei temerosa com o pouco tempo, mas como o trabalho deles é extremamente repetitivo, em pouco tempo senti que os acompanhamentos haviam esgotado fatos novos.

Vale lembrar que dada a peculiaridade dos trabalhos desenvolvidos na Região III, esta tornou-se a área de concentração da pesquisa.

A idéia inicial era acompanhar os agentes que tinham sido entrevistados. No entanto, dada a dinâmica do cotidiano do serviço e o tempo escasso do qual dispunha, alguns agentes que entrevistei não consegui acompanhar e outros que não foram entrevistados, pude observá-los em suas atividades.

A escolha dos agentes entrevistados ou acompanhados no campo seguiu, em alguns momentos, indicação do chefe de turma, em outros, fui guiada por elementos que surgiam no transcorrer da pesquisa e demandavam uma maior aproximação destes sujeitos. Por questões éticas, **todos os nomes utilizados na pesquisa serão fictícios**, a fim de preservar os participantes.

Quadro 1 - **Situação dos agentes quanto ao acompanhamento e entrevista.**

Situação de entrevista e acompanhamento	Turmas por Região Administrativa e PE*						Total
	I	II	III	IV	V	P.E	
Agentes entrevistados e acompanhados	01	01	01	01	01	-	05
Agentes entrevistados	-	-	02	-	-	01	03
Agentes acompanhados	-	-	02	-	-	-	02
Total	01	01	05	01	01	01	08

* Equipe de pontos estratégicos

Saliente-se ressaltar que durante a entrevista com a Secretária de Saúde, em decorrência da transição da gestão, o serviço de controle das endemias se encontrava num momento de redirecionamento de seu modelo. Diante deste cenário, foi sugerido pela Secretária de Saúde que houvesse um retorno ao serviço dos achados de campo, como forma de contribuir nesse redirecionamento, mesmo que as observações de campo ainda não estivessem devidamente sistematizadas. Assim, algumas observações foram relatadas ao novo gerente do serviço. Também me foi solicitada a realização de uma oficina de Capacitação de Educação em Saúde junto aos agentes de controle das endemias. Esta oficina se deu em dezembro de 2000 e teve como objetivo sensibilizar os agentes para a proposta municipal de educação popular em saúde e aumentar suas habilidades no

desenvolvimento de atividades educativas. As observações dessa vivência foram utilizadas no presente trabalho.

As observações dos agentes no campo foram guiadas por um roteiro (em anexo I) que me possibilitou estar mais atenta aos objetivos da investigação e foram registradas num diário de pesquisa para uma posterior sistematização. Este diário que teve suas primeiras anotações no mês de fevereiro de 1999 e foi de fundamental importância para a análise do material, pois, foi composto dos fatos marcantes do cotidiano, relatórios de oficinas, roteiro de observação e conversas informais com os profissionais.

Tentei, neste processo de composição do diário de campo, desenvolver “a sensibilidade do poeta capaz de penetrar amorosamente as intimidades” (PITTA, 1997). Pois, é essa sensibilidade que nos facilita trazer para a ciência a junção do sensível e do saber instituído. Esta junção é baseada na procura de Maffesoli (1998) do desenvolvimento e incorporação da experiência sensível na pesquisa, isto é, trazer os sentimentos, a emoção para o desenvolvimento do pensamento. Esse exercício demanda do/a pesquisador/a romper com uma pretensa neutralidade e permitir deixar-se ser tocado/a e tocar a realidade. Deste modo, também registrei as sensações, os sentimentos e inquietações que me tomaram a alma, não só durante a pesquisa, como também em todo o curso do mestrado.

Maffesoli (1998) ao mesmo tempo em que fala da urgência de uma vivência sensível na pesquisa que reconcilie o pensamento com a vida, fala de sua dificuldade, afinal, é algo a ser reaprendido.

Senti algumas dificuldades durante este processo de encontro de subjetividades. Havia muitos jogos de poder, disputas, desempenho de papel de vítima, sedução, transferência de responsabilidade, culpabilização e tantas outras

situações. Uma das dificuldades enfrentadas foi evitar entrar nestes jogos que se desencadeiam nestas relações, mas a mais difícil, foi quando identifiquei dificuldades e limites das pessoas com que eu tenho um contato afetivo.

Algumas críticas das escolas positivistas alertam para possíveis distorções na pesquisa do tipo qualitativo, no que toca a estas situações. Segundo essas críticas, a “ausência” da neutralidade pode levar o/a pesquisador/a manipular, modelar os dados. No entanto, alguns autores diante da impossibilidade da neutralidade, apontam caminhos para se conviver com esta situação. O fato do/a observador/a ter claros seus posicionamentos e suas escalas valorativas contribui para um exercício de conter sua subjetividade (GOLDEMBERG, 1998).

A observação participante, neste aspecto, pareceu-me um exercício de tensão. Ao mesmo tempo em que busquei permitir-me tocar, ser tocada pela realidade, identificando semelhança e divergência de valores culturais, políticos e éticos com os diversos atores com quem me deparei durante a pesquisa, também procurei perceber como as marcas vivenciadas na pesquisa ressoavam em mim. Este foi o caminho que procurei construir uma distância necessária a fim de diferenciar meus conteúdos subjetivos, bem como não entrar nos jogos de poder, conviver e respeitar os limites humanos. Busquei, assim, evitar manipular as análises e os dados, sem negar a subjetividade contida neles.

2.4.2 Entrevistas semi-estruturadas

A entrevista, a técnica mais antiga nas pesquisas sociais foi utilizada pela sua capacidade de coletar dados sobre “o que as pessoas sabem, pensam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes” (GIL, 1989, p, 113).

Utilizei a técnica da entrevista semi-estruturada, a qual é referida por Minayo (1994) como uma conversa com finalidades que partem de questionamentos básicos, mas, permitem também a inclusão das novas indagações que vão surgindo no seu percurso. Deste modo, propiciam o desenvolvimento espontâneo do pensamento dos entrevistados que transcorrem livremente sobre o tema, permitindo que algumas questões sejam aprofundadas ou que atinjam níveis mais afetivos. Assim, as perguntas foram realizadas respeitando, ao máximo possível, o raciocínio do/a entrevistado/a e o ritmo da “conversa”

Dentro de uma pesquisa qualitativa a amostragem deve se guiar por sua capacidade de aprofundamento e abrangência. Ao contrário das análises quantitativas, onde a amostragem deve ter significância estatística, nas de base qualitativas, o limite do número de amostras deve se dar pela exaustão das questões (MINAYO, 1994). Ou seja, quando se percebe que os fatos se repetem e que a pesquisa não consegue incorporar fatos e elementos novos. Tendo em vista estas considerações, foram entrevistados 08 agentes, destes, 03 chefes de turma e 05 agentes de campo. A utilização deste instrumental foi de grande importância para o conhecimento os Agentes Comunitários de Endemias e compreender o que pensam e sentem sobre o que fazem, em especial acerca do seu papel de educadores em saúde.

Além dos agentes (principais informantes da pesquisa), também foram entrevistados gestores, técnicos do serviço e profissionais do Programa Saúde da Família (informantes complementares) que estiveram, de alguma forma, envolvido/as na pesquisa a fim de complementar dados, construir o histórico e a estrutura do serviço. As entrevistas seguiram um roteiro básico (anexos B a F) para

cada categoria de profissionais entrevistado/as, segundo as necessidades que surgiam no transcorrer da pesquisa.

Antes da Segunda fase da pesquisa, a Secretária de Saúde pediu sua exoneração e junto com ela saiu também parte da equipe. Deste modo, não foi possível incluir nas entrevistas muitos profissionais que participaram da estruturação do programa. No entanto, dentre estas, a gerente da Diretoria de Vigilância Epidemiológica e Sanitária só saiu do serviço no mês de novembro e pôde ser entrevistada. Vale ressaltar que esta gerente participou do início das principais transformações do serviço ocorridas a partir de 1997, quando na época era gerente da Vigilância Sanitária. A Secretária de Saúde recém-chegada ao município contava com pouco menos de dois meses no momento de sua entrevista, no entanto, mostrava ter um bom diagnóstico da situação.

Quadro 2- Profissionais entrevistados segundo categoria profissional ou cargo ocupado.

CATEGORIA PROFISSIONAL OU CARGO OCUPADO	Nº DE PROFISSIONAIS
Agentes Comunitários de Endemias de campo	05
Agentes Comunitários de Endemias chefes de turma	03
Secretária de Saúde	01
Gerente dos Serviços de Vigilância Epidemiológica e Sanitária	01
Gerente do Serviço de educação em saúde	01
Técnicos	02
Enfermeiras do Programa Saúde da Família	02
Presidente da Associação Municipal dos Agentes Comunitários de Saúde	01
Total de profissionais entrevistados	16

Senti outras dificuldades nas entrevistas: insegurança de alguns profissionais, a impossibilidade de recolher a fala de todos que queriam participar das entrevistas e algumas pessoas prolixas. Um dos agentes foi acompanhado na primeira fase da pesquisa³ e durante a segunda fase ficou muito inseguro, dando-me a impressão de que se sentia supervisionado. Outro agente foi entrevistado no Centro de Vigilância Ambiental, no mesmo momento em que se encontravam presentes a gerente do serviço e a Secretária de Saúde para uma reunião. Posteriormente, o seu chefe de turma informou-me o quanto ele ficou desconfiado com a entrevista. Por outro lado, as entrevistas dos informantes que já havíamos estabelecido vínculos de confiança (a maior parte destes) ou os que se mostraram sensíveis para a importância do estudo, as entrevistas transcorreram tranquilamente, o que vem ressaltar a importância do cuidado com a forma de aproximação dos sujeitos e com a escolha do local onde se desenrola a entrevista. Já outros agentes

verbalizaram uma espécie de mágoa por não terem sido entrevistados. A sensação que me dava nestes momentos era que as entrevistas se tornavam uma forma de denúncia, de desabafo das situações que discordavam ou que se sentiam injustiçados, enfim, espelhavam o modelo gerencial desprovido de diálogos.

2.4.3 Leitura de documentos

Com o objetivo de realizar o levantamento da realidade geográfica e política e do quadro de saúde (epidemiológico e estrutura organizacional dos serviços) do município, foram realizadas leituras de documentos da Secretaria de Planejamento e da Secretaria de Saúde. Uma das maiores dificuldades sentidas foi a inexistência de relatórios das atividades específicas do serviço de controle das endemias, uma vez que, como é sabido, diante da rotina e da alta demanda destes, não existe uma prática dos serviços em realizá-los.

2.5 Análise dos Dados

A análise dos dados esteve presente durante toda pesquisa com o objetivo de orientar a coleta dos dados, evitar que esta se tornasse abrangente demais e permitir seu redirecionamento a partir de fatos novos (LUDKE; ANDRÉ, 1986). Entretanto, percebi uma grande dificuldade em não torná-la abrangente, talvez por uma falta de habilidade da pesquisadora ou pela complexidade do

³ Por conta da pesquisa realizada para detectar necessidade de capacitação, acompanhei a supervisão do técnico do serviço, neste momento esse agente apresentou muitas fragilidades na sua

tema. Tomando como referencial a hermenêutica-dialética,⁴ Minayo (1994) sugere um percurso de análise dos dados. Este consiste nos seguintes passos:

1º. Ordenação dos dados: consiste na transcrição das fitas, releitura do material, organização dos relatos em um primeiro ordenamento visando a construção das organizações das observações segundo a proposta analítica;

2º. Classificação dos dados: é construída durante o percurso da pesquisa num confronto entre os dados empíricos e teóricos do pesquisador. Para tanto, utiliza-se da técnica da leitura flutuante do texto, ou seja, uma leitura exaustiva e repetida para sua arrumação em categorias analíticas, segundo o projeto de análise construído durante a pesquisa;

3º. Constituição dos “corpus” de comunicação segundo as concepções dos sujeitos da pesquisa. Segue-se com uma leitura transversal que permite o enxugamento dos temas classificados, constituindo temas centrais que permitirá um aprofundamento da compreensão de análise;

4º. Análise final. busca-se o confronto indissociável dos dados empíricos e dos acúmulos teóricos, construindo uma unidade que vincula o específico e o geral, o pensamento abstrato a uma realidade concreta, satisfazendo a necessidade da produção do conhecimento e a transformação desta realidade.

Este caminho do pensamento me pareceu o mais indicado para atingir os objetivos do trabalho, dada a sua capacidade de articular o pensamento à realidade concreta. Deste modo, busquei persegui-lo. Após a fase de transcrição das fitas foi feita uma primeira leitura rápida das entrevistas e do diário de campo. A segunda leitura realizada foi mais detalhada, onde foi construído um resumo da fala de cada

atuação no campo.

entrevistado, segundo as categorias empíricas⁵ que começavam a aparecer. Um terceiro material foi produzido a partir desses resumos e da leitura do diário de campo, agrupando as falas de cada ator e as passagens do diário de campo segundo as categorias empíricas analisadas. Na construção deste terceiro material ainda elegi algumas palavras-chaves de cada categoria que foram procuradas tanto no diário de campo, como nas entrevistas para certificar-me de que nenhum fato marcante havia escapado da leitura detalhada. Paralelamente e posteriormente, foi realizada a leitura bibliográfica segundo os elementos que apareceram na entrevista. A maior dificuldade sentida, nesta etapa, foi no que toca o modelo gerencial do serviço, fato não esperado e que apareceu na quase totalidade das falas, pois, dada a distância que tenho desta área temática, demandou uma leitura mais aprofundada.

⁴ Este referencial surgiu a partir das contribuições desenvolvidas por Habermas e Gadamer nas suas críticas a análise de conteúdo e análise de discurso, se apresentando como “*um caminho do pensamento*” que busca um fluxo comunicacional entre as ciências sociais e a filosofia.

⁵ Categorias empíricas têm função operacional de apreender as determinações e especificidades que são construídas a partir do material coletado no campo, podendo, a posteriori, se constituírem em uma ponte com quadros analíticos mais amplos. (MINAYO, 1998).

Parte 2- AS INTERFACES DAS POLÍTICAS DE CONTROLE DAS ENDEMIAS COM A EDUCAÇÃO EM SAÚDE: DO CAOS A LAMA

DO CAOS A LAMA

Posso sair daqui para me organizar

Posso sair daqui para desorganizar

Da lama ao caos

Do caos à lama

Um homem roubado nunca se engana

O sol queimou, queimou a lama do rio

E eu vi um chié andando devagar

Vi um aratú pra lá e pra cá

Vi um caranguejo andando pro sul

Saiu do mangue, virou gabiru

Oh, Josué, eu nunca vi tamanha desgraça

Quanto mais miséria tem mais urubu ameaça

Peguei o balaio, fui na feira roubar tomate e cebola

la passando uma veia e pegou minha cenoura

Aí minha véia deixa a cenoura aqui

Com a barriga vazia não consigo dormir

E com o bucho mais cheio comecei a pensar

Que eu me organizando posso desorganizar

Que eu me desorganizando posso me organizar

Da lama ao caos

Do caos a lama

Um homem roubado nunca se engana

CHICO SCIENCE E NAÇÃO ZUMBI. Da lama ao caos

**Capítulo 3- AS ORIGENS DAS POLÍTICAS DE
SAÚDE NO BRASIL E SUA INTERFACE COM O
CONTROLE DAS ENDEMIAS: PRIMEIROS
TRAÇOS DO DESENHO DA AÇÃO EDUCATIVA
EM SAÚDE NAS INSTITUIÇÕES**

As epidemias e endemias representaram, desde o período colonial, um grave problema de saúde pública no país. Constituiu-se em uma necessidade social que demandou medidas de intervenção do Estado, dado os seus principais impactos sociais e econômicos, sobretudo, ligados aos interesses das elites na fase de transição e consolidação do sistema capitalista. Como resultado, as origens das políticas de controle das endemias desenvolvidas no país estiveram ligadas aos interesses das elites, sem levar em consideração as necessidades e interesses das classes populares.

O pensamento europeu que influenciou as várias áreas do conhecimento e da cultura, também foi marcante na orientação das práticas de controle das endemias no Brasil.

A compreensão de como as práticas sanitárias se estruturam no país é de fundamental importância para a elucidação da conjuntura atual, pois, como será visto neste capítulo, ainda guardamos, sob novas vestes, algumas das características da fase de implantação das políticas de controle das endemias, sobretudo no que se refere à cultura institucional, à forma como a instituição e os profissionais se relacionam com a população.

O objetivo deste capítulo é refletir como essas práticas foram estruturadas sob a luz dos interesses e do conhecimento que as orientou nos diversos períodos históricos (final do século XIX, início do século XX, décadas de 30 a 50, 60 a 70, anos 80 e atual conjuntura). A partir do início do século XX incluirei um sub-item que terá como finalidade resgatar a influência das orientações políticas do controle da fase estudada no processo de institucionalização das suas ações educativas.

3.1 O surgimento da medicina social no Brasil e a sua intervenção na organização do espaço urbano

Desde o começo da colonização do Brasil há registros de ocorrência de surtos epidêmicos, no entanto, só a partir do século XIX que teve origem a construção de um modelo de medicina social, delineando-se articulações de interesses políticos ao conhecimento científico produzido. Nesse período, os grupos sociais ligados à nobreza e ao modelo agro-exportador que formavam a elite política e econômica, se viam ameaçados com os constantes surtos epidêmicos. A vinda da Corte Portuguesa ao Brasil, em 1808, e a abertura dos portos as “*nações amigas*” fez surgir a necessidade do combate às freqüentes epidemias nos caóticos centros urbanos e cidades portuárias que ameaçavam tanto a vida da nobreza, como a exportação.

As medidas implementadas visaram de um lado garantir assistência médica à elite e de outro organizar o espaço urbano. Já no começo do século XIX foram criadas escolas de medicina, padronizado o seu ensino e perseguidas as práticas alternativas de cura. A forte influência francesa, com a teoria miasmática, apontou para a necessidade de se intervir no espaço urbano, onde se buscava a limpeza das casas e das ruas, a circulação das águas e do ar. Uma das medidas adotadas visando o arejamento das ruas foi a demolição de residências populares insalubres.

Segundo Costa (1986), a medicina desenvolvida no século XIX, foi uma medicina urbana, onde a sua intervenção esteve mais direcionada à ação sobre “as coisas da cidade,” não sendo a população o principal alvo destas. Mas, vem dessa época a procura de uma nova forma de submissão da população ao poder, de modo que transformasse os hábitos da população às prescrições higiênicas do

conhecimento científico (LUZ, 1988). Tem-se, portanto, uma primeira aproximação mais ampliada da intervenção estatal no quadro de saúde, visando a normatização e a dominação da sociedade.

3.2 A origem das políticas de saúde no Brasil: a polícia sanitária e sua intervenção no espaço privado e no corpo social

A ascensão e hegemonia da burguesia do café e sua dependência do capital internacional, na Primeira República (final do século XIX, início do século XX) leva a uma transformação da atuação sanitária no Brasil. Foram criados modelos institucionais orientados pelas recentes descobertas da microbiologia e foram desenvolvidos instrumentos jurídicos que possibilitaram o uso do poder de polícia nas intervenções sanitárias.

Neste contexto, as endemias nos centros urbanos tanto ameaçavam a exportação, como também a mão-de-obra européia que começava a imigrar para o Brasil para incrementar a produção do café. Esses imigrantes, pouco tempo depois, serviram de mão-de-obra para o processo de industrialização do país. Caracterizava-se, assim a necessidade de uma intervenção do Estado mais intensa, inclusive utilizando-se do aparato legal. Deste modo, percebe-se como as políticas de saúde surgiram no Brasil tendo como foco o controle das epidemias/endemias e atreladas às estratégias econômicas de sanear os corredores da agro-exportação, terminando por também contribuir nas condições sanitárias necessárias à viabilização do germinal processo de industrialização.

O modelo de controle adotado no país para fazer frente às grandes epidemias foi influenciado pelo modelo adotado nas colônias inglesas. Como

conseqüência, as experiências dos serviços de saúde do exército colonial foram utilizadas para a realização de inspetorias e campanhas sanitárias. Também foram criadas instituições de pesquisa responsáveis pelo fortalecimento científico das práticas sanitárias. Quando os efeitos econômicos destas enfermidades ameaçaram os interesses do capital, por muitas vezes as ações desenvolvidas para o controle das epidemias e endemias tiveram financiamento dos capitalistas, principalmente do capital internacional. Como conseqüência do modelo adotado e dos interesses que o moviam, tivemos o desenvolvimento de um serviço de controle autoritário, dotado de forte poder de polícia, mas sobretudo, com grande intervenção no espaço urbano e na organização de estruturas sanitárias necessárias para incrementar a produção. (SABROZA, 1995).

A estrutura da polícia de saúde implementada por Oswaldo Cruz no país no começo do século, tinha por linha de atuação “vigiar, punir e controlar” e se constituiu em um marco da transformação das ações sanitárias. A concepção miasmática da saúde foi trocada pelo conhecimento científico da microbiologia, a intervenção sobre “as coisas da cidade” passou para o interior das residências no combate à febre amarela¹ e no corpo individual e coletivo com a obrigatoriedade da vacina anti-varíola.

A reforma urbana no início do século XX atuou demolindo residências, cortiços e estalagens populares visando arejar ruas, mas também, serviu para alargá-las para a passagem dos transportes dos produtos da agro-exportação. Parcela significativa das classes populares foram deslocadas para as periferias, promovendo uma segregação espacial baseada em uma estratificação social.

¹ A atuação sanitária, no caso da febre amarela, já começa neste período a adotar como metodologia o combate aos vetores transmissores através da investigação de focos larvários.

A forma autoritária como as medidas foram implementadas fez com que se configurassem como uma violação do espaço privado e entrou em choque com os princípios liberais da época. Como resultado, surgiram movimentos de resistência nos diversos setores da sociedade, tais como, parlamentares liberais, intelectuais e classes populares. A imprensa também insatisfeita com as medidas expressava suas insatisfações e apoiava o movimento com suas críticas ao “general-mata-mosquitos” (forma irônica que se referia a Oswaldo Cruz). Esse movimento levou ao desencadeamento de revoltas populares, o que culminou, em 1904, com a Revolta da Vacina (COSTA, 1986).

Essas revoltas, e outras que a sucederam, talvez pudessem se constituir no início de um planejamento de saúde voltado para os interesses das classes populares, rompendo com a estrutura de um serviço que nasceu atrelado aos interesses das elites. No entanto, ao analisarmos a história política do nosso país evidenciamos vários fatos políticos ocorridos que contribuíram para a fragilização das classes populares na participação e controle social nestas formulações, tais como os períodos de ditadura e a cooptação dos movimentos sindicais e populares.

Essas medidas tiveram uma certa eficácia. A varíola, a febre amarela e a peste tiveram já uma sensível redução ainda na primeira década e posteriormente, a varíola foi eliminada e a febre amarela ficou restrita a áreas silvestres.

3.2.1 A polícia sanitária e a educação em saúde: os conselhos à população e a educação pela coerção

As ações de cunho policialesco tiveram um certo caráter educativo, no sentido de que as punições visavam adequar a população à nova ordem social que

se estabelecera, mas, um processo educativo ligado à coerção. As iniciativas de dar conselhos ao modo higiênico de se viver deram às primeiras ações educativas um tom de timidez que segundo Vasconcelos (2001, p. 86) estavam assentadas na visão preconceituosa das elites que percebia o povo como irracional:

A educação em saúde tinha um papel marginal. Eram distribuídos panfletos, folhetos avulsos sobre os meios de evitar as doenças com o nome 'Conselhos ao povo'. Na verdade, a educação em saúde era breve porque, para as autoridades, o povo era incapaz de maiores entendimentos. Era um discurso em que se investia pouca energia e que muitas vezes servia para dizer que se tinha tentado a via do convencimento antes de ser 'obrigado' a tomar medidas coercitivas mais duras. Eram ações precárias de educação em saúde que ajudavam, na medida em que não geravam efeitos positivos, a mostrar a irracionalidade do povo e reforçar os preconceitos da elite.

No entanto, este caráter coercitivo entrará em contradição com os princípios liberais que começam a ganhar expressão no país nas próximas décadas. Como consequência a educação em saúde começará a ser incorporada na prática sanitária de forma mais incisiva como uma estratégia de prevenção dos agravos à saúde.

3.3 O Movimento Higienista e as campanhas sanitárias

Debeladas as grandes epidemias agudas, a tuberculose passa a ser a principal preocupação de saúde pública. As medidas recomendadas por Oswaldo Cruz no combate a esta doença apontava para as questões sociais, como a melhoria da condição de vida dos trabalhadores. Mas, desta vez não foram implementadas, pois não estavam conectadas com os interesses das elites e foram fruto da iniciativa isolada de um cientista, já duramente castigado pela opinião pública. (COSTA, 1986)

No entanto, as recomendações de melhoria da qualidade de vida da população a partir da melhoria das condições ambientais retornaram à cena política

da saúde no final da década de 10 e início dos anos 20. O fortalecimento da classe média e das instituições de representação popular oriundas da crise econômica do final da década de 10 propiciaram o surgimento do Movimento Higienista. Este Movimento mesmo que com um curto período de hegemonia, foi de grande importância no redirecionamento das políticas de saúde da época e trouxe à cena a necessidade de melhorar a qualidade de vida da população rural.

O Movimento Higienista surgiu da oposição de intelectuais ao branqueamento da nação e à europeização da sociedade brasileira, mas alimentado por teorias eugênicas² de aprimoramento da identidade nacional, através de uma melhoria genética. Para tanto, seria necessário assegurar condições ambientais e morais que garantissem a vida e reprodução do povo brasileiro (URECH, 2001). O Movimento Higienista partiu da crítica das condições sociais da população rural e do descaso do setor público com a sua saúde. Como as ações sanitárias estavam direcionadas exclusivamente aos grandes centros urbanos e às cidades portuárias, os sanitaristas chamaram atenção para a necessidade de sanear os sertões e para a centralização das ações no Governo Federal. (VASCONCELOS, 2001).

A ascensão do movimento higienista, no início da década de 20, leva o Estado a realizar a Reforma Carlos Chagas. Foram instaurados o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e as Caixas de Aposentadoria, em 1923.

O DNSP incorporou novas gerações de sanitaristas aos processos decisórios de questões sanitárias, trouxe melhorias das condições de trabalho de

² Urech (2001) ao se referir como o movimento eugênico se expressou no Brasil, chama a atenção para caminhos diferenciados dos vividos por este movimento na Europa. Aqui, diferentemente dos países europeus, não havia uma raça única a ser “purificada”, e sim um processo de miscigenação. Como consequência, não se privilegiou uma determinada raça a ser aprimorada geneticamente. No entanto, era necessário constituir uma identidade nacional que fortalecesse o país na sua nova condição, a de uma nação. E para tanto, era preciso garantir as condições ideais de reprodução da raça brasileira, através da melhoria das condições ambientais, do desenvolvimento de rígidos códigos morais e higiênicos.

setores importantes para a manutenção da política estatal e do desenvolvimento capitalista. Ainda conseguiu dar uma maior unidade na intervenção estatal no setor saúde a níveis territoriais como as ações de cunho higienistas, tais como:

“O saneamento rural e urbano, a propaganda sanitária, a higiene infantil, industrial e profissional, atividades de supervisão e fiscalização; saúde dos portos e do Distrito Federal e o combate às endemias rurais”. (CARVALHO; ACIOLI 1996, p. 4).

As Caixas de Aposentadorias e Pensão se constituíram na primeira iniciativa estatal em regulamentar a assistência médica e previdenciária. Mas, em seu início, estiveram restritas às classes diretamente ligadas aos setores mais importantes da produção, os portuários e ferroviários.

Na década de 20 o Departamento Nacional de Saúde Pública assina acordo com a Fundação Rockefeller visando o controle das epidemias. Esta fundação já atuava em outros países de economia agro-exportadora assumindo a responsabilidade pelas ações sanitárias e tinha como principal interesse sanear estes países para viabilizar a inserção do capital estrangeiro. A força política e técnica dos sanitaristas brasileiros, não permitiu que esta assumisse completamente as ações no país, assim como acontecera no demais países onde atuara. No Brasil sua atuação foi mais restrita. Atuou no interior do país com o controle das endemias e nas zonas urbanas com a criação dos Centros de Saúde. No controle das endemias, a estratégia utilizada foi a de implementação de campanhas paramilitares. Os Centros de Saúde ofereciam serviços de atenção às ações básicas de saúde e do controle da tuberculose, e posteriormente, como será visto adiante, foi de grande importância no processo de institucionalização da educação em saúde.

Esperava-se que os Centros de Saúde se constituíssem no sistema que melhor se adaptaria a atender à demanda do capital em manter a saúde da classe operária urbana. No entanto, segundo Vasconcelos (2001), a força do modelo centrado no atendimento hospitalar que aqui se consolidou a partir da década de 50 foi um dos principais responsáveis para que essa estratégia não conseguisse se consolidar no país.

As políticas de saúde a partir da década de 30 assumem duas direções distintas, “o da saúde pública, responsável pelas ações de caráter coletivo e o da medicina previdenciária, responsáveis pelas ações individuais”. (GURGEL, 1998, p. 25).

3.3.1 O movimento higienista e a origem da institucionalização da educação em saúde no país

Os intelectuais e os sanitaristas buscaram na educação em saúde, na época, educação sanitária, uma normatização social mais consoante com os princípios de liberdade social do que o da polícia médica que predominou no começo do século, o qual não se pode negar que tinha um conteúdo educativo, no entanto, baseado na coerção. Na década de 20, o governador do Estado de São Paulo, Paulo Souza, já colocava a educação sanitária enquanto base estratégica para ação sanitária que se contrapunha ao poder de polícia (OLIVEIRA, 2001). Foi neste contexto que a educação sanitária começou a se configurar como uma necessidade política estabelecida. Esse é um fato marcante para a educação em saúde institucionalizada no país, uma vez que até então, esta foi referida enquanto

coerção ou “conselhos” dado à população ao modo higiênico de se viver, sem no entanto, contar com uma prática mais estruturada e institucionalizada.

As primeiras instituições que incorporaram a educação em saúde enquanto prática institucional foram as escolas e os Centros de Saúde. As primeiras ações foram direcionadas para as escolas visando inculcar comportamentos higiênicos desde a infância. Posteriormente, foram criadas inspetorias de educação sanitária, nos centros de saúde com a finalidade de apoiar: “as educadoras de higiene, professoras especialmente instruídas em assuntos sanitários que buscavam induzir na população modos e atitudes favoráveis à ação dos serviços.” (COSTA, 1986, p. 115). Já em 1925, a Universidade de São Paulo (USP) forma professoras primárias em Higiene. (OLIVEIRA, 2001).

O caráter campanhista das políticas de controle das endemias moldou as ações educativas que nestas se inseriram. Objetivando o apoio da população ao combate à febre amarela foram realizadas campanhas educativas utilizando a imprensa, produzindo-se material de divulgação e ações nas escolas e instituições civis.

Saviane (1991) ao descrever as concepções de educação hegemônicas no país, se reporta as teorias não-críticas da educação, que são aquelas que percebem ideologicamente o mundo harmônico, e o povo como ignorante, sendo a marginalidade um problema accidental, uma distorção do sistema, transferindo para a educação a responsabilidade de corrigi-la. Dentre as teorias não-críticas, a teoria clássica surge nos ideários da Revolução Burguesa, onde a ignorância era tida como um empecilho para o estabelecimento da democracia. Através dos princípios burgueses de universalidade, o Estado garantiria a educação para todos. Marginal

seria, portanto, o ignorante e para conquista da harmonia social, buscar-se-ia ilustrar o povo, tornando os indivíduos cidadãos.

Estes princípios da educação associou-se às diretrizes da política nacional de controle das endemias e permearam por longo tempo a prática educativa em saúde que consolidou-se como autoritária, campanhista e instrumental, buscando adequar as pessoas ao modo de viver higiênico. Embora que se tenha pela primeira vez direcionado as ações de saúde para as camadas mais pobres da população, não houve uma efetiva participação destes, cabendo-lhes unicamente o papel de adotar as medidas prescritas pelos sábios doutores ou educadores sanitários.

As relações entre educação e saúde foram estreitadas com a criação do Ministério da Educação e da Saúde (1930), o qual tinha dois Departamentos Nacionais, o de Educação (DNE) e o de Saúde (DNS).

O estudo deste período de implementação das políticas de saúde no país é de fundamental importância para a compreensão da prática institucional do controle das endemias e suas práticas educativas. Pois, como será visto adiante, muitas de suas características perduram até hoje. O controle das endemias nos próximos períodos históricos passou para o interior do país, ganhou uma estrutura institucional mais consolidada e foi progressivamente centralizado. Apesar das instituições responsáveis pelo controle das endemias terem passado por várias reformas administrativas, estas não conseguiram ultrapassar o papel de adequação da estrutura burocrática às necessidades políticas e econômicas específicas da época, preservando a estrutura organizacional e grande parte da cultura institucional. Uma das principais características do próximo período histórico a ser estudado é o incremento destes processos de centralização e reformas burocráticas.

3.4 A estruturação do modelo centralizado e verticalizado do controle das endemias

Uma das características econômicas marcantes das décadas de 30 à 50 é a transição da dependência do mercado agro-exportador para a consolidação do parque industrial nacional (BARATA, 1998). No campo político, este período é marcado pelo governo autoritário de Getúlio Vargas e pela implementação dos direitos trabalhistas.

O final da Segunda Guerra é seguido por um curto período de flexibilização política, onde há um maior desenvolvimento dos movimentos representativos de classe e de partidos de esquerda. Esta fase de relativa flexibilidade política é interrompida com a ditadura militar de 64.

Com a queda da incidência das grandes epidemias nos centros urbanos, a partir da década de 30 e, sobretudo na década de 50, as políticas de saúde se direcionam para a construção de um modelo assistencial curativo, satisfazendo as necessidades do parque industrial de garantir a mão de obra necessária a indústria. O controle das endemias sai do foco central das preocupações da saúde pública, ficando restrito às zonas rurais e de expansão da fronteira agrícola. A maior atuação destes serviços se deu nas regiões em que a atividade econômica era ameaçada perante o perigo de agravos como malária e febre amarela. Foi de grande importância para estes serviços a cooperação internacional, reforçando o apoio técnico e financeiro, sobretudo nas ações de intervenção sanitária nas áreas de extração da borracha e de minérios.

O Departamento Nacional de Saúde (DNS) desempenhou as ações sanitárias, através de campanhas, da educação sanitárias e com a criação de diversos Serviços Nacionais de combate às endemias (febre amarela, malária e peste). Com a crise da borracha, durante a II Guerra Mundial, surge a demanda econômica de sanear as áreas de produção da borracha no Amazonas, bem como, da extração do Maganês no Vale do Rio Doce, Em 1942 é criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) com o objetivo de realizar ações para controle das endemias da região (CARVALHO; ACIOLI 1996; GURGEL, 1998; OLIVEIRA, 2001).

Em 1953 é criado o Ministério da Saúde, preservando a estrutura do DNS e do SESP. Em 1960, este último ganha a forma de Fundação, passando a se chamar de Fundação SESP. Na década de 50 há uma redução dos investimentos financeiros nas políticas de controle das endemias, dada à necessidade de se implementar o parque industrial. Visando a racionalização dos recursos, em 1956 é criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), onde é centralizado o controle das diversas endemias, inclusive da febre amarela, malária e peste. (CARVALHO; ACIOLI, 1996). Os diversos programas se configuram de forma verticalizada, onde são criados programas isolados para as endemias sem haver uma integração das ações.

Neste período a concepção hegemônica do processo saúde-doença em bases microbiológicas é acrescida da concepção ecológico-ambientalista, onde a interação agente etiológico, vetor hospedeiro é intermediada pelo ambiente. O modelo ambientalista de intervenção na saúde surge a partir das teorias dos focos naturais do russo Pavlosky e associa a ocorrência das doenças infecciosas à interação do vetor, do ser humano e do ambiente. O ambiente é compreendido apenas como um substrato que exerce sua influência através de fenômenos

naturais. Segundo essa concepção o espaço é estático e imutável, “um espectador não participante” (SILVA, 2000, p. 143). Deste modo, as intervenções ecológico-ambientalistas suplantam as questões sociais e realizam um processo de naturalização da doença. Essa teoria é alimentada por uma lógica onde são desenvolvidas teorias matemáticas que buscam quantificar e equacionar a dimensão de risco dos agravos e as medidas de controle. No caso da malária, por exemplo, as críticas a estes modelos se dão dado ao seu caráter fragmentado e artificial, incapaz de prever as situações. (BARATA, 1998).

A partir do final da Segunda Guerra, o sucesso em outros países na redução de agravos endêmicos através do emprego de inseticidas e pesticidas, leva a uma prática de uso massivo destes produtos, sobretudo a partir da década de 50. O que fez com que o DNERu se tornasse responsável pela produção dos inseticidas utilizados nos programas. Começa a se delinear a tônica do controle das endemias nas décadas de 60 e 70, a teoria da erradicação vetorial. Esta acredita que suas intervenções seriam capazes de uma eliminação total dos agravos, tornando impossível a sua reintrodução, o que é muito difícil de acontecer, pois, na história da humanidade, só se conseguiu erradicar a varíola (GURGEL, 1998).

3.4.1 A educação em saúde no controle das endemias nas décadas de 30 a 50: a consolidação do seu caráter campanhista

No que toca à ação educativa em saúde durante as décadas de 30 e 50, acentua-se seu caráter autoritário e campanhista e ocorre uma inovação da tecnologia educacional empregada em suas ações.

Na década de 30, sob a influência do nazi-fascismo, articulado aos interesses do governo Vargas e mascarada pelo discurso científico do melhoramento genético, a educação sanitária acentua sua postura eugênica, higienista e autoritária. Busca construir uma cultura de higienização da raça através da adoção de comportamentos sociais e morais higiênicos. Sua atuação vai além da escola e adentra o arcabouço jurídico (OLIVEIRA, 2001; URECH, 2001).

A concepção construída de sujeito culpabilizou individualmente as pessoas pelo seu processo de saúde-doença. Mas, possibilitou que estivessem livres da culpa de sua morbimortalidade, caso suas práticas higiênicas e morais estivessem em consonância com os princípios higiênicos e eugênicos, o discurso científico dominante da época (OLIVEIRA, 2001, p. 31-32). Como consequência, a educação em saúde centrou a promoção da saúde na mudança de comportamento, na moral e adequação social ao modelo econômico. Por não ter incorporado a reflexão dos impactos das questões sociais no processo de saúde-doença redimiu o Estado da sua responsabilidade de garantir condições dignas de vida e instaurou a cultura de culpabilização das vítimas. Esta cultura tem sido uma das principais características das práticas educativas hegemônicas vivenciadas no país até os dias atuais.

A criação da SESP, em 1942, representou um marco histórico na institucionalização da ação educativa em saúde no controle das endemias. A estratégia nacional de incorporação do homem do campo no processo de modernização tecnológica, através da educação, fez com que ocorresse uma

inovação dos recursos didáticos com grupos, recursos audio-visuais e desenvolvimento comunitário (OLIVEIRA, 2001).

O DNERu ao promover uma maior centralização das ações de controle intensifica o caráter campanhista das ações educativas, ao prover maiores condições burocráticas e institucionais as campanhas educativas que já ocorriam no país (GURGEL, 1998).

No próximo período a ser estudado (décadas de 60 e 70) acentua-se a centralização, verticalização e tecnificação dos programas de controle das endemias e das suas ações educativas.

3.5 A ditadura militar e o apogeu da centralização das ações de controle das endemias

Como resultado dos grandes projetos de desenvolvimento implementados na década de 50, as próximas décadas (60 e 70) apresentam uma consolidação do setor industrial na economia e um acelerado e desordenado processo de urbanização.

O golpe militar de 1964 levou o país a viver um dos momentos mais obscuros de sua história que deixaram marcas profundas na cultura política e na atual crise sócioeconômica que vivemos hoje.

No período de 60 e 70, já se têm definidas as políticas de saúde privilegiando o modelo curativo-privatistas, com suas características centradas no atendimento individual, nos hospitais e no incremento da inserção das multinacionais farmacêuticas, de equipamentos hospitalares e de inseticidas no país.

O controle das endemias que havia tido uma radical centralização com a criação do DNERu, tem o auge de sua centralização com a criação da Superintendência Nacional das Campanhas (SUCAM), em 1972. Esta, tem por objetivo centralizar as ações campanhistas de saúde pública no âmbito federal.

O campo do conhecimento tecnológico no controle das endemias neste período, entre as décadas de 60 a 70, tem como principais características o fortalecimento dos modelos microbiológico e ambientalista de intervenção, acompanhados de um processo de intensa tecnificação e burocratização das suas ações. A sensível redução de casos de endemias em decorrência das campanhas pelo uso massivo de inseticidas no ambiente e das campanhas de imunização (sobretudo, a partir do final da década de 70) contribuem na hegemonia deste modelo, o qual Barata (1998) se refere como técnico-campanhista. É o auge das teorias de erradicação nas políticas de controle, onde as ações campanhistas se utilizaram dos avanços da tecnologia, em sua maior parte, a aplicação de venenos, para uma pretensa erradicação dos agravos. Neste contexto, estas práticas de controle eram regidas por normatizações burocráticas de procedimentos epidemiológicos e clínicos elaborados em nível federal, que em muitas vezes se distanciavam das realidades e possibilidades locais.

Apesar das grandes campanhas de erradicação terem tido impactos relevantes na redução de alguns agravos, são questionadas no momento em que surgem as constatações acerca da resistência dos insetos aos produtos empregados, dos danos causados ao ecossistema e a persistência de surtos epidêmicos no final da década de 70.

3.5.1 A ditadura militar e a intensificação das práticas educativas autoritárias e tecnificadas

A principal característica da prática educativa em saúde hegemônica nas décadas de 60 e 70 é a preservação do seu caráter campanhista, mas, agora de forma massificada pelas mídias televisivas (de grande penetração no território nacional) e por um intenso processo de incorporação de tecnologias educativas.

Nos anos 60 há um esvaziamento das ações educativas no país que segundo Oliveira (1997) teve relação com o processo de racionalização das políticas de saúde. Segundo a mesma autora, a partir da 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1963, a educação sanitária teve em um papel subalterno nas políticas de saúde e esteve diante de um processo de enfraquecimento.

Assim como as políticas de educação e de controle das endemias, nos anos de 70 a educação em saúde também passa por um processo de “modernização” dos seus instrumentos pedagógicos, ou seja a incorporação da tecnologia na ação educativa. Busca-se um aprimoramento dos instrumentos audiovisuais (OLIVEIRA, 1997). Há também nesta época um estreitamento com os meios de comunicação de massa.

A partir da implementação dos Sistemas Nacionais de Informação de agravos (meados da década de 70), os meios de comunicação de massa começam a ser utilizados de forma mais incisiva na divulgação e marketing de ações governamentais no campo da saúde (MS, 98), bem como nas campanhas sanitárias que dado o caráter centralizador, são divulgadas em caráter nacional.

Pitta e Meira (1991) chamam atenção para como a utilização da mídia televisiva enquanto instrumento pedagógico se traduziu como uma nova roupagem

(modernização) da proposta pedagógica hegemônica de culpabilização individual das vítimas e de normatização social para a adoção de comportamentos higiênicos e potencializou as possibilidades do alcance do público alvo das campanhas:

Investindo exclusivamente na promoção do autocuidado, do auto-exame, da prevenção da doença, o 'modelo pedagógico' ultrapassa a barreira da imagem estática das cartilhas e se moderniza, se sonoriza, ficando mais dinâmico e 'ampliando o seu público alvo'. Lançando mão das estratégias de marketing no sentido de potencializar o discurso daquele 'que sabe': expressando um saber cientificamente legitimado que deverá então se sobrepor aos saberes acumulados pelos diferentes grupos sociais e as suas realidades.

Desta forma, com a utilização da TV e do marketing social como instrumentos de educação coletiva passa-se agora a reproduzir de forma massiva e mais "moderna" o modelo de educação sanitária dos idos de 50-60 [...] persistência em um modelo pedagógico que utiliza o medo da morte, a culpabilização, a estigmatização social e a esteriotipação como estratégia para se conquistar a 'adesão' da população a uma determinada norma de comportamento.(PITTA; MEIRA, 1991, p. 86).

Nem só de tecnologia e comunicação de massa viveu a educação em saúde nesta fase. O final da década de 70 é marcado por uma forte crise econômica e pelo fortalecimento de alguns movimentos sociais que sobreviveram e se expandiram neste período. Remando contra a maré da ditadura, estes movimentos começam a minar as bases do governo militar e se tornaram de grande importância para as grandes transformações da década de 80 que levaram a redemocratização do país. No setor saúde, a organização social conseguiu redirecionar as políticas de saúde e a construção de uma nova proposta de educação em saúde no país. No próximo tema esse processo que começa no fim dos anos 70 e alcança seu auge na década de 80, dando um novo rumo para as políticas de controle das endemias e de sua ação educativa nos anos 90, será abordado com mais detalhe

3.6 A participação popular e as transformações da política de saúde do país

A cooperação internacional, que no início do século tinha como objetivo principal o saneamento do país visando as condições necessárias para inserção de capital internacional no país, ganha um novo sentido diante da ameaça do avanço

do bloco socialista. No período pós-guerra, como resultado da guerra fria entre o capitalismo e o socialismo, surge nos países capitalistas uma nova forma de relação do Estado com a sociedade, a organização comunitária. É na realidade uma estratégia de conseguir um consenso para as ações estatais, garantindo a paz social e tirando o desenvolvimento de políticas sociais da responsabilidade do Estado. Assim, estas responsabilidades foram transpostas para as comunidades e como exemplo típico têm-se os famosos mutirões sociais (OLIVEIRA, 1996).

Esta conjuntura abriu, meio a um período de ditadura militar, espaço político para o desenvolvimento de outras vertentes da ação comunitária, não esperadas pelo projeto oficial do governo e da cooperação internacional, que foram de grande importância para a organização dos movimentos de base da sociedade na década de 70. Dentre estas, foi de grande importância as experiências de educação popular e das comunidades eclesiais de base da igreja católica, sobretudo no papel que tiveram no desenvolvimento de uma nova proposta pedagógica em saúde e no redirecionamento das políticas de saúde.

3.6.1 Os movimentos populares na década de 70 e a construção de um novo agir educativo

As experiências de Paulo Freire na região nordeste do país, na década de 50 e início dos anos 60, com educação e alfabetização de adultos através dos Círculos de Cultura, propiciaram o desenvolvimento do "Método Paulo Freire" (OLIVEIRA, 2001). Este método de alfabetização de adultos traz uma grande inovação ao buscar trazer o conhecimento para realidade dos alunos, questionar

criticamente a realidade vivida e tornar o processo de alfabetização um processo de tomada de consciência da situação de opressão.

Posteriormente, já no exílio político, Paulo Freire sistematizou pela primeira vez a educação popular, no seu livro *A pedagogia do oprimido*. O autor criticou a educação hegemônica no país, a qual chamou de educação bancária ou educação opressora por estar diretamente ligada aos projetos de dominação social das elites. A partir desta crítica juntou a sua vivência de alfabetização de adultos suas experiências com camponeses e propôs uma nova concepção de educação, a educação popular, a qual passou a ser concebida como um processo de tomada de consciência que tem a finalidade de transformar social e culturalmente a realidade dos sujeitos. Para tanto, parte da reflexão crítica do mundo vivido, do seu processo histórico, de suas contradições sociais e da relação entre poder e saber. Tem como base o diálogo de saberes e a troca de experiências. Desta forma, a educação pode ser percebida enquanto um ato político que tem como ponto de partida a realidade, visando um retorno transformador a partir da ação-reflexão-ação (FREIRE, 1995). Nesta concepção, os sujeitos envolvidos no processo são percebidos como construtores e transformadores de suas realidades e os professores/educadores como facilitadores do processo de construção do conhecimento. Uma frase corrente de Freire traduz bem esta idéia, “ninguém sabe tudo, ninguém ignora tudo”.

Nos anos 70, nos movimentos comunitários (principalmente os ligados aos movimentos eclesiais de base da igreja católica) e nos Centros de Saúde que se expandiram neste período, ocorreram experiências de educação que se estenderam ao setor saúde e que adotavam como referência a educação popular. A partir destas vivências, muitos profissionais do setor saúde passaram a ter uma aproximação do mundo vivido com um olhar mais crítico, contribuindo para a reflexão da saúde e das

contradições do modelo microbiológico. Como resultado, profissionais que atuavam nos Centros de Saúde ou nos movimentos populares começaram a transformar suas práticas curativas, privilegiando as ações educativas e organizativas (VASCONCELOS, 1997a; VASCONCELOS, 1997b).

Já na década de 80, a experiência desenvolvida pela FASE no município de Garanhuns, interior do estado de Pernambuco, tinha por objetivo inicial desenvolver atividades médico-sanitaristas visando a redução da mortalidade infantil, atividades educativas para a população e para formação de agentes comunitários de saúde. O contato com a realidade local revelou aos técnicos que a população já sabia “de cor” todas aquelas regras clássicas de higiene. O que lhes faltava, na realidade, eram as condições materiais de praticá-las. Assim, a luta pela saúde se identificou com as lutas sociais que permitiam a vida ao homem do campo (CARVALHO, 1986).

A educação em saúde, neste contexto, ligou as condições materiais de vida ao processo saúde-doença e à necessidade da mobilização social para reivindicar seus direitos sociais e políticos.

Já na academia foi sistematizada uma nova concepção de saúde que foi além das determinações microbiológicas, direcionando-se para uma resultante de determinações ou condições macroestruturais (sociais, econômicas e culturais). O que foi de fundamental importância para o embasamento teórico da crítica ao modelo de atenção à saúde e a sua reformulação.

3.6.2 Os movimentos sociais e a reconstrução do Sistema de Saúde

Na década de 80, no período de abertura política do país, ocorreram fatos políticos de expressão no setor de saúde. Os movimentos sociais conseguiram condições de mobilização e organização social para a inscrição de suas propostas na constituição.

A Lei 8080/90 que regulamentou o sistema de saúde no Brasil, o qual passa a se chamar Sistema Único de Saúde (SUS), trouxe grandes avanços sociais às políticas de saúde no país. A Carta Magna, ao incorporar a multideterminação do processo saúde-doença, amplia o conceito de saúde que passa a ser definido enquanto resultante das condições de vida, sendo responsabilidade do Estado garantir condições necessárias para a sua promoção e manutenção. As diretrizes do Sistema são a universalização, a equidade e integralidade das ações. Ainda é prevista nesta Lei, a descentralização política e gerencial dos serviços e o controle do Sistema realizado através da participação popular (BRASIL, 1990).

Apesar de todos os avanços obtidos com a nova Lei, o Sistema de Único de Saúde encontra dificuldades de se legitimar enquanto prática. O seu arcabouço jurídico esbarra em uma cultura institucional hegemônica dos serviços de saúde e da academia que ainda preservam sua cultura técnico-burocrata e microbiologista que se instalaram nas instituições de saúde no Brasil, onde no desenvolvimento dos procedimentos e das ações dos serviços, prevalecem critérios técnicos e rigidamente normatizados. Outra dificuldade encontrada é a política neoliberal e globalizada que apregoa a minimização do Estado e leva à exclusão social. Além disso, as Leis Operacionais que regulamentam a aplicação da Lei 8080/90 ainda precisam avançar de forma que possibilitem efetivar as condições financeiras necessárias para a descentralização, ou seja, para que os municípios consigam implementar as ações de saúde que passam agora a ser de sua responsabilidade.

Quais seriam os impactos que esta nova conjuntura sóciopolítica teriam sobre o controle das endemias?

Um dos principais impactos decorrentes do redirecionamento das políticas de saúde no controle das endemias é o processo de descentralização e municipalização das ações de saúde. Assim as ações de controle passam a ser responsabilidade dos poderes municipais com coordenação nos níveis federal e estadual. É também importante ressaltar a transformação dos quadros epidemiológicos destes agravos que sugere uma fragilidade do modelo tradicional de controle das endemias. Diante deste novo cenário, fica evidente a necessidade que o modelo de controle adotado no país seja repensado. No próximo capítulo irei abordar como estas transformações têm se dado, do ponto de vista político, gerencial e epidemiológico, o que facilitará a compreensão das principais críticas realizadas ao modelo que foi institucionalizado no país e das sugestões ou novos modelos que vêm se desenhando no Brasil.

Capítulo 4- AS NOVAS PERSPECTIVAS PARA AS POLÍTICAS DE CONTROLE DAS ENDEMIAS E DA SUA AÇÃO EDUCATIVA

Como já foi visto, a Lei 8080/90 que regulamenta o Sistema Único de Saúde trouxe importantes transformações políticas e gerenciais ao controle das endemias. Neste cenário, ainda somam-se as mudanças ocorridas no perfil epidemiológico destes agravos. As críticas ao modelo hegemônico do controle das endemias apontam sua inviabilidade diante destas transformações e as novas propostas de intervenção tornam-se cada vez mais necessárias. O objetivo deste capítulo é dar um recorte nesta nova conjuntura a partir da análise do contexto político, epidemiológico e das novas contribuições que a academia e as vivências dos serviços de controle das endemias têm trazido para a renovação do atual modelo, aproximando-o das diretrizes do Sistema Único de saúde.

4.1 A nova conjuntura das políticas de controle das endemias: a descentralização como esperança da mudança do perfil epidemiológico

Para uma melhor compreensão das novas diretrizes das políticas de saúde do país, como da mudança do quadro epidemiológico que ressaltam a importância de se repensar o modelo de intervenção no controle das endemias, faz-se necessário compreender os principais impactos que estas diretrizes têm tido nas políticas e ações de controle e quais são as transformações ocorridas no quadro epidemiológico.

4.1.1 A municipalização das ações: principais desafios

A necessidade de descentralizar as ações de saúde pública não é um fato recente na história do país. Já em 1963, durante a 3ª Conferência Nacional de Saúde é referendada a importância da descentralização. No entanto, com o golpe militar o que prevaleceu foi a centralização das ações (CARVALHO; ACIOLI, 1996). Em meados da década de 80, a descentralização volta ao debate da saúde pública. A SUCAM, em 1986, inicia negociação para um projeto de financiamento com o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) com a finalidade de descentralizar recursos financeiros para os Estados como estratégia de aumentar a eficiência das ações de controle. Como resultado destas negociações foram aprovados em 1988, com vigência até 1996, o Projeto de Controle das Doenças Endêmicas no Nordeste (PCDEN) e o Projeto de Controle da Malária na Amazônia (PCMAM), que somaram um valor de US\$ 164 milhões. A avaliação destes projetos mostra que garantiu o desenvolvimento de algumas atividades, no entanto, não conseguiu a erradicação ou o controle desejados (GURGEL, 1998).

Com a promulgação da Lei 8080/90 passou a ser responsabilidade municipal planejar, gerenciar e executar as ações de controle das endemias. Do ponto de vista político-administrativo o arcabouço legal da saúde colocou a descentralização como pressuposto capaz de dotar o controle das endemias de uma maior eficácia, continuidade e responsabilidade social (DIAS, 2000). No entanto, o processo de descentralização tem se dado de forma lenta e muitas vezes pode-se até dizer que inconseqüente, posto que o esvaziamento das instituições federais de controle não acompanhou o fortalecimento técnico e financeiro dos poderes locais para viabilizar que estes assumam o controle.

Segundo Dias (2000), um dos importantes empecilhos para o processo de descentralização é a falta de financiamento que viabilize ao poder local assumir sua implementação. Diante da falta de recursos assiste-se, em algumas realidades, a uma desconcentração do nível Federal das ações de controle das endemias.

Com o objetivo de garantir a implementação do SUS, em 1992, foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs) pela Secretaria Nacional de Assistência do Ministério da Saúde. As NOBs são instrumentos legais que têm por objetivo disciplinar a aplicação da Lei 8080/90 no que diz respeito ao processo de descentralização do SUS, definindo papéis e responsabilidades nas diversas esferas de poder, bem como, regulamentar o financiamento e os instrumentos de controle e avaliação do Sistema (BRASIL, 1992; BRASIL, 1994; BRASIL, 1997). No entanto, as NOBs 92 e 93 não conseguiram normatizar as ações de controle das endemias que continuaram centralizadas no âmbito federal (GURGEL, 1998, p. 32-33). Como consequência, as ações continuaram financiadas pela lógica verticalizada dos programas nacionais. A NOB 96 conseguiu regulamentar a transferência de recursos fundo a fundo para as ações de controle das endemias nos Estados e municípios.

Em 1991, foi criada a Fundação Nacional de Saúde (FNS)¹, que segundo o discurso oficial do Ministério da Saúde teria como função viabilizar a descentralização e municipalização das ações de controle, através do apoio técnico e logístico. No entanto, teve muitas dificuldades em cumprir sua missão, tendo em vista que:

[...] reproduz o modelo de assistência e reforça a dicotomia preventivo/curativo, ao promover o repasse de unidades de saúde para a responsabilidade dos gestores municipais e estaduais mantendo

¹ O que se deu através da fusão da “SUCAM (Superintendência de Campanhas de Saúde), FSESP (fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública), DATAPREV (Sistema de Dados da Previdência), SNABS (Sistema Nacional de Ações Básicas de Saúde), SNPES (Sistema Nacional de Programas Especiais de Saúde) e de Projetos específicos de saúde dos índios” (GURGEL, 1998, p. 34).

centralizadas sob sua coordenação as ações de controle de endemias. (GURGEL, 1998, p. 37).

Durante a 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1992, foi aprovada a extinção da FNS, uma vez que, já nesta época, foi apontada como estrutura que impedia a viabilização do processo de descentralização. A partir de então, a instituição buscou se adequar ao novo cenário político e criou uma série de protocolos e normatizações com a finalidade de facilitar o processo de descentralização (GURGEL, 1998).

Na 10ª CNS, baseadas num discurso de "descentralização responsável", as instituições de classe destes trabalhadores, conseguem amplo apoio (CUT, FETRAMS, FENASPS, FENADADOS, CONASEMS, CONASS, ASSEMAE, CEBES, Pastoral da Criança) para que fosse aprovada a sua sobrevivência no Sistema Único de Saúde. O discurso, bastante eloqüente como vemos na carta que circulou durante a 10ª CNS:

O processo de descentralização da FNS e demais órgão da saúde de acordo com as normas do SUS, deve ser gradativo e pactuado de forma a garantir ampla discussão entre as partes interessadas e preservar os interesses dos usuários e os direitos dos trabalhadores bem como seu vínculo empregatício. Este processo deve se dar com acompanhamento dos Conselhos de Saúde e das Entidades representativas dos trabalhadores.²

A criação da FNS, até da NOB 96, pode-se dizer que não passou de uma reforma administrativa e de reorganização burocrática, uma vez que foram preservadas as mesmas estruturas, a cultura organizacional destas instituições e a centralização do financiamento e do saber fazer do controle das endemias nestas instituições.

² Emenda à tese da CUT, tema: Gestão do SUS, documento que circulou durante a X CNS.

Além dos problemas inerentes ao financiamento e às estruturas organizacionais dos municípios, Dias (2000, p. 291-292) ainda aponta outras dificuldades políticas e tecnológicas para a efetivação do processo de descentralização:

Falta de conhecimento e prática na execução dos programas específicos, por parte dos municípios [...]; falta de entrosamento, de planejamento comum e de ações compartilhadas entre os níveis de governo. Neste ponto, destaca-se o nível municipal, ao qual coube a maioria das ações a realizar. Lembre-se ainda as desarticulações 'horizontais' como a distância entre setores afins como saúde, educação, justiça, [...]; a questão corporativa da categoria federal, em virtude de status, desconhecimento e salários [e] de outro lado, uma legítima preocupação de técnicos e da sociedade pelo desmonte de estruturas e programas existentes, sem saber como funcionariam descentralizadamente; a incapacidade técnica e institucional em lidar com a comunidade de maneira pedagógica e politicamente adequada, gerando desencontros e frustrações em termos de participação comunitária [...]; a esperável resistência de fortes e vários setores da sociedade à implementação do SUS, mercê de altos interesses envolvidos; histórico modelo de medicina curativa e 'hospitalocêntrica' prevalecente no país, deixando exíguo espaço às ações e temas de saúde pública, à participação comunitária, ao saneamento básico e à prevenção de doenças.

Diante deste cenário poder-se-ia questionar se a descentralização do controle das endemias seria realmente um avanço. Mas, não pode se perder de vista que esse é um processo recente na história do país e toda transformação requer tempo para a sua consolidação, sobretudo, diante dos quase cem anos de centralização. Outro fator importante é a extensão do território nacional, com mais de seis mil municípios, os quais têm as mais variadas situações de desenvolvimento político e gerencial.

O controle das endemias gestado e vivido em instituições centralizadoras e de cultura rígida, cristalizou-se. No entanto, sabemos que meio às dificuldades acima referidas que entravam a implementação da descentralização de suas ações, algumas experiências municipais têm demonstrado que a descentralização se constitui na esperança de um modelo mais eficaz, eficiente e potencializador da participação popular. Os municípios (ao se comparar com as instituições federais),

contam com estruturas organizacionais menos rígidas, como maior renovação de seus quadros, conferindo-lhes maior agilidade para lidar com as realidades locais. Ressalta-se ainda que estão mais próximas do poder local, ampliando as possibilidades de participação e controle social. Deste modo, abrem-se perspectivas para uma nova arquitetura das ações de controle e dentro destas, as ações educativas.

Um outro aspecto que demonstra a necessidade da descentralização das ações de controle das endemias é a análise do quadro epidemiológico que evidencia os limites do antigo modelo. Dada a importância do atual perfil epidemiológico neste cenário, o próximo item terá como objetivo apresentar as principais transformações na distribuição e comportamento epidemiológico das doenças endêmicas, apontando os novos desafios das políticas de controle das endemias para o novo milênio.

4.1.2 A situação epidemiológica das endemias: limite do modelo tradicional e o desafio para sua política no século XXI

Atualmente, assistimos a um processo de agravamento da ocorrência e distribuição de grande parte das endemias no país. São vários os indicadores deste quadro, tais como, a expansão e urbanização de agravos antes restritos à zona rural e silvestre, o retorno de antigas endemias já controladas (agora com novos padrões de distribuição e comportamento epidemiológico) e o surgimento de novas endemias. Esta nova conjuntura é fruto de uma teia de arranjos da dinâmica social, política e econômica decorrentes do modelo de desenvolvimento adotado no país e do desordenado processo de urbanização das cidades brasileiras, bem como a

fatores técnicos das ações de controle e as especificidades de alguns destes agravos.

O inchaço desorganizado das cidades é um dos principais determinantes do recente processo de urbanização das endemias. O intenso processo de migração ocorrido no país foi intensificado pela falta de uma política agrária que apoiasse as famílias no campo e da necessidade de contingentes de mão-de-obra que garantissem o processo de industrialização nas grandes cidades. O que levou a um vertiginoso processo de urbanização sem um prévio planejamento capaz de ordená-lo e oferecer infra-estrutura necessária para acolher os novos habitantes. Assim, esses migrantes trouxeram também para as cidades seus problemas de saúde que ali encontraram condições ideais para se multiplicarem, dada a falta de estrutura urbana e a densidade demográfica das metrópoles. Essa desorganização do espaço urbano somado às condições precárias de vida, também foram predisponentes para o desenvolvimento de endemias introduzidas ou reintroduzidas no país pelas fronteiras e facilmente espalhadas no território nacional pelos meios de transportes. (DIAS, 2000; DONALÍSIO, 1999; SABROZA; TOLEDO; OSANAI, 1995).

Outro fator importante na mudança da dinâmica das endemias no país está relacionado às políticas econômicas e seu impacto nas políticas sociais, especialmente nas de saúde. A busca de um equilíbrio fiscal do Estado, na década de 80, levou a uma diminuição nos investimentos sociais e ao seu desmantelamento (DIAS, 2000). Como impacto nas políticas de controle das endemias, ocorreu uma fragilização da vigilância sanitária nas fronteiras do Brasil, que aliadas à descontinuidade dos programas de controle nas décadas de 70 e 80, permitiram o surgimento de novas endemias e ressurgimentos de outras já controladas no país. Já na década de 70, tivemos a ocorrência de surtos epidêmicos (como os de

meningite) que já anunciavam a fragilidade dos programas de controle. O recente processo de descentralização esvaziou os programas nacionais de controle e ao mesmo tempo, não conseguiu prover os poderes locais de estruturas técnicas e financeiras para assumirem o controle das endemias. Como conseqüência, falhas da vigilância epidemiológica, sanitária e de assistência aos portadores permitiram a entrada de algumas endemias há muitos anos controladas no país e não conseguiram identificar e bloquear os primeiros focos destes agravos, permitindo que se alastrassem pelo território nacional. Como exemplo, trago o caso da dengue, onde a descontinuidade dos programas de controle do vetor permitiu que o *Aedes aegypti* se espalhasse no território nacional. Falhas da vigilância sanitária de fronteira permitiram a entrada da doença pelos portos. A ineficiência da vigilância epidemiológica em identificar os primeiros surtos e controlá-los, associada às condições ambientais e sociais, permitiram que se espalhassem pelo país (DONALÍSIO, 1999; OLIVEIRA, R., 1998). Ressalta-se ainda que a falta de estrutura e despreparo da rede de saúde foram responsáveis por um coeficiente de óbitos no Ceará de 48% das pessoas que tiveram a forma hemorrágica nos primeiros anos da epidemia. Cuba, que teve inicialmente uma alta mortalidade, após o redirecionamento das ações e de priorização das ações educativas, seu coeficiente de mortalidade pela forma hemorrágica chegou a 0.046%³. Ao se compararem os coeficientes do Ceará com os de Cuba, percebe-se a importância da decisão política em implementar ações adequadas na prevenção dos óbitos.

As mudanças nos quadros epidemiológicos das doenças infecciosas e parasitárias também estão relacionadas aos impactos da adoção do modelo microbiológico de intervenção. A exemplo disto, as pretensiosas campanhas de

3 Dados do MS-BRASIL, 1996.

erradicação que se utilizaram do uso massivo de inseticidas levou à resistência dos vetores, bem como o impacto da resistência microbiana aos tratamentos quimioterápicos.

Acrescenta-se a este quadro, o surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) que ao fragilizar a imunidade dos seus portadores, tem permitido a manutenção de agravos infecto-contagiosos. Este cenário também tem se manifestado nos países de economia central.

Sabroza, Toledo e Osanai (1995, p. 180) diante da constatação destes novos comportamentos epidêmicos afirmam que:

Este quadro permite mesmo alguns dizerem que se trata de retrocesso a uma conjuntura epidêmica igual à que marcou a expansão do capitalismo no século passado. Tal afirmação desconsidera as profundas transformações ocorridas nas sociedades, que nos levam a afirmar que agora essas mesmas doenças são expressão de novos processos e problemas de saúde, decorrentes da modernidade perversa estabelecida pelo modelo de desenvolvimento capitalista dependente, agora em sua fase pós-industrial.

Em decorrência desta nova conjuntura, as endemias foram colocadas sob lentes de aumento, voltando a ser preocupação das políticas públicas, principalmente, quando representam gastos com o tratamento dos atingidos ou extrapolam as classes populares e ameaçam atingir os demais grupos sociais. Poucas são as gestões que também incorporam no seu discurso e prática um real compromisso em amenizar o sofrimento das pessoas contaminadas por estes agravos e de seus familiares e, conforme prevê a Lei 8080/90, garantir que o Estado promova e mantenha a saúde da coletividade. Infelizmente, nem todos os projetos políticos levam em consideração essas questões, ou ao menos, não conseguem ultrapassar o discurso. Sobretudo, diante dos projetos de minimização do Estado e a conseqüente privatização do sistema.

Diante deste quadro epidemiológico fica evidente a constatação que o modelo de controle das doenças endêmicas adotado no país apresenta limites concretos tornando-o ineficiente. Neste cenário surgem críticas ao atual modelo e sugestões de seu redirecionamento. Este será o próximo tema a ser abordado.

4.2 Principais críticas e caminhos de transformação do modelo de controle das endemias

O modelo tradicional de controle das endemias foi questionado sob vários aspectos e vêm sendo elaboradas novas propostas de intervenção. Destas críticas e sugestões de transformação selecionei as que serão de fundamental importância para as questões centrais do presente estudo. Visando uma apresentação didática sistematizei-as segundo: as teorias que fundamentam suas ações; o modelo de gerenciamento e organização do seu processo de trabalho; e o modelo educativo estabelecido. Este caminho tornará inevitável retornar às questões debatidas no capítulo anterior e será apresentado da seguinte forma:

- da visão microbiológica e fragmentada à construção de uma visão integralizadora das ações de controle das endemias;
- modelo de gerenciamento e as pistas para o redirecionamento das relações interpessoais e da organização do processo de trabalho e,
- a educação em saúde normatizadora e as contribuições da educação popular em saúde.

4.2.1 Da visão microbiológica e fragmentada à construção de uma visão integralizadora das ações do controle das endemias

Como foi visto, as políticas de saúde refletem a história, cultura e principalmente a organização social e política de uma sociedade, encontrando no paradigma de saúde o alicerce orientador de sua organização. O controle das endemias no Brasil teve uma forte influência do modelo biomédico o que deixou características marcantes na sua organização, tais como a visão fragmentada e verticalizada de suas ações, na medicalização da sociedade e utilização de produtos químicos no ambiente. A partir destas constatações, tem-se buscado a construção de modelo de controle integrado das endemias. Diante disso, trarei as críticas que fundamentaram a construção desta nova visão do modelo de saúde para em seguida visualizar como a Academia e alguns serviços o têm pensado e vivenciado.

A visão fragmentada da saúde tem suas origens no pensamento cartesiano. Segundo Capra (1983), esta se desenvolveu na saúde através da objetualização das pessoas e dos seus corpos, desenvolvendo uma metodologia científica que estudou o corpo humano através de sua divisão em inúmeras partes visando sua classificação. Segundo o autor, o problema gerado é que não se conseguiu um movimento posterior integrador que levasse a noção do corpo como um todo e deste como parte de um corpo maior, o ambiente, a sociedade, o mundo em que se vive. Foi a partir desta racionalidade que a biologia celular se desenvolveu e se consolidou na modernidade, de tal forma, que reduziu o processo saúde-doença a determinações microbiológicas, indiferentes às questões macroestruturais e subjetivas.

Como já foi visto neste estudo, as políticas de controle das endemias, ao utilizarem este referencial em suas práticas não conseguiram integrar suas ações aos vários aspectos determinantes e condicionantes deste processo. Ou seja, as medidas preventivas não se integraram às ações de assistência à saúde e não incorporaram as questões sociais tais como, habitação e saneamento. Tratou-se os programas de controle como se olha um microscópio, ou seja, um olhar focal sobre cada agravo que impossibilitou achar um eixo causal articulador das diversas endemias, gerando programas de controle verticalizados⁴. Esses impactos ganham maior visualidade a nível local, onde se encontram ações em duplicidade, como por exemplo, diversos profissionais que entram em uma mesma residência para inspecionar o mesmo lixo que tanto condiciona o surgimento da dengue, como da leptospirose, como também mantêm cães errantes que impactuam a raiva animal. A falta de uma articulação das diversas esferas do poder, principalmente nos primeiros anos da descentralização das endemias, geraram outra forma de duplicidade de ações, onde FNS, secretarias estaduais e municipais realizavam a mesma ação, no mesmo município e ao mesmo tempo.

Outro impacto do modelo biomédico da saúde no controle das endemias é a medicalização da sociedade e emprego de agentes químicos no ambiente, o qual foi fomentado tanto pela política curativo-assitencialista que se estruturou no país, como pelo “assédio” da explosão da indústria farmacêutica e das grandes indústrias internacionais de pesticidas. O controle integrado das endemias tem sido apontado por diversos autores como uma forma de reorganização dos serviços de controle que visa fazer frente à fragmentação, descontinuidade, utilização de produtos

⁴ Por programas verticalizados estou me referindo aos diversos programas específicos para cada agravo que não conseguiram criar redes de interseção entre si.

químicos no ambiente e medicalização da sociedade, tornando as ações mais eficientes e eficazes. No entanto, essas referências não conseguem sistematizar com clareza o que seria o controle integrado das endemias.

Integrado significa cada parte de um todo que se complementam e deriva da palavra integral, a qual por sua vez significa total, inteiro, global. Esta definição poderia levar a uma visão pretensiosa de conseguir fazer frente a todas as medidas necessárias para o controle. Mas, ao analisar o pensamento que vem sendo desenvolvido no país acerca do tema, percebe-se que o que se busca é uma transversalidade das várias medidas de controle que visem integrá-las, articulá-las entre si, dentro das várias técnicas de controle vetorial, das diversas ações de atenção a saúde e com outros setores. Ou seja, uma horizontalização das ações de controle.

O resgate histórico da evolução da visão integral da saúde revela que a necessidade de sua incorporação vai se construindo a partir do desenvolvimento do pensamento da saúde em suas várias teorias. O modelo ecológico trouxe a contribuição que o agente etiológico, interage não só com o indivíduo, mas também com o ambiente em que se vive. Como resultado, se desenvolveram ações que visavam impactar o vetor e modificar o ambiente vivido. A epidemiologia social introduziu no debate os impactos do modo de viver e se organizar da sociedade, construindo indicadores de riscos. O que de um lado propôs intervenções que trataram os indivíduos enquanto objetos em risco, números estatísticos, por outro lado, começaram a questionar as condições materiais de subexistência e a forma da sociedade se organizar.

O conceito da saúde, já na década de 40, é ampliado pela OMS que já a considera, como "bem estar físico, mental e social". Mesmo que essa visão ainda

veja o processo saúde-doença de forma estática, sem levar em conta que ele é dinâmico, traz avanços consideráveis para a reorientação das políticas de saúde, uma vez que reconhece que a saúde é condicionada e determinada por fatores individuais de cada organismo, mas também por fatores subjetivos sociais e políticos. A constituição brasileira de 1988, na sua Lei que regulamenta o Sistema Único de Saúde (Lei 8080/90), já incorpora esse conceito⁵.

Além de ligar a saúde aos condicionantes sociais e econômico, a nova constituição também começou a construir uma visão integralizadora das políticas de saúde no sentido de articulá-las entre si. No Capítulo 2 de seus Objetivos, no artigo 5º, parágrafo 3, já aponta como um desses objetivos integrar as medidas de assistência e prevenção.

Algumas experiências pontuais começam a lançar luz em novos caminhos de integração das ações de saúde no controle das endemias. O Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ, com apoio da Organização Mundial de Saúde desenvolveu um projeto piloto para o controle integrado da Filariose em área urbana do Recife, no período de 1990 a 1995. Buscou **associar** o controle integrado do vetor com métodos mecânicos e biológicos e o envolvimento comunitário. (REGIS et al, 1996, grifo meu). Como resultado, teve uma redução acentuada da incidência da filariose.

Diante da municipalização do serviço de controle da esquistossomose em Taquaraçu de Minas- Minas Gerais, em 1985, foi elaborado um Programa de Controle que buscou **articular** participação popular, tratamento seletivo, saneamento e educação popular. A avaliação deste programa mostra sua eficiência

⁵ Vale ressaltar, no entanto, que o garantiu a inscrição desta concepção na constituição brasileira foi um largo processo de mobilização e organização social na década de 80.

e eficácia ao reduzir tanto a incidência, prevalência da enfermidade como a intensidade da infecção durante um período de 10 anos, diferentemente aos programas que se resumem ao uso de molusquicidas, ou a instalação de fossas, ou ao tratamento em massa da população. (COURA FILHO, 1998).

Essa visão integral do controle também esteve presente na percepção popular de uma comunidade em Cansação, Minas Gerais, onde foi construída uma proposta de controle da doença de Chagas durante uma pesquisa-ação participativa. Esta experiência teve as seguintes etapas: diagnóstico social da população, do quadro epidemiológico e dos saberes da população em relação à doença de Chagas; momentos reflexivos com a comunidade acerca dos principais problemas encontrados e suas causas; e a elaboração do programa onde a comunidade teve a oportunidade da escolha, tomada de decisão e co-gestão do projeto por um período de dois anos. A proposta construída integra ações de controle à assistência e às ações de desenvolvimento social, econômico, educativo e de cidadania. (DIAS, R., 1998).

Uma das grandes contribuições à sistematização do controle integrado das endemias é encontrado em Donalísio (1999). A autora analisou de forma ampla a epidemia da dengue, articulando conhecimentos da biologia, da epidemia, das políticas de controle com um resgate histórico-crítico e ainda ressaltou a importância de se incorporar a compreensão das representações sociais da população acerca da dengue. Nesta análise pode-se perceber a evolução do conceito de controle integrado nos programas de prevenção da dengue.

Em 1983, a OMS trouxe em seu discurso a necessidade de **articular** medidas preventivas, com programas educativos, numa perspectiva de ordenamento do ambiente e utilização do controle químico em caráter complementar. O êxito das

experiências de Cuba (1981) e México (1988) no controle deste agravo trouxe ao debate a importância na **integração** do controle do vetor aos programas educativos. A OPAS, na década de 80, ressaltou a **integração** assistencial e preventiva enquanto estratégias de racionalização das práticas de saúde. No Brasil, a autora chama a atenção para programas de controle destes agravos ocorridos no Rio de Janeiro e em São Paulo. No primeiro, na década de 80, buscou-se **integrar** controle de vetores, erradicação da doença, prevenção e erradicação da febre hemorrágica da dengue. Em São Paulo, foi formada uma comissão interinstitucional composta pelas esferas estadual (vigilância epidemiológica e do vetor, laboratórios, hospitais) e federal (SUCAM) para elaborar um plano integrado que se compôs desde normatizações técnicas de rotina, a propor a notificação compulsória do agravo e um controle integrado (químico, físico e biológico).

A partir de sua análise histórico-crítica e sem a pretensão de esgotar o tema, dá um referencial para um controle da dengue a partir de uma visão integral que se traduz em medidas que **horizontalizam** em nível municipal as ações de assistência, de diagnóstico precoce, das vigilâncias epidemiológica e entomológica, de controle vetorial, de educação em saúde e participação comunitária. Ainda ressalta a importância da **articulação** e da definição dos papéis das diversas esferas do poder na coordenação das ações, na capacitação de profissionais, na viabilização de ações de complexidade e de recursos que garantam o desenvolvimento contínuo das ações e o incentivo à pesquisa. Estas concepções de controle integrado das endemias que foram colhidas nesta pesquisa bibliográfica buscam promover uma articulação de medidas intrasetoriais, mas, ainda se dão dentro de uma lógica de verticalização dos programas e precisam buscar construir um eixo causal comum às diversas endemias capaz de também **articular** os

diversos programas entre si, construindo nos serviços uma transversalidade das ações de controle e aumentando a sua eficiência e eficácia, evitando ações com duplicidade⁶. Ou seja, é importante também repensar a organização do processo de trabalho dos serviços.

Assim, pensar a transformação do modelo de controle das endemias, é também questionar a forma como estes serviços foram planejados e geridos, ponto a ser debatido no próximo item.

4.2.2 Do planejamento normativo e gerenciamento Taylorista às perspectivas de transformação baseada na horizontalização das relações e co-responsabilização dos sujeitos.

Qual seria o modelo de organização e gerenciamento do processo de trabalho no controle das endemias que permitiu o desenvolvimento destes serviços fragmentados, centrado no modelo microbiológico e dentro de uma perspectiva anti-democrática?

A organização do processo de trabalho no controle das endemias teve sua origem, como já foi visto, nas experiências dos serviços de saúde dos exércitos coloniais e portanto, se deu sob fortes influências da cultura dos quartéis militares. Como principais impactos, estruturou suas ações a partir de campanhas sanitárias com características militares, onde os profissionais que atuavam no combate às endemias eram (e ainda o são em algumas instituições) chamados de guardas, os

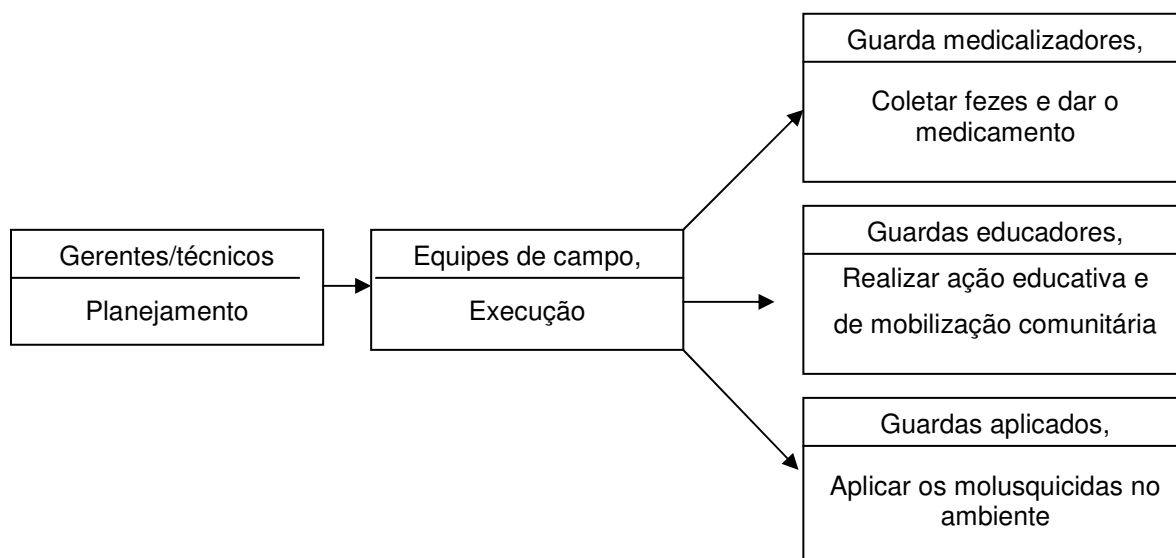
⁶ Onde se têm diferentes profissionais atuando no controle de agravos, mas realizando a mesma função, como o exemplo já citado do controle da dengue, leptospirose e raiva, em que as questões ambientais (principalmente o lixo) atuam como importantes mantenedoras e gestadoras destes agravos.

quais utilizaram poderosas armas químicas no combate aos vetores. As relações profissionais estabelecidas se guiaram por uma forte hierarquia profissional, desprovidas de diálogo e negociações. Estando, portanto em consonância com as linhas gerais da política de controle das endemias que desde sua origem se deu de forma anti-democrática e distante dos interesses das classes populares.

Posteriormente, esta linha de atuação encontrou nas teorias normativas do planejamento e nas Teorias Gerais da Administração, em uma de suas principais escolas, o Taylorismo-fordismo, o alicerce que lhe garantiram viabilidade de planejamento e gestão. Deste modo, tanto o planejamento como a organização do processo de trabalho tiveram uma acentuada centralização que separou o planejamento da execução; estabeleceu metas objetivas (em sua maior parte, quantificáveis) e se guiaram pela lógica da produção.

Iludidos com a busca de uma produção máxima, homogeneização de produtos e de tempos de produção, buscou-se o uso de tecnologias gerenciais que visassem um processo crescente de captura dos momentos de liberdade de criação (autogoverno) dos trabalhadores, de modo que, a produção final estivesse adequada aos produtos esperados pela instituição. O que se deu ora pela negação da subjetividade dos atores (suas potencialidades criativas, seus desejos, necessidades), ora pelo parcelamento e fragmentação do trabalho, ora pela normatização burocrática dos procedimentos e pela supervisão do trabalhador. Ou seja, como se fosse possível um processo automatizador da vida, onde se separasse o trabalhador e o trabalho, prevendo todas as intercorrências (panes) e variáveis dos processos produtivos. Para tanto, foi criada uma série de normatizações e protocolos que visassem orientar o processo de trabalho.

O controle da esquistossomose é um exemplo típico de como se deu esse processo na prática, onde uma equipe técnica planejava a ação, uma equipe de campo que executava era subdividida em três outras sub-equipes:



Percebe-se, portando, as principais características do processo de trabalho no controle das endemias:

- A divisão racional do trabalho (onde quem pensava/planejava, não executava), com marcante hierarquia e elevada concentração de poder dos gerentes;
- A fragmentação do processo de trabalho que vai além da verticalização dos programas específicos de cada agravo e se reproduz na especialização das diversas ações dentro de cada programa. Como resultado, estabeleceu-se uma alienação, onde a maior parte dos trabalhadores desconheciam a inserção do seu trabalho no processo global do controle das endemias e o resultado final de seu trabalho (os impactos de sua ação no quadro sanitário), levando a um trabalho automatizado e, por muitas vezes, sem sentido e desmotivado;

- A supervalorização da dimensão quantitativa da produção (como por exemplo, número de casas visitadas, quantidade de veneno utilizado), no lugar da qualidade do serviço;
- O controle do trabalho através de normatizações burocráticas e supervisões que levaram a uma inflexibilidade, morte da criatividade e incapacidade de lidar com as intercorrências cotidianas da vida nas comunidades.

Esse modelo gerencial é contestado no mundo da produção tipicamente capitalistas, tais como as fábricas, quando se incorpora a discussão da qualidade dos produtos (ANTUNES, 1995; NOGUEIRA, 1994). No setor saúde, estas críticas ganham dimensões próprias. Merhy, (1997a) demonstra a especificidade do trabalho em saúde que cria momentos de rupturas do processo de capturação do trabalho vivo,⁷ dada a sua natureza não muito estruturada e a sua prática se dar na interseção necessidades e de desejos de trabalhadores e usuários dos serviços.

Um processo de trabalho estruturado é aquele onde é possível prever as etapas de produção, as quais funcionam interligadas e interdependentes. Caso haja algum problema em uma etapa anterior, a seguinte irá se prejudicar, como por exemplo, uma linha de montagem de uma fábrica de automóveis. Uma das características do trabalho em saúde é que o seu processo de trabalho é pouco estruturado, uma vez que é muito difícil ter-se uma linha de produção rigidamente predefinida. Isto se dá porque o/a trabalhador/a em saúde utiliza constantemente seu auto-governo, tomando decisões e dando encaminhamento às necessidades do/as usuário/as. Diferentemente de uma fábrica de automóveis,

⁷ Trabalho vivo é o momento de produção que envolve o trabalho em si, a criação, o autogoverno. Algumas tecnologias e instrumentos gerenciais, buscam capturar esse trabalho vivo, evitando que haja uma liberdade no processo produtivo, o que poderia distanciar o produto final do produto desejado pela instituição.

onde o/a trabalhador/a não interage diretamente com o/a consumidor/a do produto, os/as profissionais da saúde estão diretamente lidando com o/a usuário/a. Deste modo, há um encontro de necessidades e subjetividades dos sujeitos envolvidos. É nesse encontro que serão definidas as próximas etapas do seu processo de trabalho. (MERHY, 1997a).

Esse encontro de subjetividades é intermediado por vários tipos e níveis de acolhimentos, saberes, responsabilidades e compromissos. Campos (1997, p. 250) retrata bem esse trabalho vivido no encontro de subjetividades:

O trabalho em saúde, sempre há uma outra subjetividade, diretamente implicada. Proximidade carnal interferência sobre o corpo e a vida, de um outro. Às vezes, até ouve-se o arfar, sente-se o suor, percebe-se o medo, ou o desespero, ou a indiferença do objeto cuidado. Vislumbres da linguagem corporal ressoam no espírito do objetivo e treinado técnico. O trabalho em saúde assenta-se sobre relações interpessoais todo o tempo.

Este trabalho não muito estruturado e subjetivo ainda se encontra com as situações inusitadas do mundo vivido, sobretudo, quando saem da proteção dos muros dos hospitais, centros de saúde, bureaux dos epidemiologistas e se encontram com as diversas formas de se “caminhar a vida”. Nestes momentos as tecnologias gerenciais normativas e burocratizantes não conseguem abarcar a pluralidade de situações em que se encontram os trabalhadores em saúde. Deste modo, estes têm momentos de autogoverno de seu trabalho que não conseguem ser capturados por tais tecnologias. Sendo portanto, uma ilusão a pretensão taylorista de controlar todo o processo de trabalho.

A questão que se coloca não pretende renunciar às contribuições que estes instrumentos até possam dar à racionalização do trabalho e prover dados interessantes para o planejamento e avaliação do serviço. O que se pretende mostrar é que seu uso está mais associado ao controle do processo de trabalho e dos seus trabalhadores. A forma como estes amontoados de regras e instrumentos

burocráticos são vivenciados e aliados a fragmentação do trabalho, leva a uma morte do lado criativo do trabalhador, tornando seu trabalho automatizado (repetitivo), desprovido de prazer e de motivação, uma vez que distanciam os trabalhadores da vivência da inteligência prática⁸, de sua obra (resultado final do seu trabalho) e não constroem uma cultura e ética de co-responsabilização dos atores.

Desde os trabalhos de Cecília Donnangelo e Ricardo Bruno Gonçalves, vêm-se realizando críticas a esse modelo de organização dos serviços. Muitos autores têm dado contribuições marcantes para a construção de novos modelos de planejamento e gerenciamento que busquem emancipar trabalhadores e a população para uma participação mais afetiva, efetiva e criativa. Um estudo sobre estas contribuições por si só demandam um estudo mais aprofundado que não cabem no presente trabalho. Mesmo que não tenha sido o foco deste estudo, vale ressaltar alguns trabalhos que possam dar pista de um novo agir. Gallo (1995) a partir da sua vivência dentro do movimento da Reforma Sanitária faz uma reflexão da práxis (tendo como foco o planejamento) e mostra uma discrepância entre a teoria que alimenta a Reforma Sanitária e a prática exclusiva da participação social. Bebendo na fonte da escola de Frankfurt, em especial as contribuições de Habermas, ressalta a importância de um planejamento estratégico comunicativo que perceba as várias lógicas e interesses e facilite a participação para emancipação.

Merhy (1997a), situa a luta pelo fortalecimento do SUS, em dois grandes campos, das transformações macroestruturais e organizacionais e nas dinâmicas

⁸ Aqui me aproprio do conceito de Dejours, (1993 apud ATHAYDE, [19--], p. 4-5) Deuses, Heróis e Malandros, algumas indicações sobre inteligência prática e trabalho, texto mimeo, sem data. 'o que ele denomina de inteligência prática, do trabalho é relativo a faixa de experiência do trabalho em que o discurso falha, lá, onde não se trata mais de falar, mas de fazer [...] Não é suficiente mobilizar a inteligência teórica, é necessário interpretar, improvisar, ser astucioso, disfarçar, trapacear até. É preciso apelar para a inteligência prática do trabalho, inteligência da ação, interligar aquilo que não está sob domínio.' Onde a inteligência prática é percebida como a inteligência da ação que extrapola o pensado, 'ancorada no corpo e nas camadas obscuras do pensamento'.

das micropolíticas do cotidiano dos serviços. Neste último ressalta a importância das transformações no modo de pensar, sentir, desejar e fazer saúde e no desenvolvimento de tecnologias gerenciais que se tornem agenciadoras de rupturas destes processos de captura dos autogovernos e busquem dotar de criatividade os processos de trabalho, tornando-os mais flexíveis para os problemas encontrados no cotidiano.

Campos (1997), chama a atenção que para assegurar a qualidade em saúde há que se buscar a adequada combinação de autonomia profissional com certo grau de definição de responsabilidades para os trabalhadores. Assim, ressalta a necessidade de uma transformação cultural que redirecione a motivação dos trabalhadores em saúde, sobretudo, estabelecendo uma cultura de co-responsabilização com a defesa da vida. Esta co-responsabilização pode ser balizada pela:

- Capacidade de produzir saúde do serviço- tem por objetivo assegurar os objetivos do projeto de saúde da instituição (missão institucional) através de um processo pactuado na equipe;
- Garantia de se assegurar viabilidade técnica, política e financeira, combinando os projetos institucionais, com os desejos e projeções das necessidades de usuários e trabalhadores, dentro da realidade;
- Realização profissional e financeira dos trabalhadores;
- Enfim, propõe organizações mais livres, as quais sejam construídas com horizontalidade de poder e verticalização de responsabilidades (cobrança do contrato pactuado com a equipe).

O trabalho educativo se dá na interação com as pessoas, portanto, é essencialmente subjetivo e pede autonomia e criatividade. Como se deu sua

vivência neste contexto de uma política centralizadora, microbiológica, fragmentada e regida por um processo de trabalho orientado pelas teorias tayloristas?

4.2.3 Da normatização social à emancipação política: novas perspectivas da educação em saúde no controle das endemias

Como foi visto anteriormente, as ações educativas em saúde no controle das endemias se orientaram pelo referencial teórico das escolas não-críticas da educação e moldaram-se às linhas gerais das políticas de controle destes agravos. Como consequência teve como principais características:

- uma desvalorização dos indivíduos levando ao estabelecimento de relações de poder e saber desiguais, atitudes autoritárias e impregnadas de arrogância cognitiva;
- uma atuação campanhista, fragmentada, descontínua, centrado na doença e na explicação unicausal e microbiológica do processo saúde-doença;
- um processo educativo desconectado das realidades dos pares da ação e das culturas locais e regionais;
- um desconhecimento das lógicas populares de apreensão e construção do conhecimento e de suas estratégias de lidar com as situações de exclusão social.

A visão desvalorativa dos indivíduos na prática educativa esteve presente desde o período de implantação das políticas de saúde e teve como principal impacto contribuir na fragilização social para a participação social. Durante as origens das políticas de saúde no país, a população detentora de menor poder

aquisitivo foi tida como incapaz de aprender e por isso as ações sanitárias priorizaram a utilização do poder de polícia. Neste contexto, a educação em saúde se deu de forma tímida.

A partir da década de 20, os indivíduos foram percebidos como ignorantes, mas passíveis de aprendizado. Foi neste período que a educação em saúde se institucionalizou no país através de ações formais nas escolas e centros de saúde. A concepção de que os principais problemas de saúde tinham origem na ignorância do povo somaram-se aos objetivos eugênicos de higienização da raça e levaram a educação sanitária a se constituir uma importante estratégia de normatização da sociedade, através da inculcação de códigos morais e higiênicos que conformassem a população à nova ordem econômica. Não foram valorizados os saberes, histórias de vida, cultura, necessidades, desejos e afetos das pessoas envolvidas na ação educativa. Em consequência, no processo ensino-aprendizagem o papel dos sujeitos a quem a ação se destinava, foi o de assimiladores de informações. Este projeto educativo fragilizou os indivíduos, sua auto-estima, seu potencial criativo, seu poder pessoal de tomar iniciativas e decisões, sobretudo, na esfera coletiva. Ou seja, um dos mais importantes danos causados por este modelo educativo foi contribuir na fragilização da população para a participação crítica na transformação de suas realidades.

Como fruto desta visão desvalorativa dos sujeitos, estabeleceram-se relações autoritárias baseadas na arrogância cognitiva dos profissionais de saúde que legitimou e fortaleceu o conhecimento científico, desvalorizando e desprivilegiando o saber e a cultura popular.

No caso das ações de controle das endemias, o autoritarismo e a arrogância cognitiva tenderam a ser mais acentuados devido à cultura militarizada

das instituições responsáveis pelas ações de controle. As relações interpessoais destas instituições estiveram impregnadas de um discurso hierarquicamente autoritário, o qual foi reproduzido pelos seus servidores no momento em que interagiram com a população.

Para Foucault (1985) e mais especificamente no campo da educação em saúde, Ornelas (1981), o processo histórico de legitimação do saber científico e desvalorização do saber e cultura popular está relacionado com a dominação política, econômica e social. Esta afirmação é bastante coerente quando o projeto oficial de educação em saúde no controle das endemias é analisado, uma vez que fica evidente como este fez parte da estratégia de dominação social das elites políticas e econômicas do país. O maior objetivo da educação em saúde no controle das endemias foi a adequação social às necessidades impostas pela nova ordem econômica através da legitimação do saber científico, da mudança de comportamentos higiênicos e morais e o não questionamento dos determinantes sociais no processo de saúde. Deste modo, contribuiu na construção da hierarquia e normatização social, como também na consolidação do modelo de desenvolvimento econômico adotado no país.

A omissão das multideterminações do processo saúde-doença e a adoção do olhar microbiológico levou a uma prática educativa centrada na doença, na construção de uma percepção fragmentada da saúde e um distanciamento das necessidades e possibilidades da população. Deste modo, contribuiu no esvaziamento do debate de que a conquista da saúde passa também pela organização política para a luta por condições dignas de vida e na responsabilização do poder público em garantir políticas sociais que aumentem o acesso da população aos bens de consumo coletivo.

O planejamento centralizado, tecnocrático e burocratizado das ações educativas aumentou o fosso existente entre o seu planejamento e as realidades locais. Como resultado, este processo educativo, em sua maior parte, foi incapaz de construir e incorporar novos conhecimentos e atitudes que pudessem contribuir na melhoria da qualidade de vida das pessoas envolvidas.

A exemplo disto, a avaliação do processo educativo no controle da esquistossomose, desenvolvido na Zona da Mata de Pernambuco, revelou que as condições sócioeconômicas da maior parte da população inviabilizaram a incorporação da principal medida preventiva prescrita: a não utilização de águas contaminadas.⁹ Sendo o rio a única fonte de água para suprir as necessidades básicas e a fonte de renda de muitos moradores, como evitar o seu uso? Onde buscar água para beber, cozinhar e se banhar? Onde lavar a “roupa de ganho”¹⁰? Onde pescar? Os profissionais de saúde se viram diante de um limite factível para a adoção das orientações de prevenção do agravo. Deste modo, a ação educativa ao se distanciar da realidade concreta, não levou em consideração as possibilidades da população de incorporar as medidas preventivas (ACIOLI; CARVALHO, 1998). Diante desta conjuntura, Acioli e Carvalho (1998, p. 65) trazem para o debate algumas situações que demonstram atitudes de resistência ou de incorporação do conhecimento científico pela população, segundo suas necessidades. Há momentos em que a população desconsidera as orientações preventivas dadas pelos técnicos por compreender a impossibilidade de incorporá-las ao seu cotidiano. A fala que se segue, colhida na pesquisa, retrata bem esta posição: “Esses folhetos tinham muita coisa [...] mas eu também num ligo muito pra isso não porque eu não posso [...] num

⁹ A transmissão da esquistossomose se dá através do contato humano com águas contaminadas.

¹⁰ Lavagem de roupa com remuneração.

tenho condição de fazer aquilo que é necessário [...] que vem no livro”.

Em outras ocasiões a população cria estratégias de convívio e até de atenuação de riscos, “tais como usar a água do rio para lavar roupa, mas não para tomar banho de rio, mas não beber sua água [...]”. E por fim, uma situação que é decorrente da leitura por parte dos técnicos de que o discurso da população ao expressar impotência de transformação da realidade, torna-se “apático, desmotivado e desmobilizado. Mas, para os autores, “Em verdade, não se trata de uma postura de aceitação da realidade, e sim, uma sutil estratégia de convivência”. (ACIOLI; CARVALHO, 1998, p. 66).

Valla (2000) chama a atenção para os impactos da não compreensão, por parte dos técnicos ou mediadores dos movimentos populares, das realidades e das diversas formas de mobilização e organização para resistência e sobrevivência ao modelo sócioeconômico estabelecido nacional e internacionalmente. Esta atitude além de culpabilizar as pessoas pelo seu adoecimento, sofrimento e morte, afasta as possibilidades de uma participação popular¹¹ para garantir que suas reais necessidades sejam inscritas nas políticas sociais. A incompreensão da lógica popular na construção e apreensão do conhecimento ainda é apontada como elemento que torna o processo educativo ineficiente. Noronha et al (1995), em estudo sobre as concepções de uma população endêmica para esquistossomose, perceberam que a construção do conhecimento passa por dimensões de informações teóricas, observações próprias, relatos de observação e negociações de significados. Deste modo, as concepções de saúde extrapolam o discurso médico e ganham valores simbólicos em várias formas de construção social. Diante disto,

¹¹ Para Valla (2000, p. 254) participação popular deve ser entendida como “uma participação política das entidades representativas da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pelas políticas públicas na área social”.

revelam a fragilidade e desqualificação do processo educativo desenvolvido pelos guardas sanitários, uma vez que se resume a passar informações técnicas. Ainda observaram o fato da prática ter enfoque comportamentalista com pouca fundamentação teórica, não levando em conta conhecimentos, valores e práticas dos segmentos sociais.

A ação educativa planejada e realizada sem a participação dos usuários e distante dos seus saberes e valores é também apontada por Rozemberg (1994) como a causa do insucesso do processo educativo observado na cidade de Conceição do Castelo. A prática desenvolvida pelos guardas da SUCAM, em palestras ou aulas, “partiam de proposições gerais e universais e utilizavam de lógicas abstratas,” no entanto, eram as observações das práticas operacionais de coleta de fezes e a procura dos caramujos transmissores da esquistossomose em rios e açudes suspeitos ou contaminados de schistossoma que apareciam como forma da população construir seus conhecimentos sobre a doença. Ou seja, a discrepância da metodologia utilizada e o sistema lógico da população apreender a realidade exigiam desta um grande esforço de compreender as informações difundidas, mas, por não se reconhecerem no processo, não conseguiam incorporá-las na sua prática, uma vez que o mesmo movimento de negociações de significados não era sentido por parte dos técnicos.

Na Lei que regulamenta o Sistema Único de Saúde está inscrito que o seu controle se dê pela participação popular e que é um direito do cidadão estar informado do seu quadro de saúde. Percebe-se claramente que o modelo educativo em saúde hegemônico é incoerente aos princípios do SUS dada a sua indisposição e mesmo inviabilização da participação popular. Além disto, a sua ineficiência de socializar e construir conhecimentos (principalmente os possíveis de serem

incorporados diante da realidade de vida da maior parte da população) é uma barreira para a promoção da saúde e para que se cumpra o direito da/os cidadã/os de estarem informada/os de seus quadros de saúde.

Vale também ressaltar que a expansão da assistência básica da saúde (a partir do fim da década de 70) e o debate em torno da promoção da saúde que orientou os Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF), fizeram emergir a necessidade dos seus profissionais repensarem suas práticas curativas, privilegiando as ações educativas. Esta nova atuação levou os trabalhadores da saúde além dos muros dos serviços, colocando-os cara a cara com as precárias condições de vida que vive a maior parte da população e fazendo-os perceber que a ação educativa não mais poderia se resumir as normatizações e regras de higiene e se expandir para uma inserção mais ampla na organização social. Que metodologia de intervenção utilizar nestas situações?

Diante destas constatações, trabalhadores, movimentos sociais e academia começaram a questionar esse processo educativo e perseguir a construção de uma coerência da ação educativa com o Sistema Único de Saúde, de forma que aumentasse as possibilidades da participação popular e a eficiência do processo ensino-aprendizagem. A educação popular tem sido referendada como uma das alternativas para a construção do novo modelo educativo em saúde, dado o seu compromisso com a emancipação dos sujeitos visando a participação, o que se dá através:

- Da reflexão crítica e criativa das realidades visando um agir transformador;
- Do diálogo e respeito às histórias de vida, à cultura, aos distintos saberes e afetos das pessoas envolvidas no processo;

- Da compreensão da saúde como resultante das questões políticas, econômicas, culturais e subjetivas, apontando para a perspectiva de que a educação em saúde seja também um processo de organização social engajada na luta pela melhoria da qualidade de vida.

Seria possível institucionalizar a proposta de educação popular em saúde nas instituições públicas de saúde? Ou só é possível vivenciá-la nos movimentos sociais?

Desde a década de 80 muitos programas oficiais já referendavam em seu discurso a participação popular como estratégia para aumentar a eficácia do processo educativo (SUCAM, 1985). Este momento é bastante coerente com o processo de redemocratização do país e das discussões da Reforma Sanitária. Também data deste período a incorporação de novos profissionais às máquinas públicas, seja pelos concursos públicos, seja pela renovação do poder nas prefeituras e Estados por conta das eleições diretas. Estes profissionais, muitos oriundos dos movimentos de base popular, somaram-se a profissionais de centros de saúde que desde o final da década de 70 já desenvolviam experiências de educação em saúde a partir do método da educação popular.

A reformulação do projeto Informação, Educação e Comunicação (IEC) do Ministério da Saúde, em 1993 que se deu a partir de uma construção conjunta do MS, FNS e do BIRD e contou com o financiamento do Projeto Nordeste (PNE) I e II, teve como resultado a articulação de três conceitos para direcionamento de suas ações:

A definição das mensagens essenciais em saúde e o levantamento psicosócio-cultural da população que se deseja atingir- **informação em saúde**; Processo ação-reflexão-ação como núcleo mobilizador para a formação de multiplicadores através de metodologias participativas- **educação para a saúde**; Aspectos tradicionais do processo de comunicação sem deixar de considerar as características do lugar e do tempo em que a comunicação é estabelecida, as restrições à transmissão da mensagem, o estado de espírito do receptor, suas reações e as

mudanças de comportamentos decorrentes- **comunicação para a saúde**
(BRASIL, 1996b, p. 2, grifo do autor).

Mesmo que essas preocupações possam refletir uma nova roupagem para a instrumentalização do processo educativo e ainda se busque a mudança de comportamento, percebe-se no discurso oficial do MS uma incorporação de elementos da educação popular ou que destes se aproximem.

O IEC teve como principais metas o desenvolvimento institucional e a formação de equipes nas esferas central e estadual visando a institucionalização da proposta. As atividades desenvolvidas (formação de multiplicadores em saúde; promoção de informações em saúde; realização de pesquisas e estudos especiais; acompanhamento e análise de projetos e o desenvolvimento de projetos de IEC em saúde) buscaram formar, assessorar, acompanhar e apoiar as equipes estaduais na incorporação da nova direção do Programa (BRASIL, 1996b). Um dos resultados desta iniciativa foi que secretarias de saúde estaduais e municipais criaram estruturas em seus organogramas para a educação em saúde.

Alguns autores vêm chamando a atenção de como a educação popular em saúde e a participação popular podem estar sendo incorporadas nas instituições de forma burocratizada ou a partir de uma concepção de participação que a distancie do papel esperado pelo Sistema Único de Saúde, o controle social do sistema.

Vasconcelos (1997a, p. 163) ao se referir à diversidade de práticas e interesses que aglutinavam os participantes do I Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde, promovido pela Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, em 1991, chama a atenção ao fato de que ao mesmo tempo em que havia pessoas que buscavam uma prática mais próxima de uma concepção libertadora da educação, também estavam presentes um “grupo estranho”, os burocratas que

ocupavam cargos institucionais e procuravam projetos e formas diferentes do fazer que os legitimassem em suas instituições. O autor alerta para uma possível banalização do termo educação popular em saúde, uma vez que esta denominação possa dar um tom progressista às políticas adotadas, ou mesmo uma maior eficiência na articulação política.

Acioli e Carvalho (1998), na pesquisa de avaliação das ações de IEC/MS (Informação, Educação e Comunicação do Ministério da Saúde) na Zona da Mata de Pernambuco, apontam para um distanciamento do discurso oficial do PCDEN (componente IEC) sobre participação comunitária e a prática institucional da FNS:

Uma proposta teórica de participação ativa converteu-se nos moldes tradicionais de transmissão de informações, tendo por objetivo chamar a atenção da população para os problemas e soluções propostas *[impostas?]* pelas instituições oficiais [...]. (ACIOLI; CARVALHO, 1998, p. 65)

Dos principais entraves encontrados para a incorporação do discurso que privilegia práticas educativas libertadoras e participativas, ressaltam: a cultura institucional medicalizadora; o processo de trabalho fragmentado, itinerante, sem infra-estrutura necessária para os profissionais; planejamento centralizado e verticalizado; falta de retorno à população dos exames realizados e as orientações preventivas que se distanciaram das condições sócioeconômicas da população. Os autores mostram como a participação popular esperada pela instituição seria o convencimento do uso do medicamento utilizado no tratamento da esquistossomose, a procura aos postos de saúde e evitar o uso da água do rio.

Valla (2000), chama a atenção para que os programas oficiais, em sua maioria, ainda percebem que a participação comunitária ora se dá na perspectiva dos mutirões, ora se dá na incorporação de mudanças de comportamentos que poderiam evitar doenças. Nos mutirões, as classes trabalhadoras participam realizando serviços que deveriam ser pagos através da arrecadação de imposto, ou

assumindo parcelas dos custos, ou com sua força de trabalho nas suas horas de lazer e reposição de força de trabalho. A participação, nesta perspectiva, seria capaz de exercer um controle social sobre o Sistema de Saúde?

No entanto, outras experiências institucionais tentam construir uma coerência entre a teoria e a prática educativa guiada pela metodologia da educação popular em saúde. A Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, desde 1991, vem exercendo um importante papel em nível nacional, na articulação de pessoas que trilham este caminho, tanto nos serviços públicos de saúde, como nos movimentos sociais. O livro *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular em Saúde* (VASCONCELOS, 2001) traz algumas das reflexões e experiências compartilhadas na rede.

Outra experiência, a da SES-PE, no período de 1995-8, é um exemplo da procura da institucionalização da educação popular em saúde (PERNAMBUCO, 1998a; PERNAMBUCO, 1998b).

Esta experiência foi interrompida com a mudança da gestão estadual. Mas, alguns municípios incorporaram a proposta e têm buscado novos caminhos a partir de suas realidades. E dentre estes, encontramos a experiência do município de Camaragibe.

Assim, convido o/a leitor/a para uma aproximação deste cenário municipal, com a finalidade de compreender como esse processo se dá dentro de uma gestão popular da saúde, que no seu discurso oficial busca ressignificar sua política, tornando-a mais democrática, compromissada com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e com a luta pela melhoria da qualidade de vida. Para tanto, descreverei o município de Camaragibe a partir de sua realidade geográfica, política e sanitária, para em seguida apresentar os principais sujeitos pesquisados

(os agentes de controle das endemias) e por fim, a concepção e prática educativa destes.

PARTE 3- UM OLHAR SOBRE A CIDADE E SUA POLÍTICA DE SAÚDE

A CIDADE

*O sol nasce e ilumina as pedras evoluídas
Que cresceram com a força de pedreiros suicidas
Cavaleiros circulam vigiando as pessoas
Não importa se são ruins, nem importa se são boas
E a cidade se apresenta centro das ambições
Para mendigos ou ricos e outras armações
Coletivos, automóveis, motos e metrô
Trabalhadores, patrões, policiais, camelô
A cidade não pára, a cidade só cresce
O de cima sobe e o de baixo desce
A cidade se encontra prostituída
Por aqueles que a usaram em busca de saída
Ilusora de pessoas de outros lugares
A cidade e sua fama vai além dos mares
No meio da esperteza internacional
A cidade até que não está tão mal
E a situação sempre mais ou menos
Sempre um com mais e outros com menos*

A cidade não pára, a cidade só cresce

*O de cima sobe e o de baixo desce
Eu vou fazer uma embolada, um samba, um maracatu
Tudo bem envenenado, bom pra mim e bom pra tu
Pra gente sair da lama e enfrentar os urubu
Num dia de sol Recife acordou com a mesma fedentina do dia anterior*

CHICO SCIENCE E NAÇÃO ZUMBI. *Da Lama ao Caos.*

CAPÍTULO 5- UM OLHAR SOBRE A CIDADE DE CAMARAGIBE

O objetivo deste capítulo é ter uma primeira aproximação da realidade estudada a partir da organização geográfica, política e administrativa da cidade, visando uma posterior aproximação do cotidiano dos serviços. Para tanto, irei traçar brevemente o histórico do município, sua condição geopolítica, a infra-estrutura dos serviços urbanos e o seu quadro epidemiológico.

5.1 Um breve passeio por sua história

A origem da ocupação dos territórios do município pelos povos brancos data de meados do século XVI, com a chegada de Duarte Coelho, movido pelo interesse da exploração de pau-brasil e da cana-de-açúcar.

O nome da cidade é de origem indígena e reflete as características naturais do lugar. Camaragibe tem várias coleções hídricas naturais, é cortada por seis rios e possui a presença abundante da planta chumbinho, Lantana camara. Camaragibe significa, Rio (gybe) Camará (L. camara).

Está dividida em três ciclos históricos de evolução urbana, de acordo com sua economia:

Agrícola-canavieira- Esta fase teve seu início na colonização, chegando a se tornar um dos engenhos mais prósperos da região;

Industrial-têxtil- Este período teve seu início em 1891 com a indústria têxtil da Cia. Industrial de Pernambuco (CIPER), uma das primeiras indústrias do país que trouxe ao município a construção de uma vila operária e escolas. Representou o começo do processo de urbanização do município. Seu declínio começou na década de 80 com a crise do algodão e a crise nacional do setor têxtil;

Comércio e Serviço- Este ciclo é o que atualmente caracteriza a economia do município, o qual nos últimos 3 anos teve um crescimento de 59% de sua estrutura econômica. Dos empreendimentos da cidade, 69% estão no comércio e 28% no setor de serviços.

Camaragibe até o ano de 1982 era um distrito que pertencia ao Município de São Lourenço da Mata, tendo sido criado pela Lei Estadual 8951/82. Trata-se, portanto de um município novo do ponto de vista político e administrativo.

Desde a sua segunda gestão municipal, em 1993, a saúde do município vem sendo administrada pelo Partido dos Trabalhadores, que lhe deu caráter popular e democrático. Deste modo, esta gestão será caracterizada no presente trabalho, como uma gestão popular. A aprovação da população ao projeto político desta equipe fez com que seu secretário de saúde, um médico sanitarista oriundo do Movimento Popular de Saúde (MOPS), se elegeisse e reelegeisse prefeito do município, sendo nesta última eleição (outubro de 2000), com um coeficiente de mais de 60% dos votos. Apesar do discurso oficial desta gestão expressar a vontade política de melhorar a qualidade de vida da população, administrar a cidade não é tão simples, pois, o município enfrenta muitos problemas sociais, estruturais e econômicos difíceis de serem superados.

Como expressão da condição de vida da população, o município tinha em 1993 um coeficiente de mortalidade infantil de 65,1 por 1000/nascidos vivos. Com a implantação dos Programas de Agente Comunitários de Saúde (PACS), em 1993 e de Saúde da Família (PSF), em 1994, há uma sensível redução da mortalidade infantil que começa a decair, chegando em 2000, a um coeficiente de 15,5 por 1000/nascidos vivos. O sucesso destes programas, em 1999, levou o município a estar colocado entre os cinco melhores Programas de Saúde da Família do país.

No entanto, as causas estruturais ainda persistem, uma vez que são decorrentes do modelo de desenvolvimento sócioeconômico e da política neoliberal adotados no país que são responsáveis pela manutenção e agravamento da exclusão social.

A terra do Rio Camará é uma cidade que ao exemplo das cidades que margeiam as grandes metrópoles brasileiras é uma miscelânea de contradições e exclusão. Ao andar pelas suas ruas pude constatar de perto estas discrepâncias. Ao realizar um bloqueio anti-rábico em Aldeia, após 12 km de uma estrada margeada por restos de Mata Atlântica e repleta de condomínios de alto luxo e Clubes de Campo, logo em seguida entramos em um de seus bolsões de misérias. Em Vera Cruz, durante uma desratização, encontrei numa esquina uma casa de Classe média alta e a poucos metros um casebre que pensei ser uma ruína. Nesta última residência só entramos porque o agente da área sabia que lá realmente morava gente e “muitos ratos”.

As diferenças sociais chegavam mesmo a estar lado a lado. Em agosto de 2000, em Tabatinga (região IV) acompanhei uma desratização em uma área onde acabara de ocorrer um óbito por leptospirose. O principal foco de roedores do quarteirão que estávamos desratizando estava na a casa de dona Lúcia¹ Uma residência bastante simples, o piso era de barro socado e tinha buracos de ratos até em baixo da cama. O lixo se misturava às crianças espalhadas pelo chão da sala, as quais assistiam a apresentadora do programa infantil sair de sua espaçonave e desembarcar no mundo encantado de alguns milhões de reais para plantar sonhos de consumo que talvez jamais sejam realizados. No quintal de D. Lúcia, a situação

¹ Gostaria de lembrar que por questões éticas, todos os nomes deste trabalho serão fictícios com a finalidade de preservar os participantes da pesquisa.

era mais caótica. Havia um buraco de aproximadamente 1m², onde seria construída uma fossa, mas, por ora, estava repleto de lixo. A presença de roedores era marcante. Encontramos fezes de rato até nos depósitos de água que a família iria utilizar para lavar roupas. Da casa vizinha, uma residência de classe média, ampla e com primeiro andar, eram jogados restos de comida para alimentar as galinhas que Dona Lúcia criava, mas também serviam para alimentar os ratos do quarteirão. Ao sairmos de lá, o agente me falava que desde que chegou ao serviço, há um ano e meio, tentou mudar a situação de dona Lúcia, mas não conseguiu. Perguntou-me emocionado, “como alguém pode viver desse jeito?”. Visualizou o limite do seu trabalho.

Recentemente, Camaragibe também passa a ser conhecida no cenário nacional pela violência de suas ruas periféricas, uma das mais recentes formas de expressão da exclusão social na cidade. Por estar ao lado de uma das cidades mais violentas do país, Recife, a violência já se configura como uma das principais causas de morte da população. O filme documentário, “O Rap do Pequeno Príncipe contra as Almas Sebosas” dos cineastas Paulo Caldas e Marcelo Luna, teve grande repercussão nos festivais de cinema do país. O filme retrata a violência urbana de Camaragibe e dois caminhos diferentes encontrados para lidar com esta situação. O filme tem dois protagonistas, Hélio e Garnizé. O Helinho, como era chamado carinhosamente pelas pessoas de sua comunidade, virou herói local por ter matado 60 pessoas. Para a população que o glorificou, matou 60 “almas sebosas”, expressão popular que designa os bandidos. Hélio garantiu para a população da Região III a sonhada segurança, lá onde o estado não consegue chegar. Acabou por ser preso no presídio Anibal Bruno, onde foi assassinado, em 14 de janeiro de 2001. Garnizé, o segundo protagonista do documentário, cresceu na mesma realidade do

Hélio. Entretanto, traçou caminhos diferentes para lidar com a violência. Percussionista da banda Faces do Subúrbio, Garnizé desenvolve projetos de arte e cultura com crianças em comunidades de baixo poder aquisitivo. Estes projetos que hoje são financiados pela Fundação de Cultura da prefeitura de Camaragibe, mostram um lado de esperança, em que é possível criar parcerias com a sociedade civil para melhorar qualitativamente a vida da população que tem menor poder aquisitivo. Um caminho que se faz pelas ruas da arte.

Esse exercício de visitar o diário de campo e trazer para a memória as caminhadas ao lado dos Agentes de Controle das Endemias, fez-me relembrar a música “Cidades” de Chico Science. Em alguns momentos, era tomada pela sensação de que, assim como o Recife da música, Camaragibe continuava com a “a situação sempre mais ou menos, sempre um com mais e outros com menos” e acordando com “a mesma fedentina do dia anterior”. Já em outros momentos, quando comparava a realidade de Camaragibe com outros municípios circunvizinhos; quando descobria exemplos de vida como o de Garnizé; quando escutava a comunidade falar de alguns avanços dos serviços de saúde; ou mesmo quando descobria alguns crescimentos que o município vem tendo nos últimos anos; o que me chegava ao coração era a esperança que em meio à dor e sofrimento da população, Camaragibe parecia começar a entoar “emboladas, sambas e maracatus”, pretendendo “sair da lama e fazer frente aos urubus”.

Esse período é histórico para o município que diante de um crescimento comercial nos últimos três anos de 59%, parece começar a sair da condição retratada no documentário, de dormitório da cidade do Recife, e se configurar como uma cidade que avança no processo de democratização e da promoção da qualidade de vida. Administrar a cidade neste cenário é um desafio traçado por

linhas de compromissos políticos e limites concretos. Afinal, os que estão lá construindo a cidade estão inseridos dentro de uma diversidade de interesses, poderes e histórias de vida. Algumas vezes, estas pessoas são movidas por uma complexidade de motivações políticas e subjetivas, e em outras, paralisados meio a limites estruturais, culturais e pessoais. No transcorrer desta dissertação algumas facetas destas motivações e limites irão compor o cenário da pesquisa, sobretudo, quanto mais nos aproximarmos do cotidiano do serviço. Por ora, me deterei ainda em alguns aspectos macro que ajudarão na compreensão destes problemas: aspectos de sua condição geográfica e política e da infra-estrutura dos serviços urbanos, próximos pontos a serem vistos.

5.2 Condição geopolítica

Camaragibe está localizada na Região Metropolitana do Recife (RMR), no Estado de Pernambuco (mapa 1). Segundo dados do IBGE de 2000, possui uma população de 128.627 habitantes², distribuídos em uma área de 52,9 km², perfazendo, deste modo, uma densidade demográfica de 2.431 hab/ km². É um município de pequeno porte, onde ocupa 1,91% do território da RMR, sendo o segundo menor município desta. Mas, é a sexta maior população e quarta maior densidade demográfica da Região.

Dada as suas diversidades sociais e espaciais, o Município foi subdividido em cinco Regiões (mapa 2) com a finalidade de realizar o planejamento de forma mais

² Por questões litigiosas de limites com as cidades do Recife e São Lourenço da Mata, não foram computados a população de três localidades.

condizente com as necessidades e especificidades locais e dar uma maior racionalidade na distribuição das funções administrativas. Esta divisão se deu a partir características urbanas semelhantes, reconhecidas pela população.

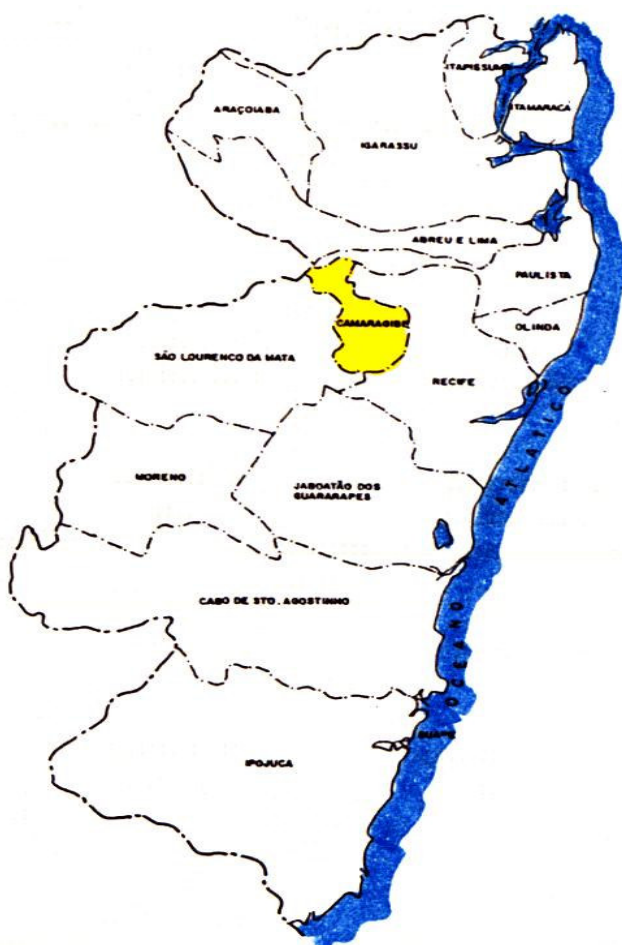
A ocupação do solo em Camaragibe, em decorrência do fluxo migracional na Região Metropolitana do Recife, não se distancia da realidade dos demais municípios da Região, a cidade cresceu de forma desordenada e desigual socialmente. Em decorrência deste processo, a população, por muitas vezes, se encontra sob situação de risco, sobretudo, de desabamento e alagamento nos períodos de altos índices pluviométricos, o que se dá pelas características topográficas da cidade. O município é caracterizado, principalmente, por encostas e topos arredondados, onde há risco de desabamentos. Já nas áreas baixas, o maior risco é de inundações dado à confluência de canais e canaletas que funcionam como drenos naturais do município (CAMARAGIBE, 2000).

5.3 Condição da infra-estrutura dos serviços do município: o que a cidade oferece

Há também um acesso desigual aos serviços de infra-estrutura urbana, onde, o maior problema é a falta de acesso ao esgotamento sanitário. Como resultado a população constrói fossas sem vedação contaminando os mananciais de água e comprometendo a estabilidade das barreiras. A população não servida da coleta de lixo e de água tratada, queima o lixo ou o deposita em espaços inadequados (vias públicas, terrenos baldios, encostas, canais e córregos) e se utiliza de poços artesianos, respectivamente (CAMARAGIBE, 2000). Grande parte da população (43,37%) não realiza nenhum tipo de tratamento da água domiciliar.

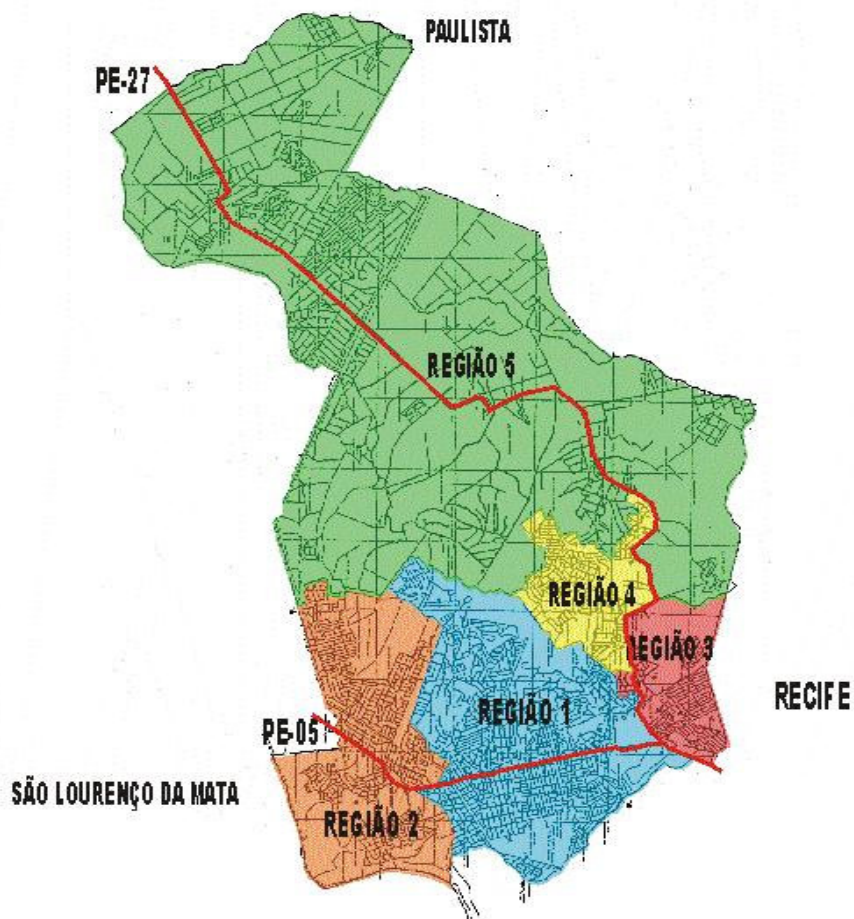
Quanto ao acesso aos transportes, a população é servida por cinco empresas privadas de transporte coletivo tradicional que realizam em média 453 viagens/dia. Ainda existem em torno de 500 transportes alternativos, dos quais, 66 são registrados (CAMARAGIBE, 2000).

Mapa 1- Localização do município de Camaragibe na Região Metropolitana do Recife.



Fonte: Secretaria de Planejamento Urbano e de Desenvolvimento Econômico /Camaragibe2000.

Mapa 2- Município de Camaragibe e suas Regiões Político administrativas.



Fonte: Secretaria de Planejamento Urbano e de Desenvolvimento Econômico /Camaragibe2000.

Quadro 3- Percentual da população que têm acesso aos serviços de infraestrutura urbana.

Serviços Oferecidos	% da população coberto
Esgotamento Sanitário	8,65
Abastecimento de água	76,47
Coleta de Lixo	73,24
Energia Elétrica	96,64

Fonte: Súmula do município (2000).

O município conta com 26 escolas, concentrando sua demanda no ensino fundamental. Desde 1997 conseguiu aumentar a matrícula escolar em 14,8%, buscando aumentar o acesso escolar. No entanto, ainda conta com 17% da população na faixa etária de 4-19 anos que não estudam; é relevante o percentual de pessoas que não sabem ler no município (21.3%)³ e a maior parte dos alunos ainda está fora da faixa etária adequada à série. Mas, há uma melhoria qualitativa do atendimento escolar dos alunos, expressa na diminuição da repetência e da evasão escolar (CAMARAGIBE, 2000).

5.4 Situação epidemiológica

Esta aproximação da realidade geográfica e política do município que foi traçada aqui, já nos faz imaginar o seu quadro de saúde diante da transição epidemiológica que caracteriza os países do “terceiro mundo”. A Tabela 1 mostra que as principais causas de mortalidade no período de 1993 a 2000, foram em decorrência de agravos típicos dos países ricos (doenças do aparelho circulatório e

neoplasias) e agravos decorrentes da miséria (como as doenças infectocontagiosas e parasitárias), típicos dos países de economia periférica.

Dentre os problemas de saúde pública que enfrenta, as endemias têm expressão preocupante. Dentre estas, o presente estudo se deterá na dengue, leptospirose e raiva. Os principais determinantes destes agravos são as condições sócioeconômicas e ambientais e por conta disto, a maior parte das intervenções que podem contribuir para reduzi-las estão relacionadas entre si.

Tabela 1 - Percentual de óbitos dos principais grupos de causa básica, CID-10-Camaragibe/PE, 1993-2000.

Causas /CID 10	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Doenças do aparelho circulatório	32,8	30,3	26,1	29,4	33,2	32,3	34,2	30,6
Causas externas	11,3	12,9	14,1	14,7	13,3	14,5	13,9	15,1
Neoplasias	6,4	7,5	11,2	10,5	10,9	11,1	8,8	11,4
Doenças do aparelho respiratório	8,4	7,8	6,6	8,2	7,8	9,4	10	12,5
Doenças infecciosas e parasitárias	8,6	7,5	6,6	5,7	6,1	6,6	7	5,3
Infecção peri-natal	10,4	10,9	10,9	9,2	9,7	7,8	8,1	4,9
SSAMD	4,8	5,7	4,6	1,8	2,3	1,4	0,1	0,2
Outras causas	17,2	17,4	19,9	20,4	16,6	17	17,9	20

Fonte: DIEVIS/Secretaria de Saúde do Estado/ Secretaria de Saúde de Camaragibe.

³ Dados de 1991.

Não será objeto deste estudo realizar uma análise epidemiológica aprofundada, mas ressaltar a importância destes agravos para a saúde da população.

A ocorrência destas enfermidades, no município de Camaragibe, oscilam algumas vezes impactadas pelas medidas de controle ou em outras, pelas condições climáticas e ambientais (nesta última, em especial dengue e leptospirose), as quais são potencializadas pelas questões sociais.

A dengue é uma doença causada por um arbovírus⁴ do gênero Flavivírus. Possui quatro sorotipos (Dengue 1, 2, 3 e 4). Esta doença é transmitida por mosquitos do gênero Aedes, principalmente pelo Aedes aegyptis. Possui duas formas clínicas, dengue clássica e a febre hemorrágica. A primeira, em geral evolui para uma forma benigna, enquanto a segunda pode levar a altas taxas de letalidade, de acordo com a qualidade do atendimento aos portadores.

Além dos riscos de letalidade da forma hemorrágica, a presença do vetor, o mosquito Aedes aegyptis, traz riscos para a urbanização da febre amarela. A febre amarela é uma doença endêmica em algumas regiões do país, mas restrita a zonas silvestres. Apesar de haver disponível uma vacina eficaz, possui altos índices de letalidade⁵ que no Brasil podem chegar de 50 a 100%.

Como a reprodução do mosquito Aedes, geralmente, se dá em coleções de água limpa e parada, é de importância para o seu controle o acesso ao saneamento básico (abastecimento contínuo de água e coleta e destino adequados do lixo). No entanto, é uma doença dita “democrática,” uma vez que atinge todas as

⁴ Vírus transmitidos por artrópodes, tais como mosquitos.

⁵ Coeficiente de letalidade é a razão obtida pelo número total de óbitos de uma agravo pelo número total de pessoas acometidas. Tem por função avaliar a capacidade que este agravo tem em evoluir para morte.

classes sociais. O que se dá pela alta capacidade de vôo do mosquito e pela cultura de se cultivar plantas com água e/ou bromélias, presença de piscinas não tratadas e tantas outras situações que disponibilizam as condições ideais para a proliferação dos mosquitos.

No município de Camaragibe, constitui-se um problema de saúde pública desde 1995. Teve o seu maior coeficiente de incidência em 1998, e a partir de 1999 apresentou uma queda na sua notificação, sendo, em 2000, bastante acentuada. O gráfico I demonstra a dinâmica da endemia na cidade, a partir de 1997.⁶

Segundo a gerente de vigilância epidemiológica do município, a diminuição expressiva dos casos de dengue no ano de 2000, podem ter se dado pela ação contínua dos agentes de controle. Mas, não descarta a possibilidade de possíveis impactos decorrentes do esgotamento dos susceptíveis ou de ter havido grande número de sub-notificação.⁷ Ainda chama atenção para o alto índice pluviométrico deste ano em questão. As águas das chuvas, tanto esborravam os depósitos naturais ou de lixo urbano, como também diminuíram o racionamento de água na região, diminuindo também o número de depósitos com água parada, essenciais para a reprodução dos mosquitos transmissores.

A **leptospirose** é uma doença causada por espiroquetas do gênero Leptospira, da espécie L. interrogans e L. bifflexa. Os principais reservatórios de importância epidemiológica são os roedores, mas também outros animais domésticos podem atuar no ciclo de transmissão da doença, tais como bovinos, caprinos e ovinos. A transmissão ocorre quando há exposição de mucosas, pele úmida ou lesadas à urina dos animais portadores ou às águas contaminadas.

6 Dado problemas com o sistema de informação, só foi possível resgatar dados a partir de 1997.

7 Uma vez que a população começa a descobrir estratégias domésticas de lidar com o agravo, analgésico e repouso, tende a não procurar mais os serviços de saúde em busca de atendimento.

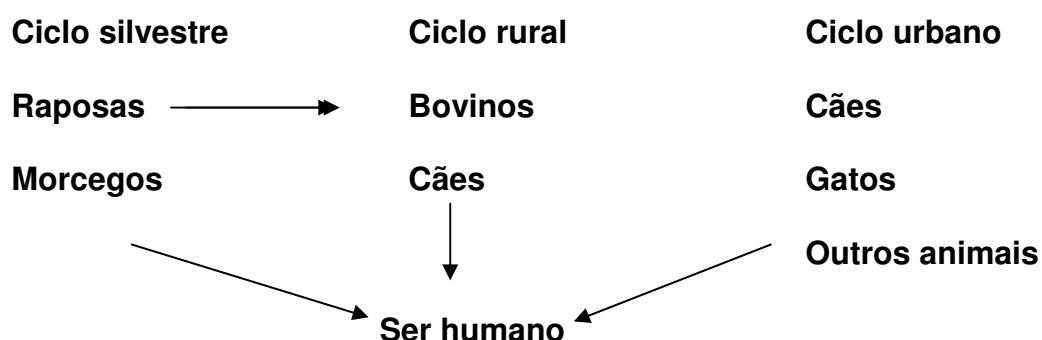
A leptospirose é uma doença cosmopolita, mas nos países de economia periférica, a sua transmissão está associada a condições sócioambientais que favorecem a proliferação de roedores, as quais são potencializadas pelas as condições climáticas (enchentes e altos índices pluviométricos) que aumentam o contato com águas contaminadas. Deste modo, seu controle está associado a medidas que evitam o contato humano com a urina de roedores e águas contaminadas. Dentre estas, as mais indicadas são as seguintes ações: saneamento (assim como, destino adequado do lixo, esgotamento sanitário, limpeza e drenagem de canais), controle dos roedores e os cuidados pessoais (como por exemplo, cuidados com o acondicionamento de alimentos, da água de consumo, o destino adequado do lixo doméstico e o uso de luvas e botas, em caso de exposição de águas contaminadas).

A dinâmica da leptospirose no município de Camaragibe está associada, tanto aos índices pluviométricos, como também as intervenções realizadas no ambiente. O gráfico 2 demonstra que a leptospirose no município de Camaragibe apresentou uma diminuição progressiva até 1999, tendo um aumento expressivo em 2000. O que se deu em decorrência dos altos índices pluviométricos que potencializaram a exposição ao agravo. Apesar de que a alta incidência de leptospirose no município, em 2000, esteve associada aos altos índices pluviométricos⁸, teve uma distribuição desigual nas regiões. A análise do gráfico 3 sugere que o coeficiente da leptospirose tenha tido uma relação inversa com o número de desratizações realizadas. A região IV, que teve o menor número de desratização, teve o maior coeficiente de leptospirose no município. As regiões III e

⁸ Segundo o Jornal do Comércio, em 2000 a Região metropolitana do Recife teve o maior índice pluviométrico dos últimos 30 anos.

V tiveram os menores índices de incidência de leptospirose neste período. Na primeira há o desenvolvimento de trabalhos educativos e de organização comunitária para o destino adequado do lixo e na segunda há uma ONG, ReciclaIdeia, que desenvolve trabalhos de educação ambiental. Talvez haja uma relação destes trabalhos com os índices deste agravo nestas regiões, mas só um trabalho mais estruturado seria capaz de revelar esta relação.

A **raiva** é uma enfermidade 100% letal, causada por vírus do gênero Lissavírus, da família Rhabdoviridae. Existem três ciclos epidemiológicos da raiva, o silvestre, rural e o urbano. Todos os animais de sangue quente são suscetíveis, no entanto os animais que atuam como principais reservatórios são:



A raiva também é uma doença cosmopolita, no entanto, só tem expressão nos países onde persistem as “doenças da cidadania”, ou seja, que decorrem das péssimas condições de vida e da falta de acesso aos bens de consumo coletivo. Do ponto de vista dos recursos tecnológicos, o seu controle conta com os meios necessários para a eliminação dos ciclos rural e urbano. Depende, portanto, de decisão política de implementar as ações de controle. Países como a Inglaterra e Japão, conseguiram erradicá-la e demais países de economia central, controlaram seu ciclo urbano.

Camaragibe nunca notificou casos de raiva humana, no entanto, a situação da raiva animal é bastante preocupante. Uma análise histórica da notificação de casos animais nos últimos 17 anos (Gráfico 4) demonstra que foram registrados 59 casos de raiva animal. Esta mesma análise demonstra ter havido um marco epidemiológico após 1996, em decorrência do aumento da notificação por conta da implantação das ações de controle. No período de 1983 a 1995, foram notificados 17 casos, destes, 5 casos de raiva canina, 4 casos de raiva bovina, 1 caso de raiva eqüina e 2 casos de espécie ignorada. Após 1996, ocorreu um aumento considerável de casos, sobretudo nas espécies canina e felina que são as que têm maior importância na transmissão deste agravo ao ser humano. Neste período o município registrou 47 casos de raiva, distribuídos nas seguintes espécies: 41 canina, 5 felina e 1 bovina.

Após a implementação das ações de controle, houve um pico de ocorrência em 1997, com quinze casos. Como resultado destas, em 1998, ocorreram apenas 6 casos. Em, 1999 houve mais um recrudescimento da endemia.

Em 1999, a recrudescência da raiva animal ficou restrita às regiões I e II. A análise da dinâmica dos casos neste ano sugere que este recrudescimento tenha se dado pela fragilidade das ações de controle, dado o alto número de focos secundários, isto é, casos decorrentes de um caso anterior em que as medidas de bloqueio não conseguiram impedir seu surgimento. Assim como mostra o quadro 4.

Quadro 4- Casos de raiva animal no município de Camaragibe, segundo mês e localidade no ano de 1999.

R	Localidade	mar.	abr.	Maio	jun.	jul.	ago.	set.	out.	nov.	dez.
I	Alto S. Antônio		1								
I	Céu azul	1	1		1			1			
I	Timbi			2							
II	Estação Nova					1					
II	João Paulo II	1	1			1	1				
II	Santana		1								1
II	Lot.S.João/S.Paulo				1						

Fonte: Núcleo de Vigilância Ambiental/Camaragibe.

Durante as minhas primeiras visitas a campo, entre fevereiro e março de 1999 já suspeitava que haveria um aumento da incidência da raiva animal deste ano, em decorrência da fragilidade das ações de controle. Algumas observações colhidas durante um bloqueio de raiva animal traduzia bem esta situação. Caixa de isopor aberta, exposição da vacina ao sol, perda de vacina e doses incompletas. Também havia falhas técnicas da coordenação do serviço, tais como a cobertura insuficiente de quarteirões durante os bloqueios nas áreas de focos positivos para a raiva animal, processo de trabalho lento e desorganizado e não cumprimento do bloqueio de reforço aos 90 dias.⁹

Esta situação ainda estava agravada com o rompimento da parceria com a Prefeitura da Cidade do Recife para apreensão de rotina de animais errantes. Sob alegação de não haver estrutura física para comportar a demanda dos municípios vizinhos, o Centro de Zoonose do Recife passou a só aceitar em seu depósito animal, os casos suspeitos da raiva ou provenientes de áreas de focos.

9 O Guia de epidemiologia do MS preconiza que após os 90 dias subseqüentes ao caso, seja realizado um novo bloqueio na área atingida.

Segundo a Diretora de Vigilância Epidemiológica e Sanitária da época, os procedimentos de tratamento de reforço de foco aos 90 dias não eram adotados dada as dificuldades enfrentadas por conta dos quadros reduzidos de profissionais e a sobrecarga de trabalhos que o município incorporou na medida que foi assumindo as ações de controle. No entanto, segundo a mesma, essa ação foi incorporada na medida em que novos profissionais ingressaram na instituição, sobretudo, com o objetivo de reforçar a imunidade canina e felina, uma vez que não se contava mais com os serviços de apreensão. Pode-se perceber que em 2000, há uma redução significativa dos casos.

Quanto ao tratamento profilático anti-rábico humano (Gráfico 5), ocorreu um aumento na demanda. Este aumento se deu no momento em que ocorreu uma expansão das Unidades de Saúde da Família. Outro fator ocorrido no município no ano de 1999, pode ter contribuído para este aumento, houve neste ano chamadas na mídia, inclusive na televisão, à procura de uma vítima de agressão de animal positivo para a raiva animal que não foi identificada e para uma outra que havia abandonado o tratamento. Este também foi o ano em que houve mais casos de raiva animal. Em 2000, o aumento pode ter se dado pela descentralização deste para as Unidades de Saúde da Família, uma vez que aproximou o tratamento do local de moradia das vítimas.

Ao se analisar a dinâmica destas endemias nas diversas regiões da cidade, percebe-se que se dão de forma desigual e com variações de aumento ou diminuição dos coeficientes de incidência.

A distribuição da dengue na cidade apresenta-se de forma irregular nas diversas regiões. Enquanto a região I teve seu maior índice em 1997 e apresentou uma queda progressiva, as regiões III, IV e V, tiveram seus maiores coeficientes em

1998 e a região II em 1999. A região que apresentou os maiores índices em quase toda a série histórica estuda foi a IV (Gráfico 6)

Na região I, III e IV a leptospirose apresentou quedas significativas até 1999, quando ocorreu um aumento da endemia em todo o município. Mas, no que se refere ao grau de importância em relação à distribuição do agravo de modo geral, a região III e V se destacam. Em 1997, a região III ocupava o primeiro lugar e a Região V o segundo lugar nesta distribuição. Em 2000, ocuparam o penúltimo e último índices, respectivamente. Já as regiões II e IV, que tinha os menores coeficientes em 1997, apresentaram aumento dos seus coeficientes no ano de 1999 e 1998, respectivamente, chegando em 2000 com os maiores índices de leptospirose do município (Gráfico 7).

A raiva animal apresentou uma queda progressiva nas regiões III, IV e V até 1998. Em 1999, como já visto, ficou restrita as regiões I e II. (Gráfico 8)

Já a análise da dinâmica das três endemias por região administrativa (Gráficos 6, 7 e 8), demonstra que a região III e IV foram as únicas que apresentaram, a partir de 1998, uma curva descendente dos seus coeficientes, salvo para leptospirose em 2000. Apesar de que em 2000, todas as regiões tiveram aumento significativo dos casos; a região IV apresentou o maior coeficiente (79, 32) e a região III, o segundo menor coeficiente (51, 06).

Estes dados revelam a necessidade da realização de uma análise epidemiológica mais fundamentada que possa dar subsídios para uma avaliação mais precisa do impacto das medidas de controle destes agravos no quadro sanitário do município, uma vez que não conseguiu mostrar:

- o comportamento das endemias em uma série histórica maior;

- a sua relação com as medidas de controle adotadas no município e com possíveis transformações dos indicadores de riscos, decorrentes da melhoria da qualidade de vida e prestação de serviços, em especial da coleta de lixo e,
- um estudo comparativo da dinâmica destes agravos nas demais cidades que estabelecem limite com o município.

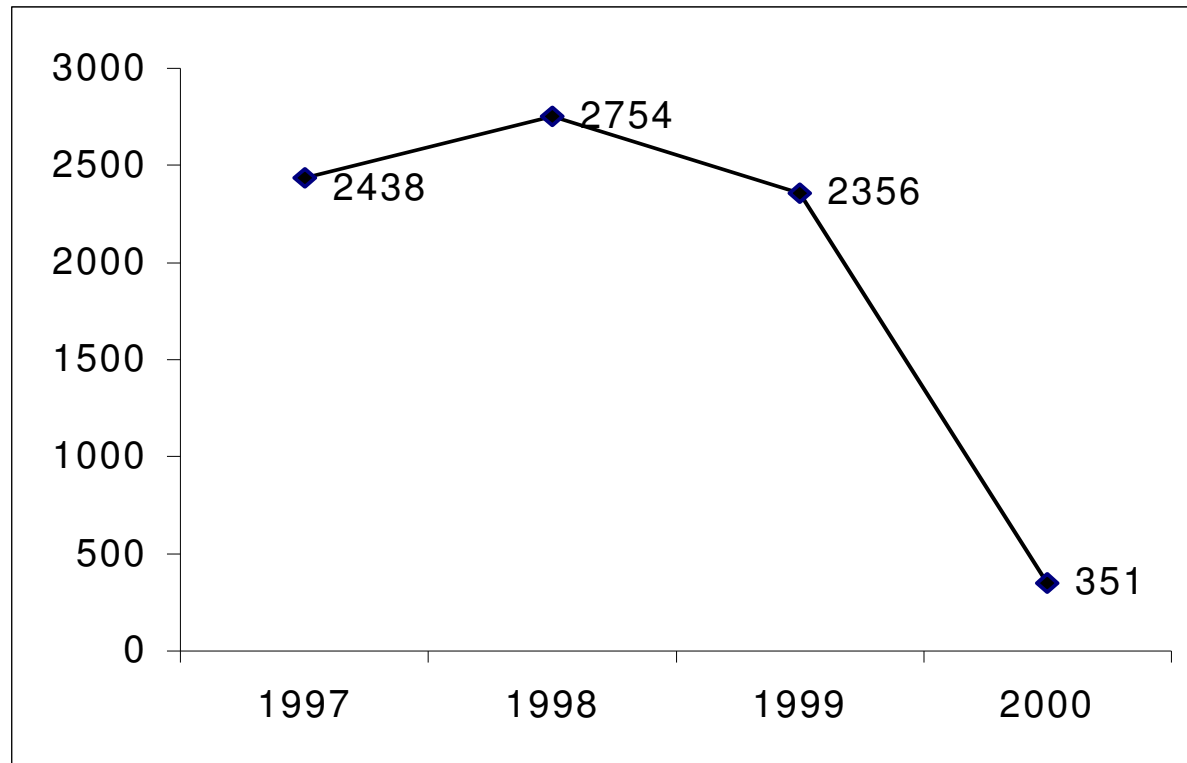
Mesmo diante dos limites da análise aqui levantada, não se pode deixar de perceber que parece haver uma dinâmica diferenciada na Região III da cidade.

O objetivo desta análise foi ressaltar a relevância destes agravos para a saúde da população que diante do contexto das contradições e exclusão social em que a cidade está imersa, propiciam-se as condições para a produção e manutenção destes agravos. O que leva a necessidade de a administração municipal criar uma “embolada, um samba e um maracatu, tudo bem envenenado”, capaz de fazer a cidade “sair da lama e enfrentar os urubu.” Ou, dito em outras palavras, criar políticas de saúde sérias e competentes, capazes de fazer frente à exclusão social e promover a saúde da população.

Qual a política de saúde do município?

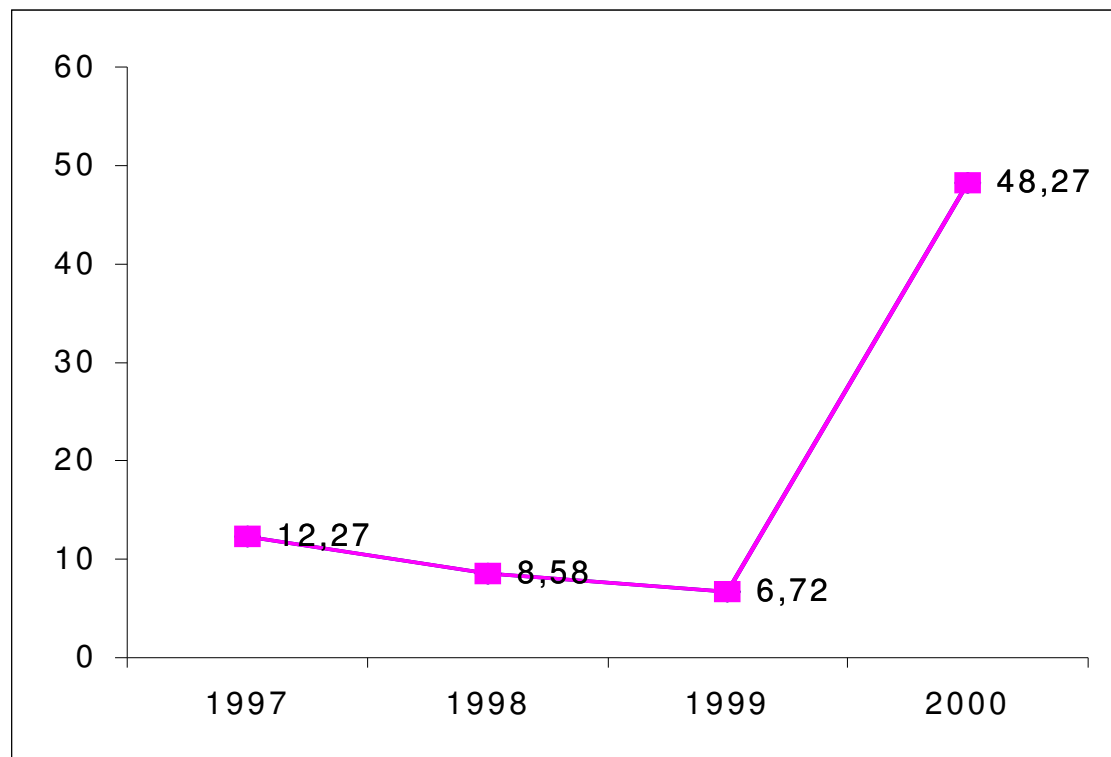
Para responder a esta questão, descreverei, no próximo capítulo, a política municipal de saúde, tendo como foco do olhar os serviços de controle das endemias e de educação em saúde. Como o objetivo desta pesquisa é analisar os avanços e limites de um trabalho de resultados a longo prazo e de fundamental importância para as medidas de controle, as ações de educação em saúde que os agentes de controle das endemias desenvolvem no seu cotidiano, é necessário conhecer a realidade destes dois serviços. Em seguida, nos capítulos subseqüentes, abordarei o processo de trabalho destes profissionais e as suas concepções e práticas acerca do que fazem, em especial de seu papel de educador.

Gráfico 1- Coeficiente de incidência de dengue no município de Camaragibe/PE, 1997-2000.



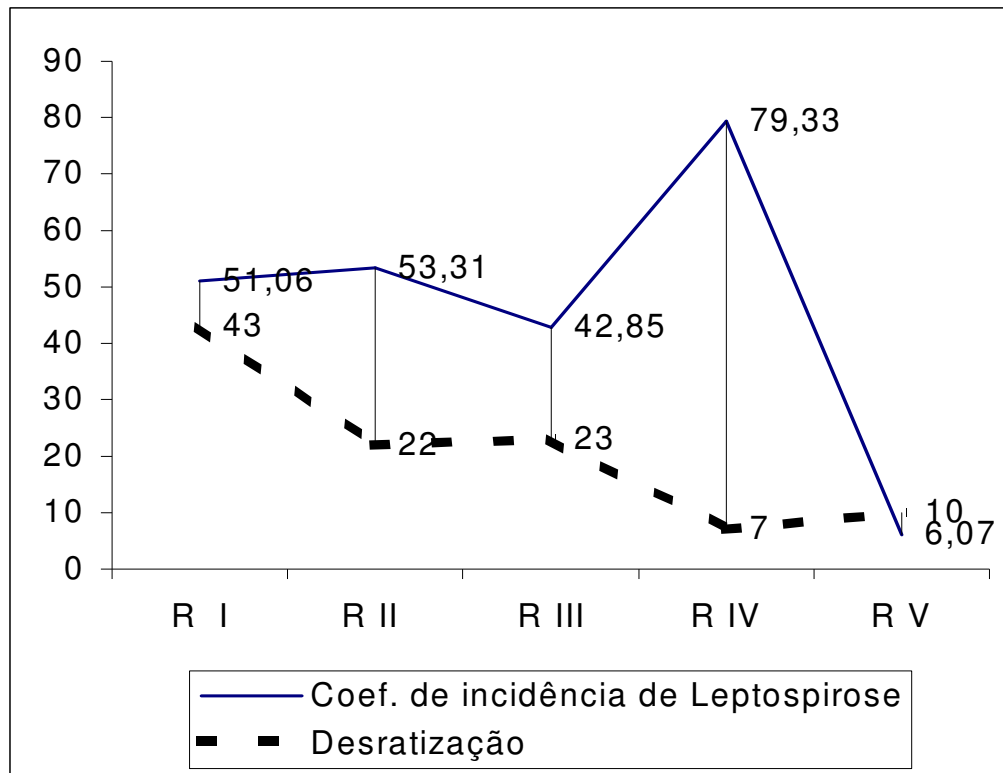
Fonte: DIEVIS/ Secretaria de Saúde de Camaragibe.

Gráfico 2- Coeficiente de incidência de Leptospirose em Camaragibe/PE, 1997-2000.



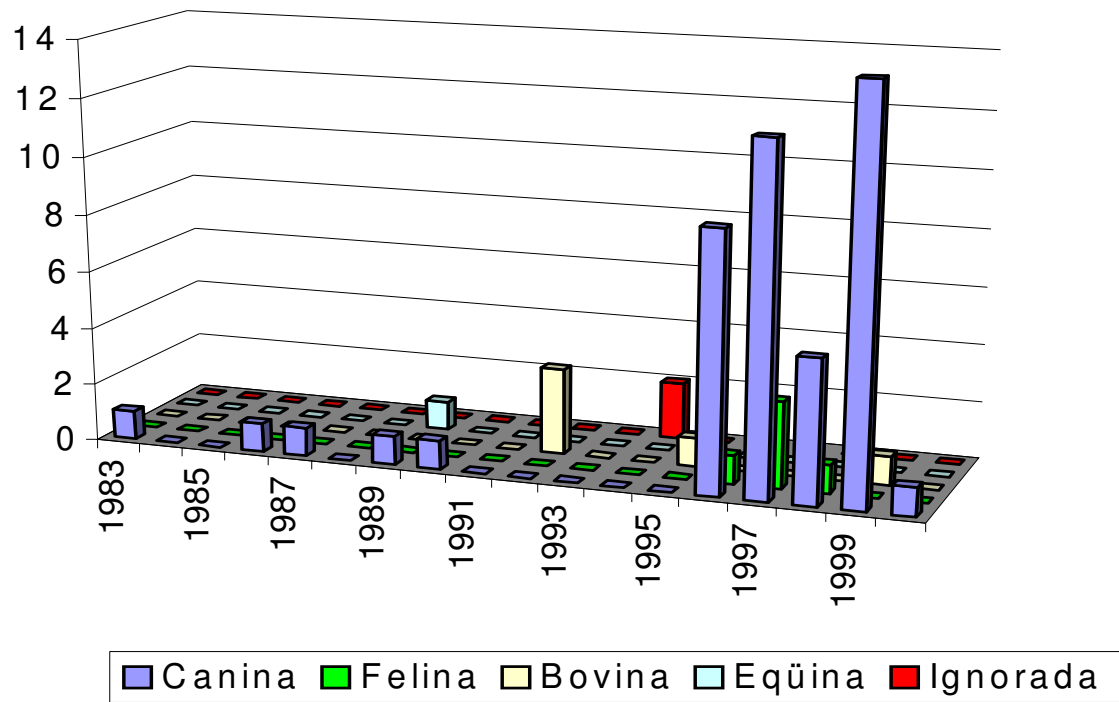
Fonte: DIEVIS/ Secretaria de Saúde de Camaragibe.

Gráfico 3- Coeficiente de incidência de leptospirose comparado ao número de desratizações realizadas por Região Administrativa. Camaragibe-PE, 2000.



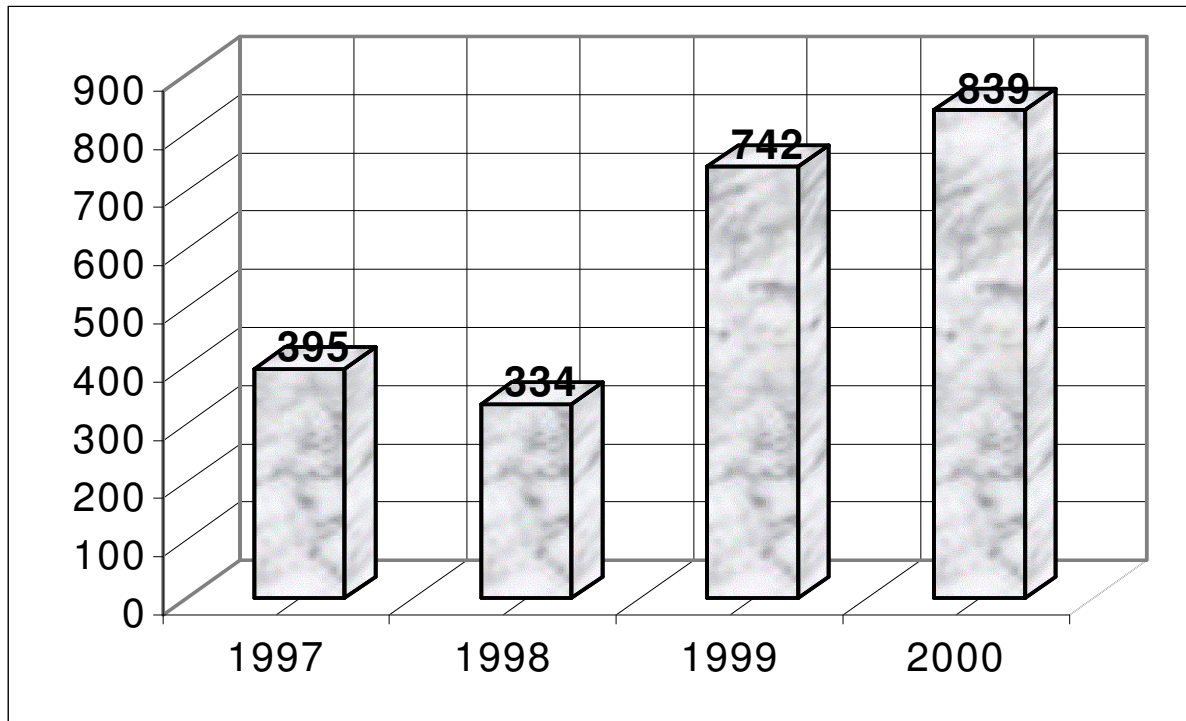
Fonte: DIEVIS- Secretaria de Saúde de Camaragibe

Gráfico 4- Casos de raiva animal no município de Camaragibe/PE, 1983-2000.



Fonte: Centro de Vigilância ambiental- Secretaria de Saúde de Camaragibe.

Gráfico 5- Tratamento profilático anti-rábico humano no município de Camaragibe/PE, 1997-2000.



Fonte: DIEVIS- Secretaria d e Saúde de Camaragibe

Gráfico 6- Coeficiente de incidência de dengue por Região Administrativa de Camaragibe-PE, 1997-2000.

Fonte: DIEVIS- Secretaria de Saúde de Camaragibe

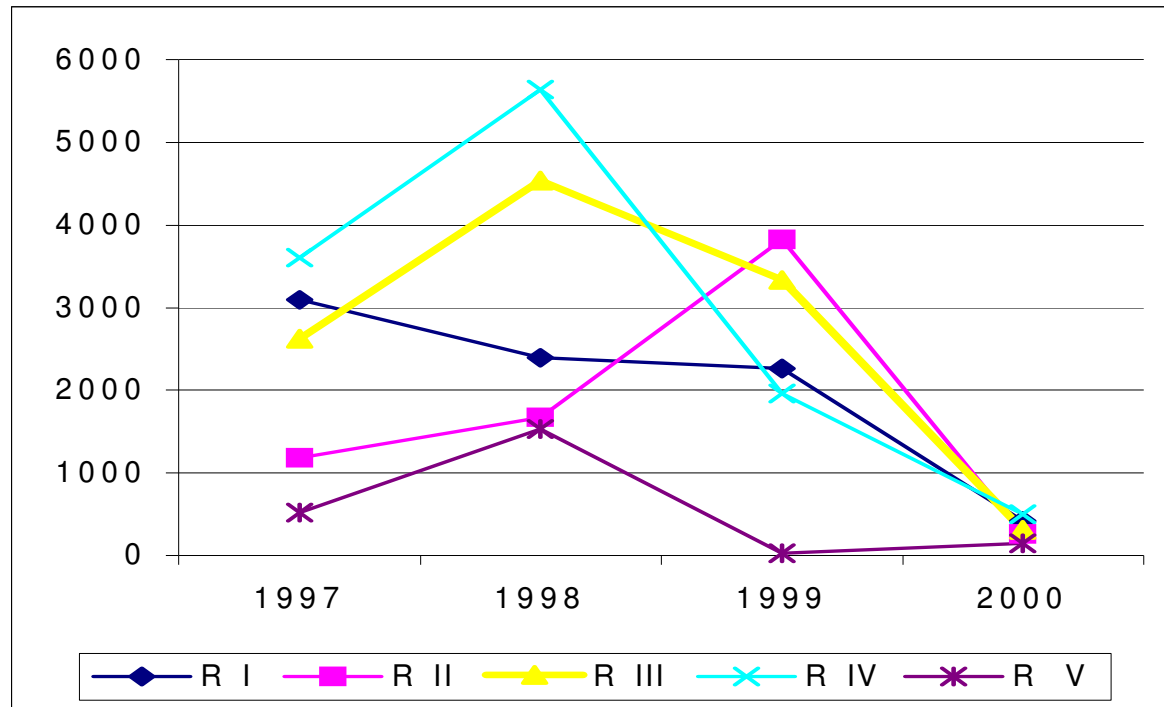
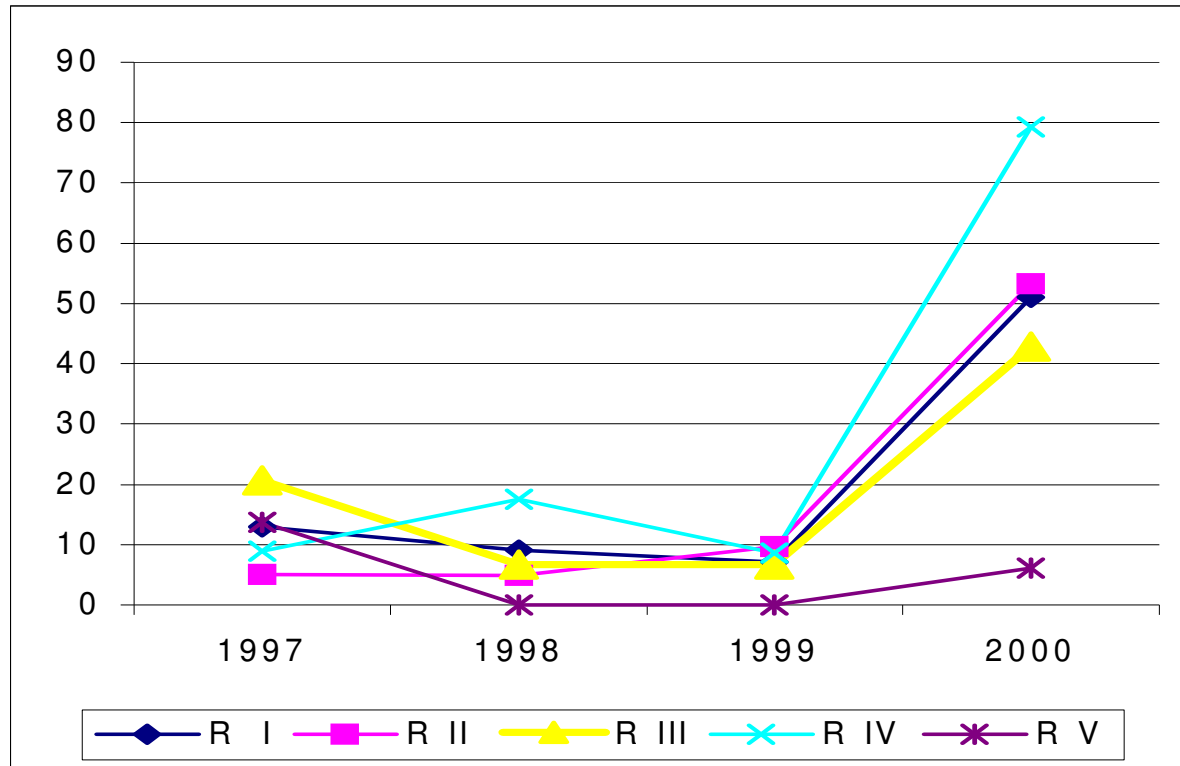
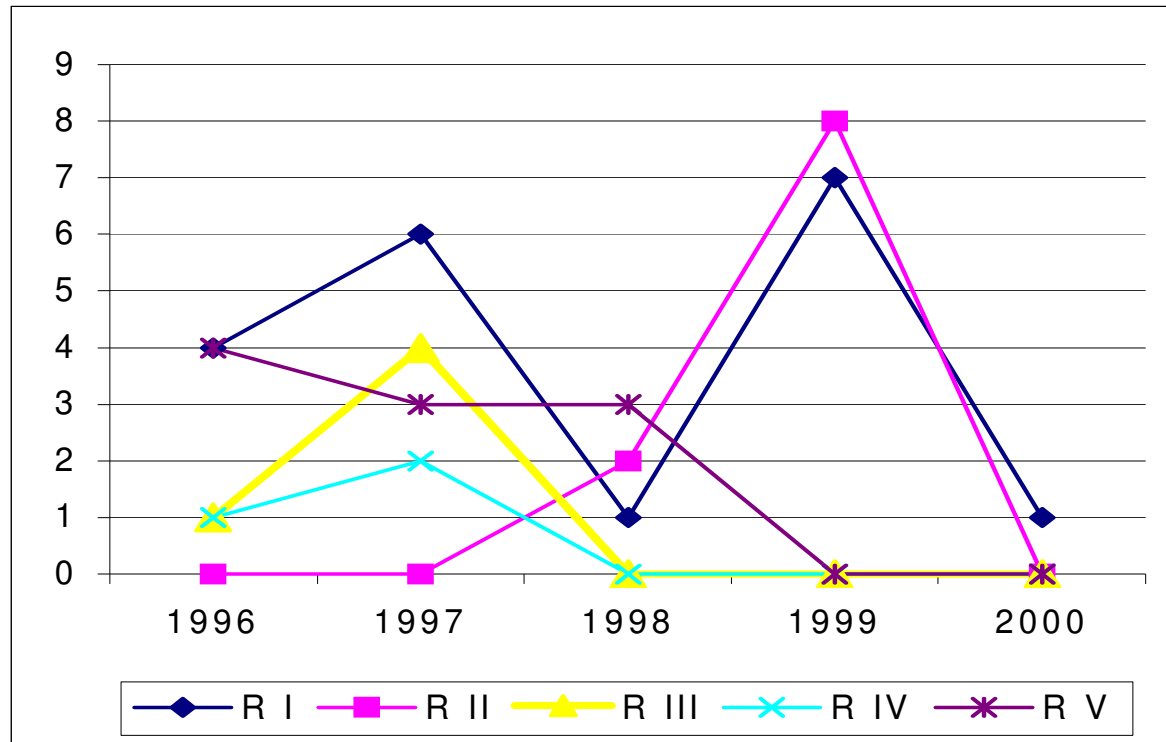


Gráfico 7- Coeficiente de incidência de leptospirose por Região Administrativa de Camaragibe-PE, 1997-2000.



Fonte: DIEVIS- Secretaria de Saúde de Camaragibe

Gráfico 8- Casos de raiva animal segundo as regiões administrativas de Camaragibe-PE, 1996-2000.



Fonte: DIEVIS- Secretaria de Saúde de Camaragibe.i

Capítulo 6- A POLÍTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

Do ponto de vista da história de saúde do município, constatamos um marco a partir de 1993. Desde então, houve um crescimento considerável da estrutura geral da Secretaria de Saúde dos seus serviços prestados à comunidade. Este momento coincide com início da gestão do Partido dos Trabalhadores e com o incremento do processo de descentralização das ações de saúde no país.

A situação inicial, em 1993, segundo o Relatório de Gestão da Secretaria de Saúde deste ano, contava com uma precária estrutura dos serviços. Havia oito postos de saúde com atendimento básico, inexistência de serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, recursos humanos insuficientes, necessitando de capacitação e o conselho de saúde era inoperante. Ainda segundo este relatório, o planejamento também inexistia e as ações eram descoladas das reais necessidades da população, pois, não havia uma articulação entre a realidade epidemiológica e as atividades dos precários serviços existentes.

O primeiro ano desta gestão se orientou pelas seguintes medidas:

- Recuperação e estruturação das unidades de saúde;
- Implantação e implementação dos serviços de Epidemiologia e Vigilância Sanitária;
- Articulação do planejamento e execução;
- Aperfeiçoamento dos mecanismos de participação popular e
- Solicitação da gestão parcial dos serviços de saúde, segundo a Norma Operacional Básica- 93 do Ministério da Saúde.

Ainda segundo este relatório, o principal saldo deste primeiro ano de gestão são os ganhos no processo de democratização:

A participação, o debate e a politização da questão de saúde são hoje dados da realidade de Camaragibe. Multiplicam-se os fóruns de discussão, fortaleceu-se a organização popular e crescem aos poucos o sentimento de cidadania. Este é o principal saldo do primeiro ano da nova administração. (CAMARAGIBE, 1993).

Em 2001, o município contava com 32 Unidades de Saúde da Família, 03 centros de Saúde, 01 Unidade de Vigilância Sanitária, 01 laboratório de Prevenção do Câncer Cérvico-uterino, 01 Núcleo de Atenção Psicossocial, 01 Núcleo de Reabilitação Física e 02 Centros de Especialidades Médicas (CAMARAGIBE, 1999). Está para ser inaugurada a primeira maternidade do município e espera-se a liberação de recursos para a construção de um Centro de Controle de Zoonoses. O município ainda conta com um Conselho Municipal de Saúde operante e ativo.

Mesmo com toda estrutura montada, o Município ainda não consegue resolver os principais problemas da população. Como foi visto, Camaragibe está inserido em uma realidade sócioeconômica de desemprego, exclusão social, ocupação e crescimento desordenados do espaço urbano que coloca sua população em situações de risco e agravamento do seu quadro de saúde, e dentre destes as endemias se tem mostrado como um problema de saúde pública relevante. O que tem impulsionado o município a elaborar estratégias de enfrentamento e prevenção.

6.1 O Serviço de Controle das Endemias

Para conhecer quais as estratégias adotadas pelo município para fazer frente a este quadro sanitário das endemias, é necessário resgatar a memória da implantação do serviço de controle das endemias, desvendando quais foram os passos dados pelo município para a sua estruturação e qual o modelo de intervenção adotado.

6.1.1 O processo de estruturação do serviço

Pode-se perceber que desde 1993, o município tem somado esforços para assumir a gestão plena do sistema de saúde do município, procurando, entre outras responsabilidades, responder às necessidades de seus quadros epidemiológicos. Diante deste cenário, iniciou o processo de implantação e implementação dos serviços de controle das endemias. Para tanto, ao longo destes anos montou equipes multiprofissionais, adquiriu materiais e equipamentos e estabeleceu diretrizes a serem perseguidas.

O processo de estruturação do serviço de controle das endemias em Camaragibe foi e tem sido um processo difícil. Em 1993, o município tinha apenas 11 anos de emancipação política, encontrando-se ainda com um quadro reduzido de profissionais e com poucas estruturas institucionais.

A municipalização do controle das endemias teve o apoio técnico e logístico da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e da Secretaria Estadual de Saúde e recursos financeiros oriundos dos programas verticais do Ministério da Saúde.

O apoio técnico das coordenações estadual e regional se deu através de cursos de capacitação e formação, no caso da FUNASA, este apoio foi mais estreito ao ceder profissionais para coordenarem os trabalhos de campo.

As fontes de financiamentos até 2000 estiveram baseadas em projetos verticais por agravos. Assim, segundo a atual Secretária de Saúde¹, a lógica de financiamento em projetos é apontada como uma das grandes dificuldades em

¹ Durante o processo de pesquisa, como descrito anteriormente na Metodologia, houve uma mudança da equipe gestora.

flexibilizar as medidas de controle para as reais necessidades epidemiológicas do município. Segundo Dias (2000), este é um dos pontos que dificultam a implementação da descentralização no controle das endemias.

No atual contexto do município, fica muito difícil definir o que realmente é gasto nas medidas de controle, carecendo de um estudo mais aprofundado. Pois, há uma horizontalização das medidas do controle que não se restringe mais ao tratamento dos focos encontrados e abrange também a vigilância epidemiológica, o atendimento ao portador e ações educativas. A partir de 2000 os recursos para o controle das endemias tem se dado a partir da Programação Pactuada Integrada (PPI)².

As equipes de técnicos foram estruturadas a partir de concurso público realizado em 1995, visando incorporar a seus quadros sanitaristas e técnicos de vigilância sanitária. Também foi contratada assessoria e contratos temporários de veterinários.

Em 1994, Camaragibe enfrentou um surto de Cólera e as medidas de controle foram realizadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACSs). Neste mesmo ano, começa a desenvolver ações de vigilância à epidemia da dengue. Desde o início destas ações a Epidemiologia assumiu a sua coordenação e buscou realizar um monitoramento situacional e desenvolver parceria com o PACS, PSF E FUNASA através de um mapeamento espacial da epidemia, (CAMARAGIBE, 1994). Em 1995, iniciou as ações de combate à dengue. O tratamento dos focos também era realizado pelas ACSs, o que veio a impactar negativamente suas ações, dada a

² A PPI é uma programação pactuada entre as esferas federal, estadual e municipal que busca reorganizar o modelo de atenção e de gestão do SUS e de alocação de recursos. A partir desta pactuação que são definidos os tetos financeiros para o desenvolvimento de ações de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e epidemiológica, como também de controle de doenças (BRASIL, 1996b).

sobrecarga do trabalho. O que remeteu à necessidade de montar uma equipe específica para o controle da dengue.

Diante de financiamento do PCDEN para diagnóstico da Leishmaniose no município e da epidemia da dengue que assolava a cidade foram montadas duas equipes de agentes de controle das endemias, uma para cada ação. A inserção destes agentes se deu a partir de contratação pelo sistema de cooperativas,³ assim como os profissionais do PACS/PSF. Mas, diferentemente destes últimos, não houve seleção por prova pública e sim indicação. Ainda, tiveram uma breve capacitação.⁴ Esta capacitação foi realizada pelos técnicos da FUNASA e no caso da Leishmaniose, também participaram da capacitação técnicos do município.

A equipe de dengue era dividida em turmas menores e cada uma destas tinha um chefe e a supervisão geral exercidas por profissionais da FUNASA cedidos ao município. Seguindo a orientação da FUNASA, as equipes realizavam o Levantamento de Infestação do Vetor (LI) usando a metodologia de cobertura de todo município através de ciclos nas localidades. Ao concluírem todas as localidades do município, começavam a realizar o tratamento focal. A equipe de Leishmaniose tinha por função realizar inquéritos sorológico em cães e entomológico de flebótomos⁵ Esta equipe estava sob a coordenação de técnicos do municípios, mas as atividades de campo foram coordenadas por profissionais da FUNASA. Os

³ Neste sistema, não há vínculos empregatícios estáveis, nem garantia de alguns direitos trabalhistas. Este é um ponto de extrema importância que será retomado no capítulo 7.

⁴ A capacitação para as ACSs durou cinco meses, enquanto para os ACEs, não passou de três semanas.

⁵ A leishmaniose é uma parasitose causada por um protozoário transmitido por mosquitos flebótomos dos gêneros *Psychodopygus* e *Lutzomya*. O cão é tido como uma das principais fontes de reservatório do protozoário. Mas, necessita da presença dos flebótomos para que a leishmania possa adquirir forma capaz de provocar a infecção nos seres humanos. O inquérito sorológico canino tem por função detectar cães infectados através do exame do sangue destes animais. A pesquisa entomológica, tem o objetivo de identificar a presença de flebótomos nas localidades (BRASIL, 1994).

inquéritos sorológicos e entomológicos demonstraram inexpressividade epidemiológica, o que foi reforçado pela ausência de notificação de casos humanos.

Em 1993, o município já realizava campanhas anti-rábicas animal. Contava como êxito não haver ocorrência da raiva canina e felina desde 1990. Suspeitando-se de uma possível sub-notificação, o inquérito sorológico do projeto de Leishmaniose, foi realizado com campanhas de vacinação anti-rábica animal e distribuição de material educativo sobre este agravo. Como resultado, o município começou a notificar, logo no início dos trabalhos, casos de raiva canina e felina. Segundo Melo (1999), a partir de 1996, o município teve uma média de notificação de 11,5 casos/ano, sendo em 1996, 10 casos.

Diante dos resultados negativos da entomologia de flebótomos, da pouca expressão da sorologia canina, da inexistência de casos humanos de Leishmaniose e das notificações crescentes de raiva animal, a equipe de Leishmaniose começou a incorporar as ações de controle deste agravo. Para tanto, os agentes foram capacitados pelos técnicos do município e pelos técnicos do Centro de Vigilância Animal da prefeitura da cidade do Recife. Realizavam bloqueios anti-rábicos e investigação de abandono de tratamento profilático humano.

Como a ocorrência da raiva animal é ocasional, esta equipe começou também a realizar trabalhos educativos através de palestras e do uso do teatro de bonecos nas escolas, associações de moradores e Unidades de Saúde. Muitas destas atividades tiveram apoio das ACS da área que articulavam e mobilizavam a comunidade para a apresentação dos agentes de controle da raiva.

Ainda com os recursos do Projeto de Controle da Leishmaniose, o município estruturou seu serviço de apreensão de animais adquirindo equipamentos e instrumentais necessários para armazenamento de vacinas, decapitação de cães

suspeitos de raiva animal e de uma carrocinha para apreensão de animais errantes. A apreensão só foi possível diante de uma parceria⁶ com a prefeitura da Cidade do Recife até o ano de 1999, onde os animais apreendidos eram levados para o Centro de Zoonose deste município.

Em 1996, o município começou a realizar atendimentos de tratamento anti-rábico profilático humano (unicamente com a administração de vacinas⁷) e em 1997, começou a organizar a vigilância dos abandonos deste tratamento.

Para o controle da leptospirose, que já se apresentava enquanto problema de saúde pública eram realizadas desratizações assistemáticas, algumas vezes, acompanhadas de medidas de anti-ratização, ou seja, a ação era desenvolvida com palestras nas comunidades e articuladas à limpeza urbana. Mas, o que prevalecia era a prática da distribuição de venenos indiscriminadamente para a população.

Por fim, uma última equipe foi formada em 2000, a de esquistossomose. Esta surgiu da necessidade de viabilizar a execução do projeto de esquistossomose, o qual previa ações de diagnóstico, pesquisa malacológica e tratamento de casos positivos (este realizado pelas USFs). Em 2001, após o período de diagnóstico, esta equipe foi incorporada as demais.

⁶ Aqui utilizo o termo parceria por não ter sido formalizado o consórcio, como prevê as NOBs 93 e 96.

⁷ O tratamento profilático anti-rábico humano é realizado unicamente com vacinas (imunização ativa) ou com uso de soro (imunização passiva) associado a vacina, de acordo com o tipo de animal agressor, ou do tipo de exposição ou do estado do animal. Para o tratamento com soros é necessário uma equipe capacitada e uma infra-estrutura básica de sala reanimação, dado o risco de choques anafiláticos. Como o município não contava com esta estrutura, só realizava a vacina.

6.1.2 O caminho de Camaragibe na construção do controle integrado das endemias

Um marco histórico para o serviço foi a sua reorientação gerencial a partir de 1997, com a incorporação da nova Diretora de Vigilância Epidemiológica e Sanitária. A qual começou questionar mais intensamente o modelo fragmentado do serviço e a perseguir a construção de um modelo integrado de controle das endemias.

Esta decisão solicitou muita coragem de seus gestores. Pois, modificar as ações de controle poderia trazer um agravamento das endemias, colocando em risco a saúde da população. Afinal, a descentralização das ações é algo recente na história das políticas de saúde do município. Deste modo, a transformação do modelo de controle das endemias é um processo incipiente que conta com algumas críticas teóricas e poucas experiências que dêem um respaldo metodológico para as novas ações. Com isto, não quero dizer que houve uma imprudência da gestão, ao contrário, ressaltar a coragem de inovar um dos campos da saúde coletiva, onde a reforma sanitária pouco avançou.

A construção do modelo integrado de controle das endemias teve como eixo integrar a vigilância epidemiológica, as ações de campo e a assistência, bem como unificar as equipes de campo.

A integração da vigilância epidemiológica com a assistência, deu-se em vários momentos. A partir das necessidades epidemiológicas do município, foram realizadas várias capacitações para os profissionais da rede de assistência (ambulatórios do Centros de Saúde, dos Centros de Especialidades Médicas e do PACS/PSF) para o diagnóstico e tratamento de agravos, tais como hanseníase,

tuberculose, leishmaniose, dengue e profilaxia anti-rábica humana. Ainda foram realizadas capacitações de sensibilização, de noções de epidemiologia e vigilância sanitária visando intensificar a integração das Unidades de Saúde da Família e PACS com a Diretoria de Vigilância Epidemiológica e Sanitária na identificação e notificação de agravos confirmados e suspeitos. Com isto, prepararam-se os profissionais para desencadear as ações de monitoração ou tratamento de focos nos casos de cólera,⁸ identificação de casos de dengue e leptospirose, bem como na investigação de abandono de tratamento profilático anti-rábico humano.

No que toca às ações de campo, o primeiro passo dado no sentido de construir uma visão mais integralizadora do processo saúde-doença, foi encontrar um eixo causal que permitisse racionalizar o processo de trabalho e reestruturar as equipes. Deste modo, a Diretoria de Vigilância Epidemiológica e Sanitária fez a junção das duas equipes de campo (de controle da dengue e equipe de controle da raiva, leishmaniose e educação em saúde e controle de roedores). Desta forma, todos os agentes de endemias começam a atuar com a desratização, inspeção e tratamento de focos de dengue e de raiva animal. Esperava-se também que todos os agentes de controle das endemias também realizassem trabalhos educativos. Assim, a Diretoria colocava em seus projetos realizar capacitações sistematizadas que tanto preparassem os agentes para lidarem com os três agravos, como também para as ações educativas. No entanto, só foi realizada uma única capacitação sobre noções e controle destes agravos.

Buscando a descentralização e distritalização dos serviços de saúde, as equipes de campo foram divididas e descentralizadas segundo as Regiões

⁸ Neste caso a monitoração da água é realizada pelos técnicos de vigilância sanitária e a distribuição de Hipoclorito de Sódio pelas ACSs.

Administrativas,⁹ distribuindo os 42 agentes em 7 equipes (Regiões IA, IB, II, III, IV e V e a equipe de ponto estratégico¹⁰. Em 1997, teve início uma experiência piloto de “**zoneamento**” das equipes das regiões IA, II e III, isto é, os agentes destas equipes foram distribuídos em microáreas, tal qual a lógica das ACS. Deste modo, cada agente ficou responsável por uma determinada microárea, diferentemente do modelo tradicional, onde as várias equipes atuam juntas realizando ciclos nas localidades.

Segundo a Diretora de Vigilância Sanitária que implantou o zoneamento, este foi realizado como estratégia para incorporar uma visão mais global do processo de controle de endemias, como também aproximar os agentes do local onde moram, eliminando os transtornos e estresses do deslocamento do percurso casa-trabalho. Adotou-se como critério que cada agente se responsabilizasse por 600 a 700 residências, enquanto a FUNASA recomenda em torno de 1000. Segunda esta diretora número menor visara à incorporação das demais endemias no processo de trabalho.

Durante a construção do modelo de controle das endemias adotado em Camaragibe desenvolveu-se, paralelamente, um processo de conflito entre os profissionais da Fundação Nacional de Saúde cedidos ao município e a gerência do programa. Como este é um processo que vem se repetindo em outros municípios é de fundamental importância refleti-lo.

Esses conflitos evidenciam a existência de culturas e projetos políticos institucionais distintos que permearam a subjetividade dos atores sociais envolvidos no processo.

⁹ Dada concentração predial e a extensão da Região I, essa foi sub-dividida em duas, para efeitos didáticos, as chamarei de equipes IA e IB)

¹⁰ A equipe de Pontos Estratégicos foi mantida dada a especificidade de sua ação. Ou seja, monitorar e tratar os pontos de alto riscos para proliferação do mosquito, tais como borracharias e cemitérios.

Por parte dos profissionais da FUNASA, provavelmente, havia o mesmo sentimento que é relatado por Gurgel (1998). A autora relata um sentimento de insegurança dos servidores da FUNASA quanto ao seu futuro empregatício diante do quadro de municipalização, o que gera uma resistência destes com a proposta do SUS. Afinal, é importante enfatizar que não há clareza do que acontecerá com estes profissionais diante de uma provável extinção da FUNASA. Esta é uma situação bastante delicada, uma vez que os agentes de saúde desta instituição no Estado de Pernambuco, por terem em média uma faixa etária de 49 anos¹¹, diante de uma possível perda do emprego, teriam muita dificuldade de se inserirem novamente no mercado de trabalho. Este quadro ainda é potencializado pela especificidade do trabalho que desenvolvem. Além da insegurança com seu futuro, o processo de discussão com estes profissionais de quais são os novos papéis das esferas municipais, estaduais e federal diante do SUS foi muito deficiente, diante da falta de capacitação que preparassem estes profissionais para lidarem com esta nova conjuntura.

Outro fator relevante para a instalação desta resistência é o choque cultural com o novo modelo adotado. Como já foi visto, há 100 anos que se vem adotando uma cultura institucional fragmentada e verticalizada nas ações de controle e no processo de trabalho destes profissionais. Ou seja, os agentes de saúde da FUNASA foram treinados e sempre trabalharam com um único agravo e ainda tendo seu processo de trabalho nestes agravos fragmentado (como por exemplo, uma equipe para diagnóstico, outra para medicalização, outra para as ações educativas). No momento em que Camaragibe buscou reorientar estas ações

¹¹ Dados colhidos de Gurgel (1998).

a partir de um referencial integralizador questionou, na realidade, toda uma cultura institucional. Ou seja, o referencial que sempre acreditaram ser o único e verdadeiro.

Ainda é importante refletir a respeito das relações de poder que permearam este processo, desde o poder de decisão da alocação dos recursos ao poder de decidir onde e como realizar as ações. Ou seja, uma relação que envolve todos os níveis, desde os altos cargos gerenciais da FUNASA até os servidores. Ao se alocar recursos definidos previamente, atinge-se “o calcanhar de Aquiles” dos políticos clientelistas. Já para os servidores da FUNASA que estavam habituados a chegar em municípios definindo e realizando as ações de controle, agora, começam a se situarem em uma nova conjuntura política, onde o planejamento e o poder de decisão começa a se transpor para os municípios.

Por outro lado, associada à necessidade do município de ter um apoio técnico e logístico da FUNASA para a implantação das ações de campo, houve também, um processo de resistência por parte de alguns gerentes e técnicos municipais ao modelo de gestão, à organização dos trabalhos da FUNASA e à forma como grande parte de seus trabalhadores se relacionavam com a população.

Um caso ocorrido no município, em 1996, durante o inquérito sorológico da Leishmaniose traduz estes conflitos e talvez tenha sido um dos primeiros. Os trabalhos de campo foram coordenados pelos agentes de saúde da FUNASA. Em um bairro de baixo poder aquisitivo, foi encontrado em uma das residências um animal aparentemente portador da leishmaniose. O agente de saúde da FUNASA prescreveu que aquele animal deveria ser sacrificado, e realizou este ato antes do resultado do exame e na frente da proprietária. Matou o cão a pauladas. A proprietária, uma senhora idosa e hipertensa, teve um pico de hipertensão e foi socorrida pelo enfermeiro do Programa de Saúde da Família. Este enfermeiro ficou

revoltado com o procedimento e partiu em sua defesa, armando a maior confusão no departamento de vigilância epidemiológica, antes mesmo de os técnicos tomarem conhecimento deste fato. Posteriormente, constatou-se que o resultado do exame desse animal foi negativo.

Esta não é a prática de todos os profissionais da FUNASA, ao contrário, já presenciei com outros profissionais, atitudes de muito respeito com os usuários. Mas, certamente a estrutura institucional propicia que práticas como estas, descritas acima, possam se desenvolver. Afinal, vários elementos poderiam estar alimentando-a:

- a reprodução da cultura militarizada, da arrogância cognitiva e de desrespeito ao cidadão que sempre sofreram;
- o sistema de rodízio entre os município que distancia estes profissionais de suas coordenações e da comunidade onde atuam, dificultam que o controle social seja exercido (a quem a população irá reclamar?), como também dificulta que estes criem vínculos afetivos com a comunidade;
- a desmotivação pela falta de perspectiva de futuro e do rebaixamento do salários por conta do arrocho salarial que, segundo Gurgel (1998), também leva alguns destes profissionais a só esperarem o tempo da aposentadoria e a um descompromisso.

Além destas questões, existe uma fragilidade dos usuários, tanto pela situação em que se encontram quando estão sofrendo algum agravo à saúde ou mesmo quando estão diante do risco de adoecer. Situação esta potencializada pela histórica exclusão social. Provavelmente, este caso ocorrido em 1996, não aconteceria com um proprietário de classe social mais elevada.

Ao mesmo tempo que este caso reflete os conflitos culturais das duas instituições no que toca à relação com os usuários, também demonstra um ganho qualitativo do processo de descentralização, o controle social destas ações que estão mais próximas das suas coordenações.

No período em que os profissionais da FUNASA estiveram lotados no município, existia um enfrentamento entre eles e alguns técnicos e gerentes do município, como se estivessem em campos contrários de uma batalha política. Em um dos campos desta batalha estavam profissionais municipais que defendiam a descentralização do controle das endemias e o fortalecimento do SUS. No outro campo, alguns profissionais da FUNASA que ao defenderem seus empregos e suas altas remunerações,¹² também defendiam a preservação de um modelo excludente, autoritário e centralizador. Deste modo, quando os técnicos dos municípios se reportavam a estes, não conseguiam compreender o contexto histórico em que estavam inseridos e nem tão pouco, seu processo subjetivo. O que levava, da parte dos profissionais do município, uma atitude arrogante, como se não distinguissem o servidor (a pessoa) do projeto político da instituição, nem tão pouco considerassem o acúmulo histórico desta instituição.

O sentido de trazer esta discussão para este estudo é que a falta de compreensão desta conjuntura tem também dificultado o processo de descentralização e colocado em risco a memória institucional da FUNASA, que apesar das contradições, tem acúmulos tecnológicos que custaram investimentos saídos dos bolsos dos contribuintes e que não podem ser desprezados, e sim, renovados. É preciso, portanto, desenvolver em ambas as partes, uma capacidade para dialogar com a diferença, tendo como balizamento o fortalecimento dos

princípios do Sistema Único de Saúde, ou seja, a descentralização e municipalização dos serviços de controle das endemias.

É necessário nesta construção compreender o processo em que os profissionais da FUNASA foram formados pela instituição, que como foi visto, teve um modelo gerencial autoritário que tolheu a sua subjetividade e os levou a reproduzir a cultura institucional militarizada em suas relações com a população. Também é necessário perceber o sofrimento que os servidores da FUNASA passam diante da incerteza de seu futuro. Essa compreensão talvez faça os técnicos municipais mais críticos reconstruírem a imagem de “inimigos” e percebê-los inseridos num contexto que coloca os servidores da Fundação Nacional de Saúde mais próximos de uma imagem de “vítimas” do sistema de controle das endemias que foi consolidado no país. É também importante percebê-los com sua vocação natural de todo ser humano de transformadores da realidade. Afinal, muitos destes profissionais também realizam críticas à sua instituição e realizam movimentos de resistência e transformação cultural.

É também necessário na promoção do diálogo entre estes profissionais do município e da Fundação Nacional de Saúde, que estes últimos consigam compreender a nova conjuntura política, gerencial e tecnológica que se estabelece a partir da municipalização do controle das endemias, como também que consigam exercer sua nova missão institucional: facilitar o processo de descentralização apoiando e capacitando tecnicamente os quadros municipais para que estes tenham mais autonomia no planejamento, gerenciamento e execução das ações, respeitando as inovações tecnológicas e gerenciais que buscam adaptar o modelo à nova conjuntura política e epidemiológica.

¹² Isto é, tendo como parâmetro o salário dos agentes municipais.

Este é mais um desafio que se estabelece no processo de descentralização do controle das endemias, mas que pode ser superado a partir de novas posturas dos atores sociais envolvidos e dos direcionamentos políticos e tecnológicos, sobretudo, no que toca à gestão de pessoas.

Esse processo dialógico que leva a uma compreensão mútua, não conseguiu ganhar vida no município de Camaragibe. Como resultado, estes profissionais voltaram a sua instituição de origem e o município colocou seus agentes para coordenarem as equipes. Mas, como será visto no decorrer da pesquisa, ainda há muitos impactos da culturas do modelo tradicional no sistema de gerenciamento e nas atitudes dos agentes municipais.

6.1.3 Dificuldades para a implantação da proposta

As transformações ocorridas no serviço ainda encontram outras dificuldades para a sua implantação. Para a secretária de saúde do município, uns dos principais limites na efetivação da proposta são:

- falta de clareza da proposta por parte dos principais sujeitos do processo, os agentes de controle das endemias,
- entraves culturais provenientes do modelo tradicional e hegemônico da FUNASA e da dicotomia entre a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária, o que leva à necessidade de incorporar o conceito de vigilância ambiental;
- falta de investimento nos profissionais;
- rigidez do direcionamento e operacionalização das ações, o que não dá respostas às necessidades epidemiológicas do momento e às intercorrências da

realidade. Isto se deve por uma questão cultural dos técnicos e ao financiamento que ainda está ligado a convênios verticais. Ou seja, o financiamento determinando a lógica do processo de trabalho;

- modelo gerencial que não percebe os agentes de controle das endemias como transformadores da realidade, mas, como reprodutores de normatizações.

Para se ter maior clareza destas dificuldades, será preciso uma aproximação do cotidiano do serviço. Mas, antes, é importante conhecer qual a proposta municipal de educação em saúde de Camaragibe, uma vez que o objetivo deste estudo é mapear as possibilidades e os limites da incorporação da educação popular em saúde no controle das endemias.

6.2 O Serviço de Educação em Saúde

O serviço de educação em saúde do município de Camaragibe guia a sua política pelos princípios da educação popular em saúde, foi estruturado a partir do direcionamento da política municipal de saúde, das necessidades decorrentes da mudança do modelo de atenção à saúde no país e no município e teve apoio teórico e metodológico da gestão estadual da saúde. Foi também fruto da história de vida de seus protagonistas. Este ponto terá como objetivo resgatar o processo de estruturação deste serviços, refletir as atividades e as metodologias de trabalho desenvolvidas e as dificuldades encontradas para a implantação da sua proposta de ação.

6.2.1 O processo de estruturação do serviço

A Divisão de Educação em Saúde da Secretaria de Saúde de Camaragibe foi criada em 1998. Está inserida na Diretoria de Desenvolvimento Social, ao lado de outra divisão, a de Comunicação em Saúde. No entanto, segundo o relatório de gestão de 1993, já aconteciam reuniões formais de educação em saúde no município no que toca os trabalhos de desratização. Os primeiros cursos preparatórios para os profissionais do PACS, já contemplavam momentos de educação popular em saúde, segundo depoimento informal da Coordenadora do Programa.

Assim, como já foi visto, a discussão da atenção básica à saúde e da promoção da saúde, sobretudo, com a implantação dos Programas de Saúde da Família, fez surgir a necessidade de se transformar a prática curativa de muitos profissionais de saúde em práticas que levasse a uma priorização das ações educativas.

No cenário nacional, é também na década de 90 que o projeto IEC do Ministério da Saúde reformula suas diretrizes e avança no processo de institucionalização da proposta através da formação e fortalecimento das equipes aos níveis central e estadual. Como resultado, ocorreu uma expansão destes serviços em diversos municípios do país.

Sabe-se, portanto, que o modelo hegemônico da educação em saúde dos serviços públicos, ainda situa-se próxima de uma prática do modelo normativo. O que levaria esta aproximação da educação popular em saúde, no município de Camaragibe?

Uma primeira reflexão nos levaria ao direcionamento político de construir uma gestão da saúde orientada pela participação popular através fortalecimento dos

movimentos sociais e do Conselho Municipal de Saúde. Mas, ao lado do projeto político de saúde, a história da educação popular em saúde em Pernambuco e a história de vida profissional e política de dos gestores influenciaram nesta construção.

Em Pernambuco, desde a década de 60 já havia experiências de educação popular em saúde. O secretário de saúde, em 1993, atual prefeito da cidade, Paulo Santana, na década de 80, teve uma atuação expressiva no Movimento Popular de Saúde (MOPS) de Casa Amarela, na cidade do Recife e é professor da disciplina de desenvolvimento comunitário e comunicação do Curso de Nutrição da UFPB.

Durante a implantação do Programa, em 1994, esta sensibilidade do gestor para a importância da educação popular nas ações de saúde, levou a necessidade de se fortalecer a ação educativa das agentes comunitárias de saúde a partir da metodologia do teatro. Para tanto, convidou-se uma arte-educadora popular para formar um grupo de teatro com as ACS.

Esta profissional, atual gerente do Serviço de Educação em Saúde, tem a sua trajetória de vida, muito próxima da história da educação popular em saúde no nosso país. Iniciou sua vida de educadora nos grupos de jovens das comunidades eclesiais de base da igreja católica em Camaragibe na década de 80. A partir desta experiência, começou a fazer teatro popular, onde participou do grupo de teatro de rua “Loucas de Pedra Lilás”¹³. Esta vivência a aproximou dos movimentos de Mulheres e do Partido dos Trabalhadores. Decidiu fazer um curso de Magistério dada a identificação e paixão pelos trabalhos educativos com as comunidades e atualmente faz sua graduação em Pedagogia. Teve sua inserção na prefeitura em

1990, através de concurso público para vigilante, mas, dada a sua inserção nos movimentos de cultura do município, começou a desenvolver trabalhos na Secretaria de Educação.

A linha de teatro desenvolvida inspirou-se no teatro crítico-social, com direção coletiva do grupo. Partiu da realidade vivida pelas ACS no seu cotidiano e preservou o estilo mambembe e questionador do grupo “Loucas de Pedra Lilás.” O sucesso deste trabalho estreitou os vínculos desta arte-educadora com a Secretaria de Saúde. E em 1995, foi transferida para esta Secretaria.

Inicialmente, seu trabalho girou em torno de atividades pontuais, regidas pela lógica dos calendários da saúde e de suas campanhas. Ao assumir a gerência da Divisão de Educação em Saúde, em 1998, sentiu a necessidade de construir uma proposta mais sistematizada para a sua atuação. Foi a partir desta conjuntura que começou a se articular com outros grupos de fora do município na busca da construção de uma proposta. Neste caminho, encontrou-se com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco e com a proposta de educação popular em saúde que norteava o projeto estadual. Percebeu, neste encontro, um descompasso com o seu fazer pontual e a necessidade de se pensar a educação em saúde de forma mais sistematizada, continuada e ampla:

[...] era mais abrangente [*a proposta estadual*], não só discutir a questão saúde, mas todos os outros fatores que determinavam esse processo de saúde-doença. Que a doença não é um fator em si, físico, químico, biológico, etc e tal, mas existem outras coisas que determinam esse processo [...]. E eu ficava assim, “**o que que é isso?**” Mas, com a aproximação com essa equipe a gente pode participar de encontros, de conversas, materiais, oficinas... onde a gente começou a perceber que [...] a doença num cai do céu e se entoca no indivíduo. Existe um processo até que ela chegue a acontecer, no corpo, no organismo do indivíduo. E aí foi muito legal, porque agente começou a ver outros aspectos e o que foi que nós fizemos? Nós voltamos para o município e começamos fazer uma educação em saúde diferenciada. A gente só não discutia o aleitamento, a verminose, DSTs, mas os outros aspectos que essas questões estavam ligadas. Então, vamos pensar um pouco no lixo. O que o lixo tem haver com

¹³ Grupo teatral que realiza projetos educativos ligados ao movimento de Mulheres de Pernambuco.

a saúde da gente? O lixo tem ratos, tem baratas, bactérias mil. Então o que esses insetos que estão no lixo têm haver com nossa saúde? Tudo. O saneamento, aquele esgoto que passa na frente da minha casa... o que tem haver com minha verminose, com a minha leptospirose, com a questão da muriçoca? da filariose? Então, a gente começou a discutir, essas outras questões que estavam além do campo. O que meu desemprego, meu salário baixo, minha falta de alimentação, a água não potável, água de má qualidade, a própria escassez d'água [...] Bom, e hoje a gente está assim, está num processo muito legal dessa nova forma de pensar educação em saúde. A gente começou um trabalho com algumas comunidades levando essa discussão mais ampla, buscando os parceiros que é a Secretaria de Obras, a Secretaria de Educação e Cultura para a gente discutir saúde dentro deste contexto (informação verbal)¹⁴.

A partir de então, começou a redirecionar suas ações, visando priorizar o apoio às Unidades de Saúde da Família no desenvolvimento de suas atividades educativas. No entanto, preservou as ações pontuais, pois, mesmo que se opte por atividades de cunho processual, estas ações continuam a ser realizadas, dada a sua visibilidade. Estas atividades são a representação no Conselho da Criança e do Adolescente, em eventos, na ação participativa¹⁵ e a manutenção dos calendários da saúde.

6.2.2 Atividades desenvolvidas junto às equipes das Unidades de Saúde da Família

Esta atividade é desencadeada a partir de demanda das equipes, quando encontram algum grau de dificuldade no desenvolvimento de seus trabalhos educativos. Essas são, em geral, a continuidade dos grupos educativos que acontecem nas Unidades, tais como hipertensos, DSTs e adolescentes. Tem,

¹⁴ Fala da gerente do Serviço de Educação em Saúde.

¹⁵ Ação intersetorial que leva para as comunidades aos domingos diversos serviços, tais como, limpeza urbana, aferição de pressão arterial, solicitação de cédulas de identidade, corte de cabelos,

portanto, como objetivo, fortalecer as equipes em suas ações educativas e aumentar a habilidades destes nas metodologias participativas.

Utiliza como metodologia de trabalho as oficinas, buscando construir, através das vivências, uma articulação da subjetividade que interfere na ação educativa cotidiana destes profissionais e a concepção que têm da educação em saúde e as dificuldades que encontram no cotidiano.

E ultimamente temos trabalhado muito a partir do Eu. Não Eu a profissional, mas Eu como pessoa, Eu a médica. Mas quem é a médica? Como chama-se? [...] Só para Ter uma idéia a gente trabalhou ultimamente numa unidade que elas estavam com muita dificuldade de trabalhar com um grupo de adolescentes. E nós sentamos e preparamos uma dinâmica que era toda em cima da reflexão do processo de adolescência daquelas pessoas: das agentes de saúde, da médica e da enfermeira. No final da oficina, a médica disse assim: 'Menina, eu já jamais pensei em trabalhar dessa forma, eu jamais pensei que houvesse essa possibilidade, eu jamais pensei como a minha adolescência, o meu jeito de Ter vivido essa adolescência, como eu fui encaminhada nesse processo, poderia estar contribuindo inclusive para [...] o mau funcionamento desse grupo.' E a gente discutiu o quê? as subjetividades, o que que está por trás do comportamento? Ela disse: ' eu sempre fiz educação em saúde assim, EU¹⁶ sou a doutora, a médica. Eu tenho as informações, pegava as adolescentes, sentavam e dizia: Olha, evita filhos assim, evita DST assim, evita AIDS assim, está bom, tem que ser assim *[usa uma entonação de voz autoritária e seca para a fala desta médica]* e eles iam sair da reunião assim e iam chegar em casa felizes da vida porque receberam as informações corretas e iam começar agir da mesma forma que eu falei. E hoje [...] eu consegui pela primeira vez na vida refletir, o que que está por trás dessas questões. A questão da cultura, a forma como essas pessoas viveram, as condições de vida que elas enfrentam hoje. A subjetividade, o que elas trazem, nesse sentimento dentro delas. E aí para mim foi assim, muito gratificante, sabe? Pô, são coisas como essas que me incentivam, me jogam para frente. Bom, é isso. (informação verbal)¹⁷

O uso das oficinas tem sido cada vez mais referendado¹⁸ como uma das formas do fazer educativo que se tem encontrado possibilidades de trabalhos em grupos mais afetivos, participativos e de espaço para a construção coletiva do conhecimento. A origem do termo nos leva às oficinas dos artesãos, onde a arte do

oficinas lúdicas, feira de objetos reciclados, doação de mudas e tantos outros. A escolha destes serviços se dá a partir de diagnóstico participativo com a comunidade.

¹⁶ Esse EU em maiúsculo representa o tom da voz que sugere uma supervalorização da palavra.

¹⁷ Fala da gerente do Serviço de Educação em Saúde.

¹⁸ Gauthier (1997), Oliveira, M. (1998, 2000), Oliveira, N. (2001) e SES-PE (PERNAMBUCO, 1998a; PERNAMBUCO, 1998b).

aprender fazendo e sentindo, ainda estava dissociado de uma reprodução da tecnologia racionalizadora e portanto, mais próximo da arte criadora.

A busca desta metodologia está associada à crítica realizada ao processo educativo consolidado na base do pensamento ocidental. Como já foi visto, esse processo tanto desvalorizou os sujeitos, como não reconheceu seu importante papel na produção do conhecimento, levando-os à categoria de reprodutores do conhecimento repassado. E ainda desconheceu e separou os sentimentos, afetos, intuição e paixões da produção e apreensão do conhecimento. Como consequência, distanciou-nos de ver a realidade em sua complexidade e integralidade e esta visão integralizadora da vida é essencial para a compreensão das vivências humanas, sobretudo, quando estamos tratando de campos tão complexos como a educação e a saúde. Esta necessidade é potencializada no contexto de um Programa de Saúde da Família, onde as relações entre profissionais e comunidade tem um vínculo maior e estão mais próximas do cotidiano das pessoas.

Deste modo, surge a necessidade de nos aproximarmos da vida em sua plenitude, onde o desenvolvimento tecnológico¹⁹ que caracterizou a educação em saúde na década de 70, parece ineficiente para lidar com as questões subjetivas que permeiam o agir cotidiano dos profissionais de saúde, principalmente, nas suas práticas educativas, onde, essencialmente, há um encontro de subjetividades.

Gauthier (1997), busca na epistemologia do saber popular, ou seja, nos saberes-vida, uma forma de conhecer a partir de uma visão global dos processos vividos, o que chama de sociopoética. Este caminho de produzir e construir o conhecimento nos diversos espaços onde se dá a ação educativa (tais como

¹⁹ Leia-se, os manuais e cartilhas, álbuns seriados, slides, comunicação de massa e tantos outros recursos que traziam a promessa de que uma renovação tecnológica iria aumentar a eficácia dos métodos educativos.

espaços científicos, escola, serviços de saúde e capacitação de profissionais). Considera também os não-especialistas como capazes de participarem desta produção. Além disto, procura incorporar no diálogo com as diversas culturas a emoção, a sensibilidade, a sensualidade, a sexualidade, o desenvolvimento artístico e a espiritualidade.

Assim, nas oficinas de educação em saúde referidas pela gerente do serviço, tem se buscado o desenvolvimento de uma proposta metodológica que leve os seus participantes a construir os conhecimentos, conhecendo. Um conhecer que tem seu início no saber-vida e no despertar dos sentidos. Ou seja, valorizam-se os momentos de acolhimento, de vivências corporais e artísticas associados a momentos reflexivos.

Desta forma, a utilização de trabalhos corporais, de expressão artística, de roda, de psicodramas, o que em geral chama-se de dinâmica de grupo, é na realidade, mas do que um momento de integração ou de relaxamento. Tenta-se construir um processo de aprendizagem além da razão, incorporando a subjetividade. Entretanto, tornar mais sensível a educação em saúde, não significa se perder num particular desconectado de uma compreensão global do mundo em que se vive, por isso, busca também refletir paralelamente as macroconjunturas que também influenciam as suas realidades. Assim, os conteúdos macrosociais são também trabalhados a partir de como eles são sentidos e vividos no cotidiano dos sujeitos, tais como as relações com as políticas públicas, o acesso aos bens e serviços coletivos, com os movimentos sociais e os demais temas afins que contribuem na construção do olhar da realidade estudada.

As atividades desenvolvidas neste processo de acompanhamento das equipes de saúde buscam um fortalecimento das práticas educativas a partir das

necessidades sentidas pelo grupo. O processo é desencadeado a partir da realização de um diagnóstico de como se dá a ação educativa junto as Unidades de Saúde da Família, buscando identificar quais as dificuldades sentidas e as soluções possíveis. Em seguida, reflete-se brevemente a educação em saúde, agenda-se uma reunião com a comunidade e mapeia-se os atores que serão convidados. A partir de então, é construída junto à equipe da USF o roteiro das primeiras reuniões com a comunidade. A equipe é acompanhada inicialmente nos seus projetos.

Alguns projetos e parcerias intersetoriais começaram a se desenvolver nas comunidades a partir destas vivências e da concepção de que a saúde vai além da ausência da doença. Como exemplo, a gerente cita na sua entrevista projetos de destino adequado do lixo com envolvimento da Secretaria de Limpeza Urbana, Secretaria de Educação, visitas a usinas de reciclagem de Lixo e parceria com movimentos sociais, tais como associação de moradores, os trapeiros de Emaús²⁰ e entidades religiosas. A partir das reuniões com a comunidade, ocorreram solicitações de canaletas, calçamento de ruas que terminaram por envolver a comunidade no orçamento participativo.

Esta vivência se aproxima da proposta dos Núcleos de Educação Popular em Saúde que foi gestado na SES-PE, no período de 1995/8. Mas, que em Camaragibe foi incorporada a partir das Unidades de Saúde da Família, numa esfera mais microregionalizada. Em 2000, esta proposta começou a constituir o eixo da política de educação em saúde. Para tanto, estabeleceu-se um processo que visa apoiar as Equipes de Saúde da Família através de capacitações teórico-

²⁰ Os trapeiros de Emaús são uma entidade internacional que teve sua origem na França com Abèe Pierre. Tem por objetivo resgatar as pessoas pelo trabalho, justiça e solidariedade a partir da reciclagem de materiais e aproveitamento de móveis que são doados à instituição e após sua recuperação são revendidos à população por preços populares. Hoje esta instituição está presente em mais 300 comunidades espalhadas em 60 países.

metodológicas da educação popular em saúde e acompanhamento das atividades educativas.

Se a história de vida dos sujeitos que estão construindo o processo teve um importante papel na elaboração da proposta de educação popular em saúde, esta encontrou sua viabilidade no projeto maior que direciona a gestão municipal. A gerente chama atenção que as pessoas que participam deste processo têm aumentado seu poder de reivindicar, o que talvez, em outro tipo de gestão, pudesse ser visto como um problema.

Como fruto da reflexão dos princípios dialógicos da educação popular que requerem relações horizontalizadas entre os pares da ação, propiciam-se as condições para uma redistribuição do poder, que normalmente está concentrado no/as médico/as e pode ser partilhado com os demais profissionais. Esse compartilhar de poderes se reflete também na comunidade, a qual se vê mais habilitada para cobrar a qualidade do serviço nas unidades, bem como reivindicar seus direitos em outras secretarias.

6.2.3 Dificuldades encontradas

As dificuldades em institucionalizar a proposta giraram em torno das questões de articulação intrasetorial e das condições estruturais encontradas na própria instituição.

Em 1996, houve uma articulação com a Diretoria de Vigilância Epidemiológica e Sanitária (DIEVIS) para o desenvolvimento do projeto de arte-educação no combate à dengue nas escolas e associações de moradores e em

1997, com o projeto de Filariose que desenvolveu ações de teatro de rua e telão de vídeos nas comunidades, com o projeto. No entanto, na época da pesquisa essa articulação inexistia.

Seria um choque entre as lógicas diferenciadas da educação popular e da epidemiologia? A educação popular que tem sua ação processual e valoriza fortalecimento da subjetividade dos sujeitos envolvidos, teria entrado em choque com a tradição da epidemiologia que vê as pessoas enquanto números em risco de adoecimento? Haveria também choques com o modelo hegemônico da vigilância sanitária e sua postura de fiscalização e poder coercitivo? E a tradição do controle das endemias que tradicionalmente priorizou ações controle de endemias com uso massivo de inseticidas no ambiente ou a medicalização das pessoas, também interferiu neste processo? Este seria um ponto importante de ser elucidado. Mas, infelizmente a pesquisa não conseguiu identificar as causas desta desarticulação.

Outra dificuldade para a implantação da proposta é a pouca estrutura institucional, como a deficiência na quantidade de pessoal, a falta de transporte, material de oficina, equipamentos, espaço físico para a realização dos trabalhos e materiais didático-informativo. Estas são dificuldades gerais dos serviços públicos. No entanto, é também reflexo da inexistência de um orçamento para financiar suas atividades, o que prejudica o seu planejamento.

Apesar da educação em saúde ser referida como uma das principais estratégias da promoção da saúde, funciona próximo de um amadorismo. Mesmo que alguns avanços tenham sido alcançados é preciso perceber que a ação educativa requer estrutura institucional para a sua viabilização, tais como profissionais, estruturas de apoio e recursos financeiros. Este fato nos coloca diante

de uma questão: até que ponto a educação em saúde consegue se constituir prioridade para os gestores?

A institucionalização da educação popular em saúde vai além da criação de estruturas nos organogramas das secretarias, e se defronta, mesmo numa gestão popular, com choques entre a escolha das prioridades curativo-assistencial e os campos dos saberes hegemônicos que são a base do pensamento do setor. Ou seja, por mais sensível que seja o gestor da saúde para a importância da ação educativa, diante da crise financeira que assola os municípios, priorizar às ações de educação em saúde, representa, em alguns casos, decidir entre atender às necessidades imediatas da população ligadas à assistência e investir em uma ação a longo prazo. Além, disto, a tradição da clínica, com sua lógica assistencial e os saberes da epidemiologia, os quais ainda estão calcados em procedimentos técnico-burocrático e quantitativos, não conseguem valorizar as questões subjetivas e qualitativas dos processos educativos. Como são estes os saberes hegemônicos do setor saúde, corre-se o risco de se perder de vista o importante papel da ação educativa na promoção da saúde, da qualidade do serviço e da melhoria das condições de vida.

Diante deste cenário e voltando para o objetivo central do presente estudo, surgem alguns questionamentos:

1. Como se desenvolvem as ações educativas dos agentes de controle das endemias em Camaragibe, uma vez que como foi visto, não há uma integração com a Diretoria de Vigilância Epidemiológica e Sanitária?
2. Estes agentes conseguem incorporar os princípios metodológicos da educação popular em saúde?

Para desvendar estas questões, em um primeiro momento, é necessário, conhecer quem são esses novos atores municipais, qual é o seu cotidiano de trabalho, o que pensam e o que sentem sobre o que fazem e como realizam seu trabalho. Estes serão os objetivos dos próximos capítulos.

Parte- 4- QUEM SÃO OS AGENTES DE CONTROLE DAS ENDEMIAS DE CAMARAGIBE: O QUE PENSAM E SENTEM SOBRE O QUE FAZEM

COCO DUB (AFROCIBERDELIA)

Cascos, cascos, cascos
Multicoloridos, cérebros, multicoloridos
Sintonizam, emitem, longe
Cascos, cascos, cascos
Multicoloridos, homens, multicoloridos
Andam, emitem, amam
Acima, embaixo do mundo
Cascos, caos, cascos, caos

Autoria de Chico Science et Lúcio Maia ZUMBI

Capítulo 7- QUEM SÃO OS AGENTES DE CONTROLE DAS ENDEMIAS DE CAMARAGIBE?

Para conhecer o trabalho, a concepção e prática dos agentes de controle das endemias, é necessário conhecer, em primeiro lugar, quem são essas pessoas. Este é o objetivo deste capítulo. Para tanto, traçarei o perfil dos agentes segundo sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil, o setor econômico de onde migraram, as relações do vínculo empregatício, remuneração, a organização política e as interfaces com a subjetividade destes. Para finalizar o capítulo pontuo algumas questões no que toca à construção de sua identidade profissional a partir das categorias que mais os influenciaram: os agentes de saúde da FUNASA e as agentes comunitárias de saúde de Camaragibe.

7.1 Perfil dos agentes de controle das endemias

O grupo dos agentes de controle das endemias em Camaragibe é um universo masculino e jovem.

Dado o risco de mulheres gestantes que manuseiam o temerfós¹ desenvolverem má formação dos fetos, o município optou que todos os agentes de endemias fossem do sexo masculino. A maior parte destes, 67,4%, estão na faixa etária de 20 a 29 anos.

O trabalho árduo, sob um sol escaldante, descendo e subindo ladeiras, carregando uma bolsa de aproximadamente 4 kg, talvez tenha influenciado em se privilegiar adultos jovens. Um dos agentes ao se referir como foi convidado pelo Secretário de Saúde para ingressar no Programa diz que ele se referiu ao trabalho

¹ O larvícida utilizado nos focos do aedes, ou em depósitos de risco.

como “carregar piano”, que significa que o trabalho é duro “não é para ficar de boa vida!”.

Quanto à escolaridade dos agentes, percebe-se que a maior concentração encontra-se no 1º grau incompleto. No entanto, também existem profissionais de nível universitário. Um outro fato importante é que 12,7% ainda estão estudando. O que pode ser justificado pelo desejo de mudar de profissão, dada a instabilidade do vínculo empregatício. Mas também existe no município um projeto da Central Única dos Trabalhadores (CUT) de aceleração da escolaridade, mas não foi possível resgatar quantos agentes participam deste processo. Além disto, alguns agentes, principalmente os que vieram do setor comerciário, declaram que deixaram de estudar porque não tinham hora certa para sair do trabalho. Agora, conseguiram organizar a vida e voltar a estudar. Os gráficos 13 e 14 demonstram a distribuição dos agentes segundo faixa etária e escolaridade respectivamente.

Quanto ao estado civil 57,4% são solteiros e 42,6% não possuem filhos, o que pode contribuir para aumentar o padrão de vida destes.

Em sua maior parte são oriundos do mercado de serviços e do comércio. Estes dados são condizentes com a vocação econômica do município ao comércio e à prestação de serviço.

7.2 O vínculo empregatício, remuneração e organização política dos agentes de controle das endemias e subjetividade: algumas interfaces

A categoria da qual fazem parte, segundo a presidente da Associação Municipal dos Agentes Comunitários de Saúde (AMACS), é a de agentes de saúde, assim como as agentes comunitárias de saúde. E como tal, também estão

vinculados à instituição pelo sistema de cooperativas. Neste sistema os profissionais são tidos como sócios da cooperativa, “são seus próprios patrões”, assim, não conseguem incorporar direitos trabalhistas.

Essa é uma das questões que têm gerado muitas polêmicas não só na municipalização do controle das endemias, como também na implantação do Programa de Saúde da Família. À medida que estes serviços são implantados gera a necessidade de incorporar novos quadros no município e ao mesmo tempo, a folha de pagamento não pode superar 60% das despesas gerais do município.

Outro fato importante é que estes novos profissionais têm como peculiaridade não terem qualificação específica. O processo de expansão destes serviços nos municípios ainda não gerou a necessidade do mercado de trabalho criar escolas de formação, além do que a seleção tem como critério a área de residência (no caso das agentes comunitárias de saúde e atualmente, dos agentes de controle das endemias em Camaragibe). Seria possível ter estabilidade nestes vínculos empregatícios?

Nogueira (1996), situa dentro da atual conjuntura de gestão de pessoal em saúde uma região de tensão entre a estabilidade e flexibilização dos vínculos empregatícios. Em um pólo estão os princípios igualitários e de universalidade que orientaram a Reforma Sanitária, que nesta discussão se materializam na isonomia salarial, nos planos de cargos, carreiras e salários (PCCS) e na estabilidade do servidor público. Esta última é associada a leitura Weberiana de uma burocracia profissional e a uma preocupação em se manter, através da estabilidade individual, a estabilidade da política institucional nos propósitos relativos à missão institucional e que são de longo prazo. Deste modo, protege-se a instituição de “uma intrusão de interesses personalistas e mesquinhos (o que, em nosso meio, poderiam ser bem

traduzidas como clientelismo e nepotismo)” (NOGUEIRA, 1996, p. 20, grifo do autor). Em um outro pólo o autor aponta para uma conjuntura que demanda uma flexibilização na contratação e remuneração de pessoal e temporalidade de contrato. O que se dá em decorrência das mudanças no mundo do trabalho, na economia mundial e nas perspectivas de descentralização (no que toca à gestão municipal e o controle social). Ainda ressalta as linhas gerencias que enfatizam a importância dos serviços em se adequarem à pluralidade de necessidades, diferenças sociais do cliente e do mercado de trabalho, bem como às diferenças tecnológicas. Deste modo,

[...] a flexibilização na gestão de pessoal no SUS é hoje aceita consensualmente como uma imposição de governabilidade diante da rigidez introduzida pelo Regime Jurídico Único (RJU). Os controles políticos-burocráticos impostos aos concursos públicos e a pouca adaptabilidade das normas de remuneração tanto para profissionais altamente qualificados (de informática, por exemplo) como para pessoal sem qualificação específica (os agentes comunitários, por exemplo) levam os gestores a buscar soluções mais ágeis [...] Há atualmente pelo menos quinze diferentes formas de vincular pessoal à estrutura pública do SUS. Outras formas estão surgindo através das cooperativas, cujos arranjos institucionais parecem prometer uma variabilidade infinita. (NOGUEIRA, 1996, p. 20-21).

Uma vez que não há como negar esta tensão, Nogueira propõe que esta flexibilização seja mediada por uma escolha “politicamente correta” que atenda ao interesses do usuário, garanta direitos trabalhistas e as carreiras que assegurem a memória e a missão institucional. Para tanto, chama a atenção para a importância da existência de alguns núcleos passíveis de flexibilização e estabilidade, como também para a necessidade de reformas legais que garantam esse espaço de liberdade dos gestores. Para Girardi (1996), é uma decisão que cada vez mais se configura como guiada pela ética e aceitação das diversas racionalidades.

Ao mesmo tempo em que compreendo as amarras burocráticas das instituições e as necessidades específicas deste programa, como foi visto acima, fico muito receosa que esta decisão esteja vinculada unicamente à ética e ao

posicionamento político dos gestores. Pois, como sabemos, em nosso país, a ética de boa parte dos políticos está imersa num mar de fraudes, corrupções e hegemonicamente, ainda ligada aos princípios neoliberais. O que talvez nos dê esperança de se garantir a justiça nestas relações seja o poder de organização dos trabalhadores. Mas, não podemos nos esquecer que este poder fica cada vez mais fragilizado diante destas transformações.

Como saída para esta situação, alguns municípios vêm buscando na terceirização dos serviços uma saída legal. No entanto, trata-se de contratos que têm uma vigência de 6 meses podendo ser renovados por mais 6 meses. O que compromete a qualidade técnica do serviço, no sentido da rotatividade na reposição dos quadros, principalmente quando se leva em conta tratar-se de uma profissão,² da qual não se dispõe de escolas formadoras e como consequência, inexistem profissionais disponíveis no mercado. Ou seja, cada renovação dos quadros, exigirá novos processos de capacitação técnica.

No caso das cooperativas, há uma maior possibilidade de permanência do profissional nos programas. Como resultado, confere a estes profissionais um maior desenvolvimento de suas habilidades e capacidade tecnológica para o desempenho de suas atividades, sobre tudo se houver um projeto eficiente de educação continuada.

Camaragibe optou pelo sistema de cooperativas e como resultado, em 1999, 66% dos agentes estavam na instituição desde o início da implantação do programa, ou seja, a pelo menos quatro anos. Percebe-se também, que o fato dos agentes estarem distribuídos pela lógica de territorialização em microáreas, tal como as agentes comunitárias de saúde, têm um maior conhecimento da dinâmica das

comunidades onde estão inseridos, bem como, conseguem estabelecer maiores vínculos afetivos e de confiança com estas.

No entanto, nesta forma de vincular o profissional à instituição não há um registro da carteira do trabalho e como consequência, os trabalhadores ficam desprotegidos. Em caso de demissão, saem sem direitos ao aviso prévio, fundo de garantia e seguro desemprego. Os agentes ainda reclamam de não terem acesso a sistemas de financiamentos e contas correntes em banco. Há também uma preocupação com a reinserção no mercado de trabalho, principalmente, por não estarem profissionalizados e não terem como comprovar o tempo de trabalho e a “boa conduta”. Ou seja, essa forma de vínculo empregatício os priva de direitos trabalhistas, gerando uma sensação de tempo perdido e grande insegurança com o futuro. Essa insegurança, não é só do agente, mas também se transpõe para sua família. Essas considerações são facilmente identificadas nas falas dos agentes:

O que adianta eu estar aqui, estou a 4 anos e 7 meses, vou fazer cinco anos. Eu fico dez anos aqui, eu fico velho, posso até adoecer, posso até morrer, o que eu vou deixar para minha filha? O que eu vou deixar para os meus familiares? Nada, porque estou trabalhando aqui sem direito a nada. Sair hoje, o que eu vou receber? Nada. Cadê meus direitos trabalhistas? O PIS o fundo de garantia? O tempo de trabalho, cadê? nada disso [...] O que me revolta, na prefeitura é isso, eu chego no BANDEPE quero fazer um empréstimo, faço minha ficha, quando diz ‘cooperativa, [eles respondem] Ah, não! Quem é guarda municipal, quem é gari faz empréstimo. Porque somos cooperativados, não somos funcionário da prefeitura. E ainda dizem para mim “você é seu patrão.” Nós cooperativados somos nosso patrão! (Informação verbal)³

“Vamos supor, estou aqui a cinco anos, se a cooperativa me botasse para fora, como é que eu ia provar em outros cantos que eu trabalhei cinco anos e fui boa conduta? Meu contracheque ia provar? Com o meu crachá? Não tem como provar.” (Informação verbal).⁴

² Aqui me refiro como profissão por entender esta como resultado de uma demanda social.

³ Fala do agente (Boy).

⁴ Fala do agente (Nestor)

Por conta destes problemas, o Ministério do Trabalho tem combatido essa forma de vincular o trabalhador às instituições, demandando dos gestores a buscar novas formulações. No momento, Camaragibe busca construir uma nova forma de contratação, a Organização Social de Interesse Público (OSIP), uma espécie de ONG, que prestaria serviços à prefeitura, garantindo os direitos trabalhistas dos seus profissionais. Mas, essa solução ainda caminha nas discussões legais de sua viabilidade.

O vínculo empregatício está presente em quase todas as falas como o maior desmotivador do trabalho, enquanto o salário é a única ou pelo menos a primeira motivação para a maior parte dos agentes entrevistados. Diante do agravamento da crise econômica do país, essa motivação, para alguns, pode ser lida como o acesso a um salário “fixo”, ou a um emprego. Apesar de que a remuneração dos agentes de controle das endemias de Camaragibe se constitua a maior da Região Metropolitana do Recife, alguns agentes a colocam como motivo de desmotivação ou que ainda não está condizente com o nível de exigência do trabalho, principalmente, quando comparadas com os agentes de saúde da Fundação Nacional de Saúde.⁵ O quadro 7 demonstra o tipo de vínculo empregatício e a diferença salarial entre os agentes de controle das endemias em algumas cidades da Região Metropolitana do Recife, vale ressaltar, que só em Camaragibe a uma junção de equipes, nos demais municípios são os agentes de controle do dengue.

Visando aumentar a renda, 34% dos agentes têm outras ocupações. A maior parte no ramo informal da construção, os “biscateiros de fim de semana”, pedreiros e ajudantes de obra. Há também outras ocupações, tais como técnico de

eletrônica, professores de português, judô e teatro. Alguns dizem que em determinado período conseguem ganhar mais do que como agente, mas é o salário fixo do agente quem garante o pão do dia a dia.

Durante a pesquisa, três agentes se desvincularam diante de melhores alternativas de trabalho, um formado em letras migrou para a área de educação e dois migraram para a área de prestação de serviços (oficina de serralheiro e oficina de refrigeração).

Quanto à questão salarial, ainda foi encontrada uma questão peculiar no que toca à diferença entre os agentes de campo e os seus chefes de turma. Com a saída dos profissionais da FUNASA, foi escolhido do grupo dos agentes municipais sete agentes para assumirem a função de chefe das turmas no campo e um para a função de chefe de turma do nível central, os quais devem desempenhar, entre outras coisas, a supervisão dos agentes e controle do ponto. Este papel exige que as falhas dos colegas sejam comunicadas à gerência do programa. No início, não havia nenhuma diferença salarial e por estes profissionais pertencerem à mesma categoria, eram tidos pelos colegas como “cabuetas”⁶, gerando entre os agentes a sensação de uma quebra de um pacto corporativo não declarado. Essa sensação é ampliada no momento em que a supervisão começa pressionar mais os agentes para cumprirem seu horário e apontarem as falhas, sobretudo pelo seu caráter mais policalesco do que educativo. No momento em que a instituição reconhece a carga de responsabilidade dos chefes de turma e busca recompensar com um aumento de salário, há uma competição interna por esse cargo.

⁵ Estes se concentram em uma faixa de vencimento (salário mais gratificações) entre R\$ 1.001,00 e R\$ 1.200,00, podendo ser superior a R\$ 1.400,00 (GURGEL, 1998).

⁶ Pessoa que tem por função entregar as falhas dos colegas.

Quadro 5- Vínculo Empregatício e Salário dos Agentes de Controle da Dengue nos municípios da Região Metropolitana do Recife.

MUNICÍPIOS	VÍNCULO EMPREGATÍCIO	REMUNERAÇÃO DO AGENTE SEGUNDO A FUNÇÃO (R\$)		
		Campo	Chefe de turma no campo	Chefe de turma geral
Abreu e Lima	Terceirização (ocorrida só em 98)	150,00 *	*	**
Araçoiaba	Cargo comissionado	250,00	****	300,00
Cabo	Parte contrato/parte cooperativa	190,00	240,00	**
Camaragibe	Cooperativa	286,00	346,00	528,00
Igarassu	Sem contrato formal	150,00	165,00	300,00
Ipojuca	Contrato pela prefeitura, renovável 1 ano	240,00	****	**
Itamaracá	Contrato renovável a cada 6 meses	150,00	150,00	**
Jaboatão	Prestação de Serviço terceirizado		**	**
Moreno	Contrato renovável a cada 6 meses	150,00	****	250,00
Olinda	Cooperativa	150,00	**	**
Paulista	Terceirização	150,00	**	**
Recife	Prestação de serviço, por 6 meses, renovados por mais 6 meses.	150,00	150,00 ***	**

* Salário mínimo, corrigido para os valores de 99.

** Profissional da FUNASA cedido ao município

*** Alguns profissionais cedidos pela FUNASA e outros escolhidos entre os agentes, os que mais se destacam.

**** Não existe.

A diferença salarial foi uma conquista através da participação na Associação Municipal de Agentes de Saúde de Camaragibe (AMACS). No entanto, essa participação, que em muito poderia contribuir no fortalecimento da categoria e nas suas lutas reivindicatórias, só faz parte da vida política de uma minoria de agentes, pois, os agentes dizem que não conseguem visualizar ganhos trabalhistas, que há muita briga interna e que sofrem discriminação das “meninas”, as agentes comunitárias de saúde. Alguns dizem que os próprios agentes são responsáveis, uma vez que “fazem bagunça” durante as reuniões.

A AMACS deveria atuar como um aglutinador das agentes comunitárias de saúde e dos agentes de controle das endemias para fortalecê-los nas suas lutas reivindicatórias. No entanto, a partir destes depoimentos, pode-se perceber que a entidade parece cumprir uma necessidade administrativa da secretaria de uma cooperativa que permita a contratação destes profissionais. Percebe-se, portanto, que o enfraquecimento do movimento não se dá só por uma suposta fragilidade política da categoria diante da instabilidade do vínculo empregatício, mas se dá também pela divisão interna.

Esta divisão é alimentada, entre outras coisas, pela visão depreciativa das agentes comunitárias em relação aos agentes de controle das endemias. O que gera um ciclo vicioso, uma vez que por não se sentirem aceitos, desenvolvem processos de resistência, expresso em atitudes como as de “bagunça”.

Esse assunto emergiu durante a oficina de dezembro de 2000. Os agentes reconheceram que alguns tinham mesmo estas atitudes. E com a discussão travada a partir desta reflexão, comecei a perceber que tais atitudes, eram na realidade, resistências movidas pelo sentimento de não aceitação dos demais profissionais da secretaria de saúde e da baixa auto-estima do grupo.

No entanto, esta é uma questão muito mais ampla, que para melhor compreendê-la, faz-se necessário conhecer o processo de formação da identidade profissional dos agentes de controle das endemias.

7.3 O processo de construção da identidade profissional dos agentes de controle das endemias

O agente de controle das endemias pertence a uma nova categoria profissional que começa a surgir nos municípios diante do novo cenário da descentralização e municipalização do controle das endemias. No entanto, também podemos considerar esta categoria como antiga, pois se constitui em uma releitura dos atuais agentes de saúde da FUNASA. Pois, os agentes municipais surgem das cinzas ainda vivas dos “caça-mosquitos”, dos “guardas sanitários”, ou seja qual for o nome que caracterize estes profissionais que estiveram desempenhando função semelhante ao longo destes quase cem anos de história da saúde pública no país, desde as brigadas de Oswaldo Cruz, às extintas Fundação SESP e SUCAM, atual FUNASA. Isto faz com que tanto tragam no seu inconsciente coletivo a cultura institucional destas instituições, como também, incorporem a visão depreciativa que os agentes de saúde da FUNASA têm carregado ao longo deste período.

A cultura militar que se consolidou nesta instituição foi responsável pela instauração de um modelo gerencial que, como já foi visto, humilhou e impactou negativamente a auto-estima destes profissionais. Por não exigir qualificações técnicas para o desempenho de sua função, na divisão racional do processo de trabalho, os agentes de saúde pública da FUNASA estiveram dentro das categorias profissionais na base da hierarquia institucional. Tecendo uma analogia com os quartéis, estes profissionais, eram os soldados rasos, cabia-lhes apenas o papel de receber ordens e cumpri-las, sendo privados de realizarem questionamentos e da tomada de decisão. Este modelo conferiu aos seus chefes o poder de exercer seções de humilhação coletiva.

Esta visão depreciativa destes profissionais extrapolou o muro da FUNASA, e se instalou na percepção dos defensores da Reforma Sanitária, ou da luta pelo fortalecimento do SUS. Como também já foi visto, os profissionais da

FUNASA tenderam a reproduzir as relações autoritárias de seus chefes com a população e ao defender os interesses corporativos da instituição, desenvolveram uma resistência cultural à implantação do SUS, tornando-se representantes da política institucional e do modelo hegemônico de controle das endemias adotado no país. Estas posturas começaram a ser questionadas pelas pessoas que buscavam a construção de um novo modelo de controle das endemias que se pautava pelo respeito a/os cidadã/os, na participação popular e na visão integralizadora da saúde. Como resultado, os agentes de saúde da FUNASA, são vistos como um obstáculo à implantação da descentralização e municipalização do controle das endemias.

Como, no município de Camaragibe, foi a FUNASA quem apoiou a implantação do programa de controle do dengue e da leishmaniose, a influência do agente de saúde desta instituição sob os agentes municipais é marcante. Logo na primeira fase da pesquisa, durante o questionário para levantar o perfil dos agentes municipais, o campo que lhes perguntava a profissão trazia, em muitos casos, GUARDA de saúde ou de endemias. Esse fato foi duramente criticado pela pessoa que coordenava a pesquisa, a qual riscava as respostas e colocava a palavra correta "agente de saúde."

Além da "herança cultural" que os agentes municipais trazem dos agentes da FUNASA, outros fatores contribuem na instalação da percepção desvalorativa do grupo:

- Os agentes municipais de Camaragibe, como foi visto, migraram de setores excluídos da sociedade, tais como desempregados, garis, ambulantes e serviços gerais.
- Como o modelo gerencial adotado também foi influenciado pelo da FUNASA, as relações autoritárias permaneceram.

➤ A própria instituição municipal alimenta esta discriminação no momento em que muito pouco se investiu nestes profissionais, quase não se divulgou seu trabalho e no tratamento dispensado pelo modelo gerencial. Como resultado, são pessoas que tiveram sua auto-estima abalada e seu trabalho desmotivante. Este fato ainda é acentuado pela diferença de apoio e divulgação a uma categoria semelhante, as agentes comunitárias de saúde.

Pude identificar em mim esta visão desvalorativa do grupo. A primeira vez que fui facilitar uma oficina de arte-educação em que alguns dos agentes municipais participaram, em 1996⁷, a outra facilitadora, (atual gerente de educação em saúde do município), durante o planejamento da oficina, propôs trabalhos corporais e de massagem coletiva. Meus olhos saltaram! Perguntava assustada para ela: “você é louca, muitos eram garis. Você acha que é possível desenvolver esses trabalhos? Você acha que eles aceitarão? Será que vão nos respeitar?”. Ela me respondeu, “É mas, são gente , assim como nós! ”

Acredito que esse foi um dos maiores e mais dolorosos aprendizados que tive na minha vivência de educadora. Neste momento, pude perceber uma grande incoerência entre o meu discurso e a minha prática. Ou seja, entrei em contato com meu preconceito e percebi como meu inconsciente estava impregnado com uma concepção elitista que só quem tem direito à sensibilidade são as pessoas que tiveram uma maior escolaridade ou que são oriundas classes sociais detentoras de maior poder aquisitivo. Talvez a partir deste momento é que comecei a percebê-los como pessoas portadoras de uma enorme carga de carinho, afetuosidade,

⁷ Oficina para a preparação dos arte-educadores que participaram do projeto de arte-educação na campanha de controle do dengue, financiado pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco.

criatividade e potencialidade. Nos processos de oficina que se desenvolveram a partir de então e, sobretudo durante a pesquisa, também compreendi as resistências que eles tinham em mexer num corpo tão carregado de marcas geradas pela humilhação e pela cultura que pede morte à sensibilidade dos homens, mas que o contato com estas vivências, para a maior parte, fizeram com que estas resistências diminuíssem. Chegando mesmo a ser tida como prazerosa, responsável por um maior aproveitamento do processo ensino-aprendizagem. No final destes processos sempre houve um saldo positivo e de aprendizagem mútua.

O maior ganho talvez tenha se dado na última oficina que realizamos com estes profissionais após a mudança da gerência em dezembro de 2000. Esta oficina tinha como objetivo sensibilizar estes profissionais para o seu papel de educador e aumentar as suas habilidades para o desempenho destas atividades a partir dos referenciais da educação popular em saúde. No entanto, dado o momento de transição gerencial teve um papel maior de “expurgar” raivas, mágoas e tantos outros sentimentos gestados ao longo destes anos. O que findou por ajudar a aumentar a auto-estima do grupo. O depoimento da gerente de educação em saúde se referindo à primeira festa de confraternização dos trabalhadores da saúde ocorrida após esta oficina de educação em saúde reflete o impacto que esta oficina teve na auto-estima do grupo. Segundo ela, o comentário geral das agentes comunitárias de saúde e de outros profissionais era indagando o que havia ocorrido com os agentes de controle das endemias que estavam tão “comportados” e integrados com o grupo maior da saúde. Aqui, é importante recuperar a reflexão de que as atitudes de “bagunça” destes profissionais são uma expressão da resistência cultural desencadeada pela visão desvalorativa que se construiu na instituição. Provavelmente, estas resistências, não tiveram mais espaços ao terem sua auto-

estima valorizada e se sentirem entre iguais. O que foi evidenciado pelos comentários da festa acima referida.

Outro fator importante na construção da identidade destes profissionais em Camaragibe, é que por pertencerem à categoria de agentes de saúde, além das influências dos agentes de saúde da FUNASA, também são influenciados pelas agentes comunitárias de saúde. Assim, no decorrer desta pesquisa parece haver momentos de tensão nesta construção que ora aproxima, ora distancia, ora espelha como modelo a ser perseguido ou a ser recusado, uma dessas categorias. Busca-se, desta forma, construir sua própria identidade, diante da especificidade de seu trabalho; da conjuntura da política de saúde nacional e municipal; da micropolítica cotidiana do serviço e mergulhados num mundo de subjetividades, desejos, necessidades e sonhos pessoais e coletivos. Mesmo não tendo sido o foco do nosso estudo, podemos perceber essas regiões fronteiriças de aproximação e distanciamento destas categorias. Não pretendo realizar uma análise aprofundada, mas apontar algumas semelhanças e diferenças encontradas que facilitará a compreensão dos limites e possibilidades do seu papel de educador em saúde.

7.3.1 Distanciamentos e aproximações entre os agentes do município e os da FUNASA

A maior parte dos agentes municipais (67,4%) estão na faixa etária de 20 a 29 anos, tornando-os mais jovens do que os agentes da FUNASA no Estado de Pernambuco, dos quais só 1,5% representam esta faixa etária (GURGEL, 1998). Vale considerar que o município ainda se encontra em expansão no preenchimento

dos seus quadros e que ocorre muitas substituições, dada a inexistência de estabilidade do vínculo, enquanto a FUNASA tem esta estabilidade e não renova seus quadros deste 1987. Deste modo, em 1999, 66% dos agentes tinham no máximo cinco anos no programa, enquanto em 1997, 67% dos agentes da FUNASA, tinham pelo menos, 10-15 anos, chegando mesmo a ter agentes com mais de vinte e cinco anos (GURGEL, 1998).

Assim como os profissionais da FUNASA, não houve concurso ou seleção pública para a sua inserção na instituição, tendo prevalecido a indicação por políticos ou profissionais da Secretária. Por conta desta inserção surgiram muitas críticas quanto ao comprometimento e as condições de formação dos profissionais para desempenharem a sua função. Em 1999, conseguiu-se ao menos fazer uma prova, e em 2001, foi adotado o sistema de seleção pública por micro-áreas, tal como para as ACSs.

Os salários dos agentes municipais estão bastante abaixo dos funcionários da Fundação. Enquanto os ACEs do município recebem, R\$ 286,00, podendo chegar no máximo a R\$ 580,00 (no caso do Chefe de Turma de nível central) os da FUNASA, a maior concentração da faixa salarial está entre R\$ 1.00,00 e R\$ 1.200,00, mas podendo chegar a mais de R\$ 1.400,00 (GURGEL, 1998).

No que toca à capacitação e ao investimento profissional, há um grande diferencial em relação aos agentes de saúde da FUNASA, onde estes últimos têm um acesso maior. Durante os cinco anos de programas pesquisados, ocorreram 6 capacitações, e destas a maior parte só participou de duas. Já os dados de Gurgel (1998), no que toca à capacitação dos agentes de saúde da FUNASA, em 1997, demonstram um grande diferencial. Mesmo que a autora considere estes números

deficientes, ao serem comparados com o município, evidenciam como houve pouco investimento nos agentes municipais.

Quadro 6 - Distribuição dos trabalhadores pelos treinamentos recebidos em 1997.

TREINAMENTO	SIM		NÃO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Endemias no Brasil	135	40	206	60	309
Endemias no Nordeste	173	56	136	44	309
S.U.S	74	24	235	76	309
Função da FUNASA	193	63	114	37	309
Técnicas de controle de vetores e endemias	191	62	117	38	309
Cuidados no manuseio dos inseticidas	156	51	153	49	309
Riscos à saúde	151	49	158	51	309
Danos ao ambiente	161	52	148	48	309

Fonte: Gurgel, 1998.

As dificuldades em promover capacitação para os agentes municipais nunca ficou claro o suficiente. Durante a entrevista da gerente da DIEVIS, esta deu várias justificativas:

Ainda não havia dado tempo⁸ porque eles tinham empregos paralelos. Ao ser questionada se isso seria realmente um empecilho, pois as capacitação eram dadas no horário de trabalho, a gerente volta atrás, diz que não impediu mas que diminuiu o rendimento, o que foi agravado pelo nível de escolaridade dos agentes, uma vez que muitos mal sabiam escrever o próprio nome⁹.

8 A entrevista foi dada após cinco anos da implantação do programa.

9 Na primeira página do meu diário de pesquisa colhi um depoimento de um dos chefes de turma a respeito do baixo rendimento da Capacitação ocorrida no momento da junção das equipes, em decorrência da linguagem inacessível, da maior parte dos professores.

Não havia recursos, ao ser lembrada dos recursos existentes, mais uma vez volta atrás. Diz que havia, mas ela, a gerente do serviço, desconhecia.

Por fim, fala de causas “sobrenaturais”, sempre que marcava uma capacitação acontecia algo que a inviabilizava. Trouxe dois exemplos. O primeiro da capacitação de desenvolvimento institucional que foi interrompida em decorrência da transição da gestão municipal da saúde. O segundo exemplo trazido foi o das chuvas torrenciais de 2000 que elevou os casos de leptospirose no município, obrigando-a a realizar um mutirão de desratização e colocar os novos agentes (os do programa da esquistossomose) no campo sem um treinamento anterior.

Relendo o diário de campo, no que toca o assunto, fica evidente a dificuldade de tirar os agentes do campo, dado o número insuficiente de agentes e o risco de agravamento das endemias, sobretudo de dengue, que exige que o ciclo de prédios cobertos seja finalizado aos quarenta e cinco dias. Mas, neste caso não se percebia a importância do investimento, uma vez que muitos agentes, como será visto adiante, mal sabiam calcular a dose necessária de larvicida a ser utilizado.

Diante do diagnóstico das necessidades de capacitação, do qual participei, ficou comprovado da necessidade da realização de um processo de educação continuada. Mas, este diagnóstico, pouco adiantou. Ao contrário, quando um dos técnicos solicitou a gerente realizar reuniões com os agentes para fazer uma reciclagem dos conhecimentos, esta afirmou que não havia necessidade. O técnico, então perguntou a alguns agentes que estavam no Núcleo de Vigilância Ambiental quanto tempo era o ciclo mosquito, e eles não sabiam responder. Chegou a constatar até que para um dos agentes a transmissão se dava com o contato com a água. Só assim, conseguiu começar a realizar as reuniões solicitadas e o fez turma

por turma. Este processo só teve início em setembro de 2000, quase seis anos após a implantação do programa.

O que realmente estaria por trás desta dificuldade, uma vez que a nova gerência em menos de 3 meses começou a realizar os processos de capacitação? Por que as ACS tiveram inicialmente cinco meses de capacitação antes de iniciarem os trabalhos? Existiria alguma diferença de valorização institucionais entre estes profissionais, ou na realidade demonstra um predomínio entre o modelo curativo-assistencial em relação ao preventivo?

A resistência as capacitações, também vieram dos agentes municipais, por motivos diferentes. Na entrevista, alguns agentes relatam que muitos agentes são descomprometidos e que preferem estar no campo do que em uma capacitação. Colhi depoimentos informais de que alguns agentes haviam manifestado resistência a capacitação realizada pelos técnicos municipais alegando que só o pessoal da Fundação que teria algo realmente a acrescentar. Ou seja, referendavam os profissionais da Fundação como referencial do saber fazer, colocando-os, inclusive como mais capacitados do que os técnicos de nível universitário do serviço. Não sendo um dado muito descolado da realidade, pois, esses profissionais realmente têm uma tradição do saber fazer e investimentos de formação profissional mais constantes. Mas, é preciso questionar também, que saber é esse que não consegue se renovar e incorporar processos de trabalho mais integralizadores e menos agressores do ambiente. Este exemplo, também demonstra como o nível de investimento profissional dos agentes da FUNASA, é tido como modelo desejado pelos agentes municipais. Um dos agentes relatou que alguns agentes preferem estar no campo trabalhando do que assistindo aulas. O que talvez, seja influenciado

pelas metodologias adotadas, pois um dos agentes se refere, como já foi visto, a uma linguagem que dificulta o processo ensino-aprendizagem.

No entanto, o modelo da FUNASA também foi alvo de críticas dos agentes, os distanciando deste como modelo a ser perseguido. Foram relatados por muitos dos agentes, críticas a “vícios” institucionais de outros agentes municipais que segundo eles foram adquiridos com os profissionais da FUNASA, no que toca à evasão da área (sair da área antes de se terminar o horário), alcoolismo¹⁰ e a forma de se exercer a supervisão, onde o chefe de turma, no lugar de acompanhar o trabalho do agente, senta embaixo de uma árvore para esperar que retornem. Também houve queixas contra o tratamento grosseiro de alguns profissionais da FUNASA no momento da supervisão.

¹⁰ Gurgel associa o alto nível de quadros suspeitos de alcoolismo encontrados em seu trabalho (8% do teste CAGE- escore 2), ao uso dos praguicidas neurotóxicos e hepatotóxicos (GURGEL, 1998, p. 140).

7.3.2 Distanciamentos e aproximações entre os agentes de controle das endemias e as agentes comunitárias de saúde de Camaragibe

Os agentes de controle das endemias em Camaragibe tiveram como origem os guardas sanitários e como consequência, tiveram como referencial o campo da saúde coletiva onde a reforma sanitária menos avançou. Já as agentes comunitárias de saúde, tiveram origem nas experiências populares de saúde nas comunidades e são fruto da reforma do Sistema de Saúde do país, no que toca à mudança da direção de um modelo curativo centrado nos hospitais para um modelo guiado pela promoção da saúde através da atenção básica.

Estas experiências populares de saúde na comunidade que se desenvolveram, principalmente nas décadas de 70 e 80, tiveram no Brasil como principal referência as pastorais da saúde da Igreja Católica. E dentre estas, é relevante as contribuições das comunidades eclesiais de base e da teologia da libertação que lhes conferiram um caráter de organização política. Também foi de fundamental importância o Movimento Popular de Saúde (MOPS).

A institucionalização destas experiências se deu na década de 90, a partir da implantação do Programa de Agentes Comunitárias de Saúde, PACS e posteriormente, do Programa de Saúde da Família, PSF. Tem se constituído como uma das principais estratégias para se cumprir as orientações das cartas de Alma Alta e de Ottawa no que diz respeito a saúde para todos e a promoção da saúde através da atenção básica da saúde. Deste modo, pode-se perceber que estes programas buscam reverter a lógica médico-assistencial, centrada nos hospitais consolidada no país a partir da década de 50.

O processo de institucionalização destes programas contou, desde seu início com normatizações das atribuições destes profissionais e critérios para a sua implantação, tais como seleção pública e cursos introdutórios. Em Camaragibe, a inserção das ACS no PACS/PSF se deu por seleção pública, o curso introdutório destas teve uma duração de cinco meses. E atualmente, são constantemente acompanhadas pelas enfermeiras que as supervisionam e têm um projeto de educação continuada, sendo realizadas capacitações a cada 15 ou 30 dias. Já os agentes de controle das endemias, como foi visto, surgiram no município a partir da necessidade de se debelar a epidemia de dengue e realizar as ações de controle da Leishmaniose, foram inseridos no programa através de indicação política, tendo tido uma breve capacitação introdutória e não contam com o projeto de capacitação continuada.

Na concepção dos agentes de endemias existem muitas diferenças entre os dois programas que vão desde a função exercida, ao reconhecimento e apoio institucional para o desenvolvimento dos trabalhos e a relação desenvolvida com a comunidade.

Embora ambos se detenham em ações de promoção à saúde, cabe aos ACEs, controlar as endemias pela inspeção e tratamento de focos, o que cada vez mais caminha para a concepção de cuidar do ambiente,¹¹ as ACSs, desenvolvem ações básicas de saúde, tais como acompanhamento de gestantes, monitoramento de crianças de baixo peso e de alto risco de adoecimento, atuando também na saúde da mulher, saúde mental e reabilitação, bem como dando suporte as diversas

¹¹ Como será visto adiante, a nova gestão da saúde reformulou o programa se orientando pela concepção de vigilância ambiental, enquanto estratégia de promover uma visão mais integralizadora da saúde e romper com o caráter ainda centrado na doença. A denominação destes profissionais, atualmente, é de agente de vigilância ambiental e estão inseridos no Núcleo de Vigilância Ambiental.

campanhas (vacinação, diabetes, hipertensão). Ou seja, enquanto os agentes de controle das endemias cuidam do ambiente/exterior das casas, as agentes cuidam da família/do interior das casas.

Há uma discussão de gênero implícita nesta lógica. A priorização de mulheres no PACS/PSF está associada ao papel feminino de cuidar da casa, enquanto o programa de controle das endemias ao privilegiar o universo masculino, associa o cuidado do ambiente aos homens. Durante as entrevistas, um dos ACE, relata que antes de sua inserção no programa, teve uma breve passagem como ACS e fala que sentiu de dificuldades culturais em exercer o seu papel de ACS:

[logo no início fui] tentar [ser] agente comunitário, mas não tinha aceitação. [Porque] era mais as meninas, quando foi homem [...] homem sentado numa casa, conversando com a mulher do cidadão que está trabalhando, quando chegava não tinha aceitação. (Informação verbal).¹²

Esta é uma discussão polêmica. Se de um lado o município respeita a cultura hegemônica das comunidades onde os programas são inseridos ao adotar a questão de gênero para determinar a composição destas duas equipes e protege as mulheres dos riscos de má formação fetal em possíveis gestações, por outro lado, perpetua as relações machistas que colocam as mulheres como cuidadoras do lar e os homens como cuidadores do externo.

Enquanto alcance de suas ações, o ACE tem um poder maior, já começa o programa com uma cobertura de 100% dos prédios do município, enquanto as ACSs, tiveram a cobertura dos seus programas aumentada paulatinamente, chegando hoje a 94% da população.

Quanto ao estabelecimento de vínculos com a comunidade, as ACSs conseguem desenvolver laços mais efetivos. Elas dedicam mais tempo às famílias,

¹² Entrevista a um dos ACEs (Boy).

uma vez que têm uma produção menor (8 casas/dia); desde o início de sua inserção no programa estão distribuídas segundo a lógica de territorialização, tendo como critérios para a seleção morar na comunidade há pelo menos dois anos e têm como função também realizar atividades educativas de abordagem coletiva (palestras na comunidade e nas USF, como também grupos educativos por agravo). Já os ACEs têm uma produção diária média bem maior (25 casa/dia), as primeiras experiências piloto de “zoneamento” das equipes só se deram em 1997; trabalham mais no exterior das casas e sua ação educativa se resume a abordagem individual durante as visitas.

Eu acho diferente o trabalho, porque o trabalho das meninas é um trabalho mais direto todo dia na casa, acho que é mais importante por isso também. [...] Na realidade, em nível de palestrar com o pessoal, tem mais tempo, eles já conhecem, a gente passa muito tempo numa área, a gente passa quinze dias numa área depois sai, e elas não, estão sempre ali. Elas estão zoneadas.¹³ (Informação verbal)¹⁴

“As agentes de saúde têm uma aceitação legal. Elas conseguiram criar um vínculo muito bonito com a comunidade. Então, tem festa, são convidadas, elas almoçam nas casas das famílias.” (Informação verbal).¹⁵

Este agente que também já foi agente comunitário de saúde, ainda coloca que o limite do seu trabalho é a falta de trabalhos educativos de abordagem coletiva, tais como os que realizava quando era ACS, ou seja, trabalho com teatro, palestras em escolas, associações e Unidades de Saúde.

Eu gosto de trabalhar com endemias também, mas é mais raso. Endemias é mais raso. Porque a gente não trabalha com palestras. Porque naquele tempo [quando era gente comunitário de saúde] tinha o teatro e lá na prefeitura mesmo eles davam essa idéia de fazer palestras, aí a gente fazia. (Informação verbal)¹⁶

¹³ Na época da entrevista, este agente não era zoneado.

¹⁴ Entrevista a um dos ACEs (Flávio).

¹⁵ Entrevista a um dos ACEs (Alisson).

¹⁶ Entrevista a um dos ACEs (Flávio).

As “meninas”, como geralmente são chamadas as ACSs, têm um apoio institucional maior para o seu trabalho traduzido em um maior número de capacitação, acompanhamento e reuniões com suas supervisoras, além dos diversos trabalhos produzidos sobre o programa e os prêmios recebidos em nível nacional. A maior motivação da única ACS entrevistada, é sentir seu trabalho reconhecido e a vivência democrática com a equipe. No entanto, na fala dos ACEs, a falta de um acompanhamento maior no campo, a escassez das capacitações e a falta da divulgação do trabalho desenvolvido pelo grupo foram referidos como um descontentamento destes. Alguns se reportam ao modelo das ACSs como ideal, mas que jamais será alcançado.

As agentes de saúde têm mais retorno. Se você pegar livros, se fala em agente de endemias muito pouco. Muito pouco. Eu peguei um livro de Brasília, saiu uma cartilha: Camaragibe é menor em mortalidade e as agentes de saúde conseguem fazer tantas famílias... E o PCEDEN, não se fala. Nunca se teve um material falando que a Leishmaniose um dia teve um levantamento para saber o índice, nunca se falou que a raiva animal teve uma equipe que fazia teatro, vivia em cima... [...] os agentes da dengue dizem: “poxa, até nas fotos da prefeitura, você não vê muito a dedetização”. Eu digo: “meu Deus do céu, a gente nunca entra nessa divulgação?” (Informação verbal).¹⁷

“Em termos de reconhecimento profissional a gente sabe que elas estão na vanguarda, elas estão lá na frente, isso a gente não tem a menor condição chegar junto. Os investimentos no PSF são bem maiores.”¹⁸ (Informação verbal)

A Secretária de Saúde, em sua entrevista ao se referir ao desenvolvimento do processo educativo em Camaragibe, também reconhece que esse é um divisor de águas entre os dois grupos, as ACSs e os ACEs.

[...] o processo de educação em saúde, na estrutura de saúde do município ele é bem mais generalizado, não é uma coisa que é cuidada apenas por um setor. Ele já faz parte de um processo como um todo, que aí é aonde eu acho que tem diferença dos agentes de endemias, porque isso tudo foi muito investido nas agentes, com o pessoal da Unidade de Saúde da

¹⁷ Entrevista a um dos ACEs (Alisson).

¹⁸ Entrevista a um dos ACEs (Robson).

Família, com os agentes comunitários, com o pessoal da saúde bucal, tem todo um suporte, uma orientação nesse sentido. Para os agentes de endemias, eu acho que ainda falta muito ainda esse suporte. (Informação verbal)¹⁹

O que levaria a essa diferença de reconhecimento institucional? Seria uma expressão de um modelo ainda marcado pelo modelo médico-assistencial em detrimento do preventivo? Mesmo que o trabalho das ACSs seja, sobretudo, preventivo, não se pode negar o quanto ainda está ligado às medidas de assistência médica, uma vez que trazem os médicos e as enfermeiras do PSF para casa das pessoas e facilitam o acesso nas Unidades de Saúde para as famílias em situação de risco que acompanham.

O que eu conheço é que elas vão na casa, perguntam se tem uma pessoa doente, fazem a ficha, encaminham a pessoa para o posto, e a gente não pode encaminhar uma pessoa para o posto. Ela encaminha traz a médica na casa, traz remédio para pessoa que está doente. (Informação verbal)²⁰

O histórico processo de exclusão social dificultou o acesso desta camada da população aos serviços de saúde, além disto, a situação de fragilidade decorrente do estado de adoecimento e morte, pode nos levar a fazer a analogia de que os médicos são como uma espécie de “deuses” que têm na mão o poder da vida e da morte. Neste contexto, as ACSs, são as “santas”, os “anjos” que conduzem o milagre do acesso da comunidade aos serviços de saúde e ao cuidado médico, ao contato com os “deuses” detentores da cura. Deste modo, o trabalho delas têm uma visibilidade política muito maior para a população. O que é potencializado pela lógica popular, onde, segundo Valla (2000), prevalece a provisão, no lugar da previsão. Segundo o autor, dentro das realidades sofridas da maior parte da população, onde a incerteza do futuro guia a vida, lidar com a lógica de prevenção, requer a previsão,

¹⁹ Entrevista a Secretaria de Saúde.

²⁰ Entrevista a Moisés

algo que pode estar muito distante, pois, as necessidades são tão básicas para a sobrevivência que pedem urgência na sua resolução, uma provisão. Isso se dá, principalmente, pelas poucas expectativas de vida, tais como os riscos constantes de ao abrir a porta de casa, receber uma bala perdida.

Mas, em algumas situações, o trabalho dos “meninos” também tem essa visibilidade, sobretudo, em ações de retorno imediato, tais como a desratização.

O que é gratificante para mim é isso, chegar a pessoa da comunidade perto de mim e dizer assim, “aquele veneno de rato que você colocou...” como chegou ele agora ai disse que “os ratos estão tudo bebo, morrendo. Isso é gratificante. Por isso que eu digo, se a gente fizer tem retorno. Colocar veneno para rato que você vê ele morrendo. (Informação verbal)²¹

A atitude de cuidar da saúde da comunidade, pode se traduzir no prazer de cuidar das pessoas e do lugar onde se mora, como também pelo reconhecimento e gratidão que pode gerar na população. Este desejo tanto pode estar alimentado pelo apego ao poder decorrente destas relações, ou em um outro pólo, pelo espírito de solidariedade. E muitos durante as visitas de campo, se demonstraram realizando também o papel das ACSs.

Eu faço às vezes o trabalho das meninas. Chego na comunidade ai o pessoal “ah, como é...” ai eu digo “no posto é assim, assim” às vezes eu pego os dados da pessoa e eu vou procurar saber. “Ô fulano, está marcando...” eu quando trabalho com a comunidade eu sou assim, é meu jeito de ser. (Informação verbal)²²

“É muito bom às pessoas me pararem na rua para saber se o médico está atendendo”.(Informação verbal)²³

Outro aspecto importante, quanto à identidade profissional dos ACEs, e comum também para as ACSs diz respeito à desconstrução da identidade

²¹ Entrevista a um dos ACEs (Flávio).

²² Entrevista a um dos ACEs (Boy).

²³ Entrevista a um dos ACEs (Cláudio).

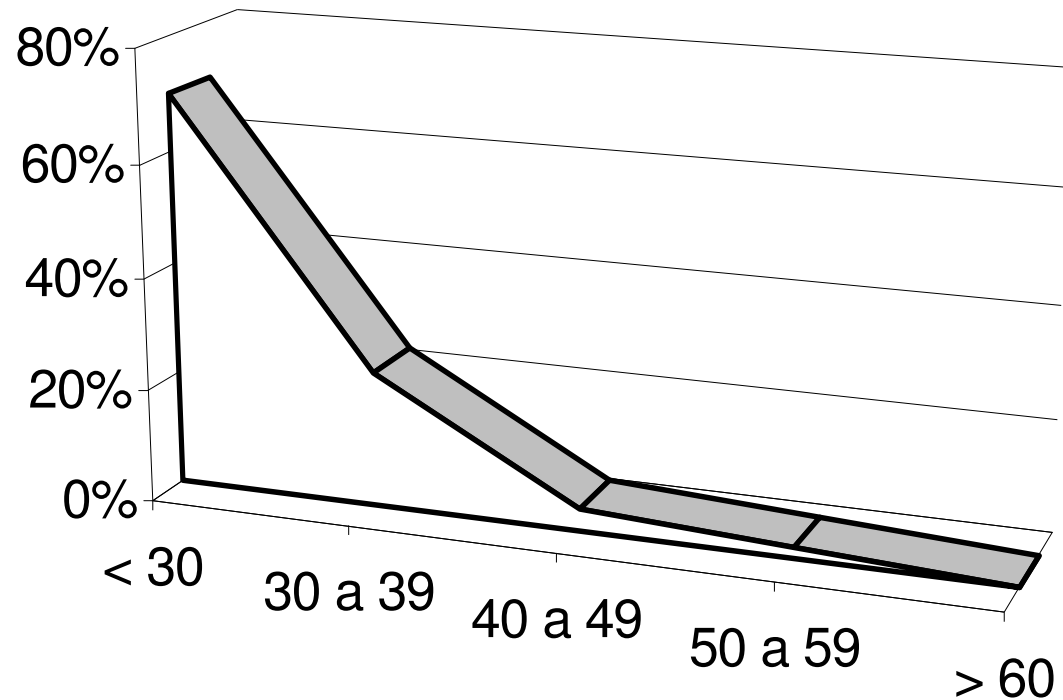
comunitária destes trabalhadores durante o processo de “profissionalização.” A incorporação do saber científico leva-os a perceberem a comunidade de quem sempre fizeram (e continuam fazendo) parte, como ignorantes, desinteressados, preguiçosos e uma infinidade de adjetivos depreciativos. Esquecem assim, de como agiam antes de sua inserção no programa. Este é um dado muito importante, uma vez que a visão que se tem das pessoas molda a ação educativa dos sujeitos, assim como será visto no capítulo referente às práticas educativas dos ACEs.

Fica evidente que meio às diferenças e semelhanças das categorias, os ganhos advindos dos investimentos institucionais realizados para as ACSs têm levado aos ACEs também se espelharem nestas enquanto modelo a ser perseguido.

Reconheço que uma análise da formação da identidade profissional dos agentes necessitaria de um estudo mais aprofundado, o qual por si só seria o objetivo de uma nova pesquisa. No entanto, as reflexões tecidas ao longo deste capítulo tiveram como objetivo aproximar o/a leitor/a dos principais sujeitos da pesquisa.

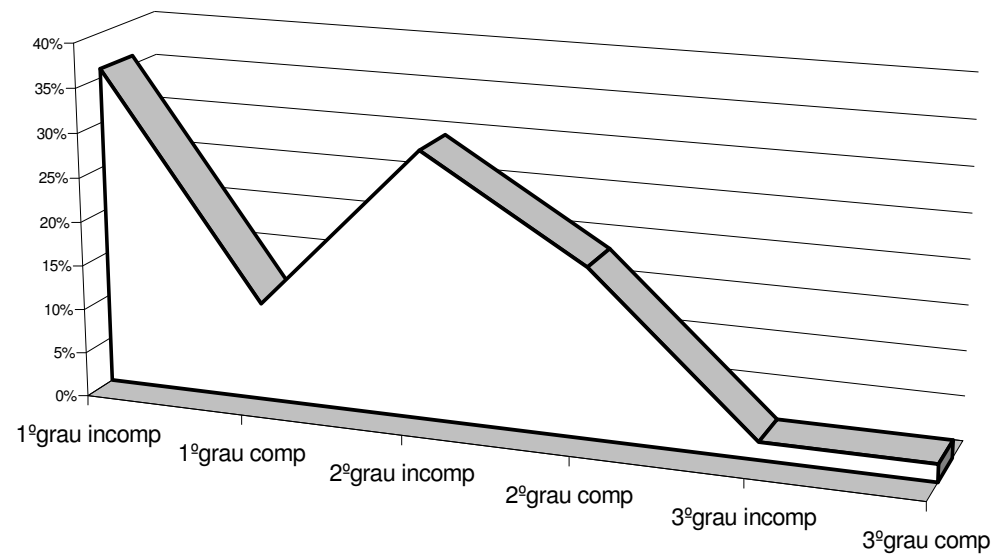
No próximo capítulo, trarei algumas considerações sobre o modelo gerencial, o processo de trabalho destes profissionais, bem como o que pensam e sentem sobre o que fazem. O que terá a finalidade de aumentar a compreensão do contexto em que as suas ações de educação em saúde são desenvolvidas. Deste modo, ao se chegar ao penúltimo capítulo desta dissertação, o qual tratará das concepções e práticas educativas vivenciadas por esses sujeitos, haja um maior entendimento de quais as condições institucionais ou inerentes ao grupo que facilitam ou dificultam a incorporação da proposta municipal de educação popular em saúde.

Gráfico 9- Distribuição dos agentes de controle das endemias de Camaragibe segundo faixa etária.



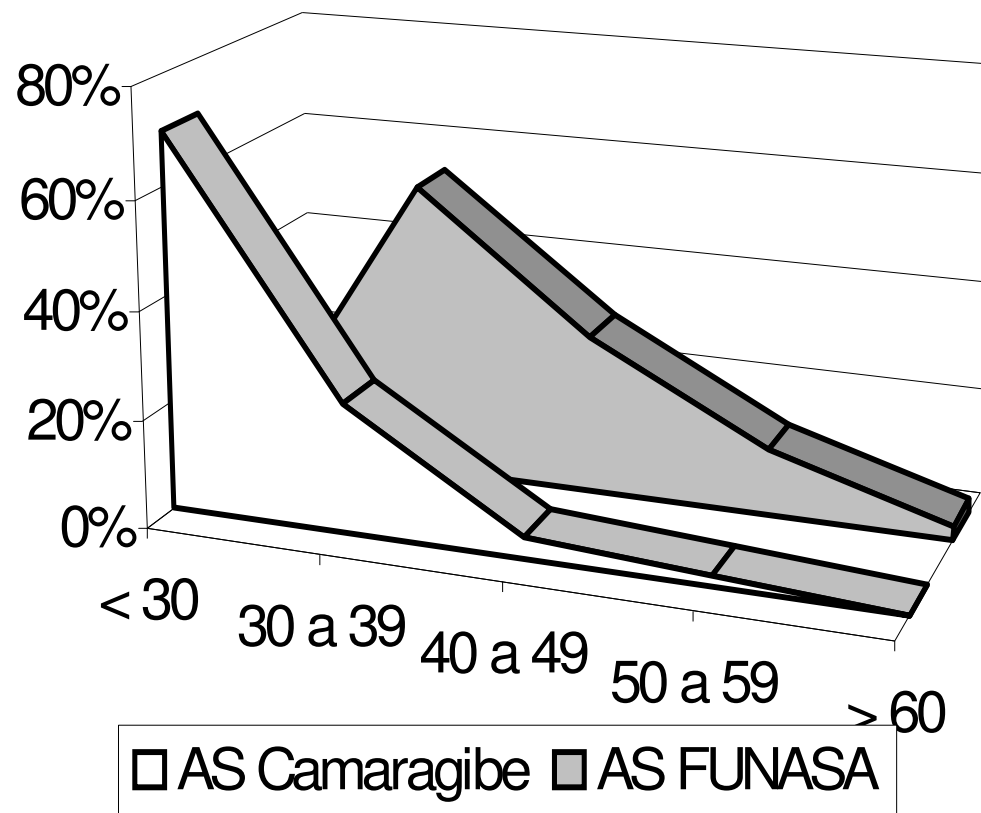
Fonte: DIEVIS/Secretaria de Saúde de Camaragibe.

Gráfico 10- Distribuição dos agentes de controle das endemias de Camaragibe segundo escolaridade.



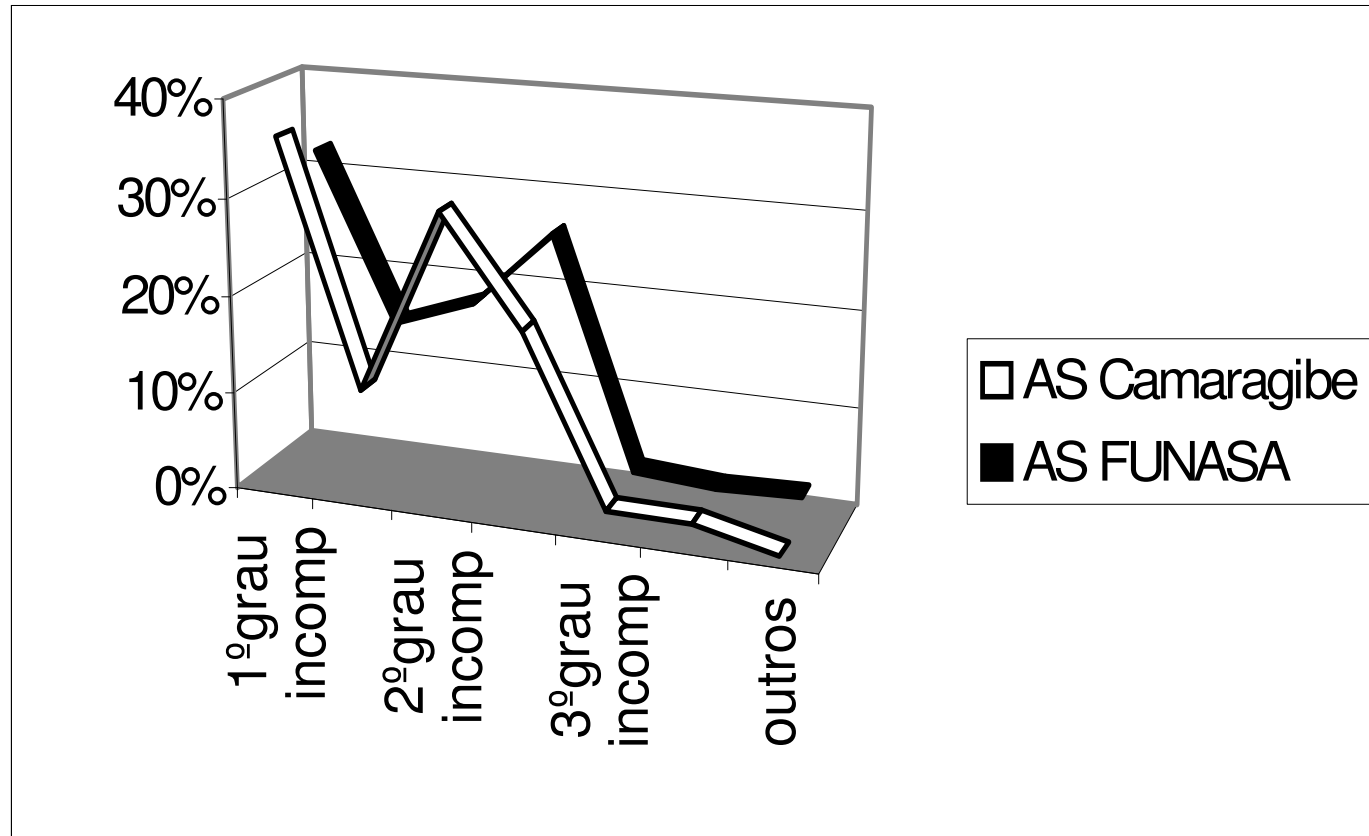
Fonte: DIEVIS/ Secretaria de Saúde de Camaragibe

Gráfico 11- Distribuição dos agentes de controle das endemias de Camaragibe e da FUNASA, segundo faixa etária.



Fonte: DIEVIS-SMS Camaragibe/Gurgel 1998.

Gráfico 12- Distribuição dos agentes de controle das endemias de Camaragibe e da FUNASA, segundo escolaridade.



Fonte: DIEVIS-SMS Camaaragibe/ Gurgel 1998.

Capítulo 8- GERENCIAMENTO, ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E A SUBJETIVIDADE DOS AGENTES DE CONTROLE DAS ENDEMIAS

Como foi visto no capítulo anterior é de fundamental importância conhecer a realidade de trabalho dos agentes para se ter uma compreensão dos limites e possibilidades de sua ação educativa. É neste sentido que este capítulo tem como objetivo apresentar o modelo gerencial de controle e organização do processo de trabalho destes, bem como a concepção destes atores da proposta municipal de controle das endemias. Para tanto, abordarei a organização do processo de trabalho e as concepções que estes agentes têm da proposta municipal a partir de uma visão geral desta, como também de suas principais inovações: a junção das equipes (dengue, controle de roedores, raiva e educação em saúde) e a sua distribuição territorial por microáreas (zoneamento).

8.1 Gerenciamento e processo de trabalho dos agentes de controle das endemias

O modelo gerencial do serviço de controle das endemias apresenta características da teoria Taylorista das escolas da administração, demonstrando elementos do modelo da FUNASA. Para tornar mais didática a compreensão de como isto se dá, busquei sistematizá-lo tendo como foco, a rotina de trabalho, os papéis institucionais destes, o controle e supervisão do trabalho e um dos instrumentos de gerenciamento que apareceu nos achados de campo com relevância: as reuniões. Esse modelo gerencial, como será visto, é um dos responsáveis pela não compreensão da proposta municipal pela maior parte dos atores envolvidos e pela desmotivação dos agentes no trabalho.

8.1.1 Organização das equipes e rotina dos agentes: um trabalho que mortifica a criatividade

Os agentes de controle das endemias estão distribuídos em 7 equipes e estão divididos por uma hierarquia funcional e salarial. Existem 08 chefes de turma (CT), um para cada equipe e um lotado no nível central. Os demais são os agentes de controle das endemias (ACEs) de campo. O quadro 7 demonstra a função destes.

A rotina dos agentes começa cedo, o horário é de 7:00 às 11:00 horas, retornam às 13:00 horas e largam às 17:00 horas, salvo as equipes de Aldeia e de Pontos Estratégicos que têm horário corrido, de 7:00 às 13:00 horas. Esta diferença de horário se dá pela dificuldade de locomoção destas equipes, por se tratar, na primeira equipe, de área de difícil acesso e na segunda, pelo peso da bomba costal que o com o passar do dia fica mais pesada.

Quadro 7- **Função dos agentes segundo o cargo que exercem.**

Cargo	Função
Agente de campo	inspecionar e tratar focos de dengue e ratos, identificar animais sem vacinação anti-rábica e orientar para a prevenção dos agravos durante as suas visitas domiciliares. Em casos de aumento da incidência ou de risco para Leptospirose e focos de raiva animal, desloca-se os agentes de suas áreas, para um mutirão de desratização e vacinação, respectivamente.
Chefe de Turma das áreas	supervisionar os agentes no campo, fazer o controle de faltas ao trabalho, consolidar os boletins de produção semanal e fazer a ponte com o nível central, encaminhando possíveis problemas e necessidade de materiais.
Chefe de turma de nível central	consolidar os dados trazidos pelos CTs das áreas; providenciar os materiais solicitados; resolver problemas trazidos pelos CTs ou encaminhar para gerência; apoiar e supervisionar os CTs e ACEs no campo.

As equipes não zoneadas se reúnem em um ponto de referência, onde os agentes pegam sua bolsa (de aproximadamente 4 Kgs), recebem dos seus CTs a orientação dos quarteirões em que irão trabalhar e saem para a área. Os que estão

“zoneados” passam no posto de saúde ou ponto de apoio, assinam o seu itinerário, pegam o material e vão para área.

Mesmo que o horário seja às sete, só iniciam os trabalhos nas residências a partir das 7:30 ou 8:00 horas. Alegam que se chegam muito cedo pegam toda rotina matinal das famílias, ou seja, as pessoas ainda tomando café da manhã, se preparando para a escola, para o trabalho e por muitas vezes ainda dormindo. Por conta disto, às vezes, recebem reclamações e até são insultados.

É comum ficarem reunidos conversando durante este período em que esperam a hora certa de iniciar os trabalhos nas residências. Parece ser um momento de descontração e integração da equipe. Alguns dizem que ficam brincando um com o outro. Um dos CTs assume esse momento como uma reunião informal da equipe visando a sua integração.

[...] é isso, eu gosto de promover esse papo de manhã cedo para integrar. Discutir, se tiver um problema de área, a gente discute. “ah, bicho meu trabalho está prejudicado por causa do teu...”, então, vamos nos organizar agora. Tem todo tipo de papo... se fala de mulher, se fala de futebol, de todo tipo de coisa. O imaginável e o inimaginável, rola todo tipo de papo. Acho que é legal, porque integra. (Informação verbal)¹

No final do dia, param as visitas domiciliares cerca de meia hora antes, preenchem os boletins de produção e guardam seu material em algum ponto de apoio. Durante a pesquisa, pude constatar que muitos deixavam suas áreas muito tempo

¹ Entrevista a um dos ACEs. (Robson).

antes de acabar o horário e havia denúncias de várias ausências no campo. A falta de um acompanhamento constante destes agentes no campo abre espaço para que assim possam agir.

Essa falta de acompanhamento contínuo, também propicia ociosidade durante o trabalho. Segundo relatos informais dos agentes, esta ociosidade aparece como uma herança cultural da FUNASA, o que pode parecer estranho, uma vez que esta instituição tem como característica o rigor no cumprimento do horário. Mas, segundo estes agentes, durante o processo de implantação do programa no município, parte dos CTs oriundos da FUNASA que iniciaram a coordenação dos trabalhos no campo, ficavam uma parcela de tempo considerável esperando os agentes retornarem das visitas sentados “na sombra,” no lugar de estarem realizando o acompanhamento das atividades dos seus agentes. Como veremos adiante, esta prática também foi relatada como presente em alguns dos CTs municipais.

Mas, esta ociosidade é também fruto de brechas abertas pela própria organização e estruturação do serviço. Muitas vezes há falta de material em campo e deficiência na sua reposição, seja pela ausência de transportes, seja pela carência de materiais² na própria prefeitura. Deste modo, os ACEs ficam expostos na rua às agressões verbais de outros profissionais, sobretudo, das ACSs. A exemplo disto, um dos ACEs relatou um caso em que foi exposto a esta agressão:

“Eu estava esperando material para fazer desratização, e o carro só chegava tarde [...] tinha uma ACS, que dizia todo dia ‘isso é que é vida boa.’ Ah, como eu queria ser endemias!” (Informação verbal).³

² Muitas destas dificuldades estão relacionadas a reposição de larvicida ou raticida o que se dá porque o primeiro depende da compra e distribuição pelo MS e o segundo, pelo seu alto custo que requer que sua compra se dê por processo de licitação.

³ Entrevista a um dos ACEs. (Alisson).

Por conta das constantes críticas dos demais profissionais da saúde, a ociosidade tem sido combatida, tanto pela gerência, como por eles mesmos, que vêem muitas vezes sua imagem maculada, acentuando a discriminação em relação ao grupo.

Outro agente, Cláudio, chama a atenção para o fato de que se houvesse um ponto de apoio, nestes momentos de falta de material nas áreas, eles poderiam estar agrupados produzindo algo. Estudar ou realizar reuniões educativas nos PSFs, são algumas das atividades que este agente sugeriu a gerência para serem desenvolvidas nestas situações. Mas, segundo o mesmo, esta o proibiu, alegando eles não tinham capacitação para desenvolver tais ações.

Uma outra característica marcante do processo de trabalho destes agentes é a automatização e repetição que gera um sentimento de monotonia e estresse.

“o pessoal cansou de fazer o mesmo trabalho” (Informação verbal) ⁴

Ele é um trabalho estressante, ele é estafante. Um trabalho de mesmice. Porque você encontra todo tipo de situação. Você encontra uma pessoa que conversa contigo legal, mas encontra um outro ali na frente, ou dois ou três que vão te tratar da pior forma possível. Te tanger de dentro da casa, estressa por causa disso. Estafa porque é uma coisa que você está muito só, está andando constantemente, está entrando, tu está saindo, dando teu pitoco, tu está subindo barreira, tu te cansa. Quando chega teu final do dia tu se deita num canto para levantar é complicado. A mesmice de você está constantemente fazendo esse trabalho. (Informação verbal).⁵

Essa “mesmice” do trabalho me levou a esgotar o acompanhamento dos agentes no campo em poucas visitas.

Ouso questionar se há uma relação entre a ociosidade e automação do processo de trabalho com o alcoolismo e a prática de se beber em serviço, presente entre alguns dos agentes. Até que ponto a predisposição ao alcoolismo, inerente ao

⁴ Entrevista a um dos ACEs. (Alisson).

manuseio dos organofosforados⁶ não é elevada diante desta situação? Como estes agentes ocupam este espaço de tempo? Como conseguem lidar com o trabalho desmotivante?

Alguns agentes, técnicos e gerentes falaram da presença na equipe de quatro agentes que são alcoolistas⁷ e a presença de vários que bebiam durante o serviço. Em algumas das conversas informais que tive com os agentes, muitos criticaram essa prática e a associaram a alguns dos antigos “guardas”⁸ da FUNASA. O que pode estar associada ao maior tempo que estes têm de exposição ao organofosforado, uma vez que seu tempo médio no serviço é de 10 a 15 anos na FUNASA (Gurgel, 1998), enquanto os agentes municipais têm, no máximo, 5 anos. A pesquisa, não foi aprofundada neste tema.

Como esta prática é facilmente detectada pelo CT da turma, parece também estar relacionada à forma como este desempenha seu papel. Um dos CTs chega mesmo a afirmar que ainda quando era agente de endemias no momento em que foi tirar as férias de um CT, os agentes desta turma tentaram corrompê-lo, convidando-o para tomar uma cervejinha paga por eles. Ele deixou claro que se pegasse alguém bebendo iria comunicar à Diretoria. Acredita que o objetivo destes agentes era tê-lo “nas mãos”, ou como dizem comumente, “ter o rabo preso”, pois, caso ele denunciasse algo eles teriam um álibi: “Alisson já me entregou, mas ele também bebe em serviço”. Este CT conseguiu que esta prática fosse eliminada da equipe, tornando-se o CT da turma. Posteriormente, foi descoberto que o antigo CT era quem bebia em serviço.

⁵ Entrevista a um dos ACEs. (Robson).

⁶ A este respeito, ler Gurgel, 1998.

⁷ Destes, um foi demitido e outro pediu aposentadoria.

⁸ Este é o termo usado pelos agentes quando se referem aos agentes de saúde pública da FUNASA.

Há também um respaldo cultural para prática do alcoolismo que extrapola os muros do serviço. Em relato durante uma oficina de capacitação, um determinado agente nos relata:

“Às vezes a gente chega na casa das pessoas, elas oferecem lanchinhos, café da manhã, até bebida e dinheiro.” (Informação verbal).⁹

O agente que relatou o fato, diz não aceitar a oferta, explicando que seu trabalho é um direito do cidadão, já pago com os impostos. Mesmo que não acreditamos que esta prática seja constante em toda a população, vale registrá-la.

Maria, veterinária do Núcleo de Vigilância Animal, ao comentar o seu descontentamento com o processo pelo qual as pessoas são desligadas da instituição, relata o caso em que um dos alcoolistas foi dispensado. Maria se posicionou contrária ao seu desligamento, preferia encaminhá-lo para um tratamento alegando que ao ficar desempregado, iria piorar sua situação.

Ninguém quer saber o por quê dele beber. Sempre dizia para ele: no dia em que o senhor me der uma causa justa para beber, eu sento junto do senhor e bebo também. Um dia ele me desabafou com os olhos cheios de lágrimas que havia visto sua mãe se queimar, suicidar-se na sua frente. (Informação verbal)¹⁰

Não há no município, nem no país, uma política de apoio e recuperação das pessoas vítimas do alcoolismo. Infelizmente, não aprofundi o tema na pesquisa, mas achei necessário registrar estes achados.

A mesmice do trabalho está associada à morte da criatividade no processo de trabalho e há uma forte relação dessa com o modelo gerencial adotado, em bases tayloristas.

⁹ Fala de Lúcio durante a oficina.

8.1.2 Controle e supervisão do trabalho dos agentes: a busca da captura do trabalho vivo

Para adequar a produção ao interesse da instituição de controlar os focos de endemias, adotaram-se as normatizações de controle de vetores da FUNASA. Estas vão desde a forma de abordar a comunidade, à direção espacial que se deve ter quando se entra nas residências e ao controle do número de casas a serem visitadas.¹¹

Enquanto o controle do trabalho dos técnicos é realizado apenas pela Secretaria de Recursos Humanos através do acompanhamento da batida do cartão no relógio de ponto, os agentes de controle das endemias têm seu processo de trabalho controlado pela produção apresentada, pela cobrança da pontualidade do horário e pela supervisão.

Gonçalves (1994, p.151), demonstra em seu estudo do processo de trabalho dos Centros de Saúde da Rede estadual de São Paulo, que o controle do processo de trabalho é diversificado em relação à divisão técnica do trabalho, ou seja, “aplicam-se com critérios e rigor diferentes a diferentes categorias profissionais”. Deste modo, os médicos sanitaristas realizam um “acordo entre iguais” com os “colegas” médicos consultantes, onde o cumprimento do horário acordado é barganhado pela ausência de uma supervisão (controle técnico) do seu trabalho. O autor mostra que o controle do trabalho é mais nítido em relação aos profissionais ligados aos serviços auxiliares de enfermagem. Ou seja, quem na

¹⁰ Fala de Maria, veterinária.

¹¹ Em Camaragibe esse número é menor por conta da incorporação dos outros agravos no processo de trabalho.

divisão racional do processo de trabalho situa-se na base da pirâmide, assim como os agentes de controle das endemias em Camaragibe.

Alguns problemas são evidentes diante da escolha desta forma de se controlar o processo de trabalho em Camaragibe. O controle regido pela produção pode gerar a produção “fictícia”, (contar casas que não foram visitadas, como se tivessem sido). O apontamento do dia coloca nas mãos dos CTs um grande poder que, se não for eticamente vivenciado, pode se traduzir em perseguições, abusos de poder e proteção.

A supervisão é realizada pelos técnicos e CTs de forma direta (acompanhando o trabalho dos agentes) e indireta (visitas posteriores as residências inspecionadas) e é precária por diversas razões.

A primeira razão diz respeito às dificuldades em exercê-la. No início da pesquisa, já começa a aparecer como causa o reduzido número de técnicos e a sobrecarga de trabalho do CT de nível central, mas com a incorporação de dois técnicos à equipe, o problema foi transposto para a dificuldade de transportes.

Há também uma indefinição do papel dos técnicos como supervisores. Um dos técnicos quando fala do que acredita ser seu papel, diz que deve estar atento a adequação técnica das atividades e não supervisionar os ACEs, isto deveria ser papel dos CTs, num movimento hierárquico descendente. Ou seja, “o Ct de nível central deve doutrinar os ACEs e CTs das áreas para as determinações dos técnicos e gerentes”.

Talvez nesse posicionamento haja uma relação com o caráter que a supervisão assume de fiscalizar a presença do agente no campo no lugar de se acompanhar a qualidade técnica do trabalho. Deste modo, o exercício da supervisão não exige qualificação técnica para a sua execução. E esta assume caráter

policialesco porque, além da influência do modelo taylorista (que como veremos estimula esta prática), as falhas que são encontradas no campo, são em sua maior parte, relacionadas à qualidade técnica do trabalho o que revela a necessidade de uma capacitação.

Foram encontradas várias situação de medo ao se referirem à supervisão. Um dos agentes, no momento da entrevista, relata o medo da supervisão passar e não encontrá-lo em campo.

Para a gerente do serviço a supervisão deve ter caráter educativo. Por que tanto medo de uma supervisão que pretende ser educativa?

As diversas falas acerca da supervisão, em sua maioria, se referem a uma prática policialesca, onde a principal dificuldade apontada pelos profissionais que a exercem (gerente, técnicos e CTs) é a falta de um poder maior de punição. O que é dado pela falta de uma normatização que uniformize as punições. Ou seja, a falta de critérios claros para as punições diante das transgressões gera uma faca de dois gumes. Se de um lado, abre espaço para negociações necessárias diante das intercorrências e complexidade da vida e evita perseguições e/ou usos abusivos de poder, de outro lado, pode acobertar proteção¹², bem como alimenta o poder dos gerentes e dos CTs, estes últimos no espaço mínimo de punição que têm: “zerar o dia do agente,” colocar falta.

Uma outra razão desse medo da supervisão é a fragilidade a que os agentes estão submetidos por conta do vínculo empregatício ser instável e pela falta de um espaço de defesa, mediado pelo diálogo.

¹² Nenhum dos entrevistados admitiu claramente haver proteções políticas, mas encontrei muitas transgressões graves que não foram punidas, como por exemplo, ameaça de violência aos técnicos. Vale também salientar que a pesquisa se deu em ano eleitoral e que, até então, os agentes não eram incorporados a instituição por seleção pública, como são as ACSs. No caso dos agentes, eles eram

O dia 14 de fevereiro de 2000 foi um dia bastante tumultuado no serviço. Era uma segunda-feira, muitos agentes revoltados nos corredores. A gerência havia dado suspensão para os agentes que apresentavam mais de cinco dias de suspensão ou de faltas sem atestado no ano anterior, o que representou um desconto de R\$ 43,00 do salário de cada um destes. O que deixou os agentes mais furiosos foi que a suspensão em massa se deu sem um único aviso ou conversa precedente. Quando chegavam em campo para trabalhar, escutavam do seu CT: “vai para casa que você está suspenso”. Alguns CTs nem sabiam o motivo da suspensão. Ao chegarem no nível central para se informarem do ocorrido, não encontraram a gerente, pois esta havia se ausentado para realizar um curso fora do município, o qual teria uma semana de duração.

Outros casos semelhantes foram relatados durante as entrevistas, alguns até em que o agente reconhece o erro, mas que reclama da forma como foi comunicado.

Para um dos CTs, no entanto, esse medo está associado aos que não estão realizando o trabalho corretamente:

Olha... é verdade, alguns acham ruim a supervisão, eu não acho. Aquela pessoa que trabalha correto, certinha, ela não tem medo das coisas. A supervisão não está ali para prejudicar. Ela quer ver seu trabalho. Quer ver também o retorno do seu trabalho [...] Não é nenhum bicho-papão. O Agente de Endemias tem a supervisão como um bicho-papão. Eu tenho ela como igualmente a nós. Só que ela quer ver nosso trabalho como o CT fiscaliza, o CT supervisiona o Agente de Endemias. E o supervisor supervisiona o CT e o guarda. (Informação verbal).¹³

Não é objetivo deste trabalho refutar a necessidade e o mérito das punições, mas questionar a forma como é delegada, pois, limites sempre são saudáveis e ainda vale ressaltar que o que está em questão é a saúde da

indicados por vereadores, lideranças comunitárias e profissionais de saúde, assim, como na maior parte das cidades da Região Metropolitana do Recife.

população. Assim, reconheço a importância da existência de instrumentos gerenciais que garantam a qualidade do trabalho desenvolvido e do empenho do agente. A qualidade do serviço prestado à população é uma de garantia da cidadania. Além disto, sabemos da dificuldade em gerir equipes de trabalho. Não existem gerentes, técnicos, CTs e agentes bons e outros maus. Existem seres humanos que ora se mostram mais ou menos motivados, desmotivados, compromissados, descompromissados, dedicados, não dedicados. Existem alguns que tiveram na sua história de vida a oportunidade de parar para refletir criticamente o significado de seu trabalho, outros não. Muitos dos agentes relatam que entre eles existem uns que estão lá porque gostam do que fazem, outros só pelo dinheiro, uns querem aprender cada vez mais, outros, só colocar o salário no bolso no final do mês. Há inclusive os que têm medo de ao realizar seu trabalho corretamente, acabar por completo com as endemias e ficarem desempregados. E no meio deste mar revolto de motivações e desmotivações, com certeza um dos fatores desmotivantes para quem “está fazendo o certo” é não ver nada acontecer com o colega que não o faz. E por conta disto, gerenciar dentro dessa complexidade é um desafio. O que questiono é que pela forma como esses limites são dados, gera-se uma incapacidade em se constituir um movimento educativo emancipador e uma falta de sensibilidade para compreensão do sentido e significados embutidos em todas as transgressões, o que poderia contribuir para redirecionar o serviço.

As relações educativas baseadas na coerção não conseguem perceber e desenvolver o potencial criativo e construtivo da história que essas pessoas detêm, nem tão pouco a consciência crítica da realidade em que estão inseridos. Os sujeitos envolvidos tendem a:

¹³ Entrevista a um dos ACEs (Flávio).

Gerar resistências por não se sentirem reconhecidos no processo e não reconhecê-lo.

Reproduzir estas relações, tanto na perspectiva de um agir automatizado, sem reflexão crítica que permite a recriação, como na perspectiva de reproduzir este agir nas demais relações que terão, assim como os CTs com seus agentes, os agentes com a comunidade. Dificultando, deste modo, a instalação de uma relação respeitosa e responsável com a população.

Desmotivar-se em decorrência de um trabalho não criativo e automatizador, contribuindo para um agir descompromissado e descolado da missão institucional.

Aceitar as regras, não por uma consciência crítica do seu papel no cumprimento da missão institucional, mas sim, por medo.

No gerenciamento Taylorista a supervisão é um instrumento que tem como objetivo fiscalizar o processo de trabalho para evitar que o produto final se distancie da expectativa institucional. Nesta concepção, é realizada de forma centralizada, assistemática, sem planejamento, com predomínio de um agir autoritário e policaresco e é exercido por um profissional hierarquicamente superior (ESSOUDRY, 1998). A “super visão” atua como se fosse um grande olho que conseguisse captar todas as transgressões e falhas no processo de trabalho. É um mecanismo que auxilia na captura do trabalho vivo e dos momentos de criação, em trabalho morto, automatizado, bem como alimenta as relações desiguais de poder nas instituições.

Dentro de uma visão mais flexível do gerenciamento, se busca construir uma nova forma de vivenciar a supervisão, a qual prefiro chamar de acompanhamento dos trabalhadores e de suas atividades. Nesta perspectiva, é

vivida de forma mais contínua, sistematizada e diversificada, onde o objetivo passa a ser o estar junto, detectar possíveis falhas e construir soluções conjuntas, baseadas nas relações dialógicas, cooperativas e de respeito mútuo. Deste modo, o que se espera é a melhoria da qualidade da obra realizada, através de um apoio técnico ao/a trabalhador/a respeitando os seus limites pessoais e estruturais. A aproximação da missão institucional do resultado final do trabalho é regido pela lógica da ética e da co-responsabilização. Dito de outro modo, uma supervisão que troque seu sentido de controle, pelo da responsabilização. Precisando, para tanto, ampliar suas ações e estratégias de modo que: incorpore dimensões subjetivas, compreendam os sujeitos envolvidos em seus limites e possibilidades, busque construir motivação e estratégias compactuadas (MISHIMA et al, 2000). Além disto, é importante também incorporar o prazer no processo de trabalho.

Não seria mais coerente com o discurso oficial da gestão de construção de políticas públicas participativas, uma supervisão que no lugar de fiscalizar, estivesse junto, acompanhando, dialogando, apoiando os agentes? Ou que as normatizações fossem elaboradas não mais no nível federal ou pela gerência, mas sim, pactuadas coletivamente e dentro das realidades vivenciadas pelos atores envolvidos?

Esse pareceu ser o desejo dos agentes, pois, a falta de supervisão no campo é sentida por alguns agentes, ora como expressão de falta de apoio institucional, ora como algo que dificulte a compreensão da realidade e dos problemas enfrentados por eles no campo. Na capacitação que teve como objetivo introduzir os agentes novatos na política municipal de controle das endemias e que foi realizada em março de 1999, os agentes me solicitaram que a capacitação fosse a campo, para compreender melhor a realidade em que passam. Nesta solicitação

estão embutidos vários significados. Um deles diz respeito às necessidades de um conhecimento mais técnico para a realização do trabalho, uma vez que não houve capacitação para a inserção destes agentes antes de irem a campo. Neste contexto, qual o sentido de se situar na missão institucional, de compreender os contextos macroestruturais da política de saúde do país e do município se sentiam necessidade de aprender a calcular a dosagem de larvicida, como conter um animal para vaciná-lo e tantos outros temas relativos ao cotidiano de trabalho. Há também nas entrelinhas deste desejo, a necessidade de serem escutados e de alguém que vá ao seu encontro com um olhar desarmado da crítica punitiva, alguém que vá para apoiar, buscar conjuntamente soluções e até para recuperar a ausência de capacitações técnicas. Enfim, há também o desejo de que as normatizações estabelecidas se dêem de forma humanizada, ou seja, dentro da capacidade destes. Um maior conhecimento da realidade vivenciada pelos agentes, a construção e pactuação coletiva, são caminhos importantes para tal.

Como vimos anteriormente, a supervisão dentro da ótica do taylorismo se configura enquanto um mecanismo coercitivo e que pretende a captura dos autogovernos, do trabalho vivo em ato, ajustando o processo produtivo ao desejado pela instituição. Mas, são nesses momentos, em que o trabalhador vivencia seu autogoverno, que se abrem fissuras no modelo instituído, dando possibilidade para a (re) criação e transformação tanto dos processos de trabalhos, como da missão institucional. Essas fissuras geram ruídos que demonstram as transformações e os movimentos de resistência (MERHY, 1997a). Por exemplo, posteriormente irei trazer o trabalho desenvolvido na região III que buscava romper com o modelo instituído e vivenciar uma integração com a USF e desenvolver ações educativas de caráter coletivo, o qual foi tido pela gerência como uma transgressão. No entanto, esta foi a

maior possibilidade encontrada nesta pesquisa da prática dos agentes aproximar-se da proposta de controle integrado das endemias e da educação popular em saúde. Outro fato que pode ilustrar esta situação é o desvendamento do significado das faltas de alguns agentes, que podem significar, entre tantas coisas, uma desmotivação pelo processo de trabalho repetitivo, sem criatividade e onde o resultado final do trabalho é desconhecido, o que deveria levar a necessidade de repensá-lo.

Merhy (1997a, 1997b), traz a importância de uma nova postura gerencial que permita o desenvolvimento da capacidade de escutar esses ruídos, identificando as transformações que trazem ao processo de trabalho, bem como sendo um agenciador destas rupturas. Assim, propõe o desenvolvimento de tecnologias gerencias analisadoras que busquem capturar e agenciar estes processos.

Há também importantes contribuições metodológicas no sentido de aumentar a participação dos trabalhadores e da população no planejamento, dentro de uma linha emancipatória e participativa (GALLO, 1995).

A educação popular em saúde alia-se a estas metodologias podendo também contribuir no resgate desses ruídos e na reorientação global dos serviços, tornando-os mais humanizados e aderentes às necessidades populares e dos seus trabalhadores. Isto se dá, porque utiliza metodologias que têm como base o diálogo, a problematização e a participação. Deste modo, facilita o estabelecimento de uma ação comunicativa entre os diversos atores sociais, potencializando a leitura crítica e criativa da realidade para o diagnóstico participativo e o planejamento estratégico (VASCONCELOS, 1999; RAUPP et al, 2001).

A essência destas metodologias se dão na perspectiva de construir, nos diversos movimentos cotidianos do trabalho, uma “práxis” que pede uma nova

postura dos gerentes e dos trabalhadores intermediada pelo diálogo. E diálogo, não é monólogo, significa trocar, escutar e falar. Predisposição para escutar, nem sempre é fácil, pois, nestes processos surgem críticas, expõem-se limites pessoais dos quais nem sempre se está pronta/o e aberta/o para percebê-los e/ou admiti-los. Para falar, é preciso construir uma relação de confiança que façam os sujeitos envolvidos no processo se sentirem seguros de que serão respeitada/os, valorizada/os nas suas opiniões e decisões. Estabelecer um processo gerencial mais democrático significa, portanto, partilhar poder e decisões.

São vários os momentos em que esse diálogo pode ser vivenciado, sobretudo, neste contexto político do município, o qual se guia por uma proposta participativa. A exemplo disto, Vasconcelos (1999) e Raupp et al (2001), demonstram como as reuniões, os trabalhos educativos e o planejamento guiados pelos princípios da participação, do respeito e do diálogo com os diversos saberes e atores sociais, podem reverter a lógica dos serviços, levando inclusive a sua reorientação.

Deste modo, as reuniões poderiam se constituir como um espaço privilegiado para esta vivência. No entanto, no serviço, quase inexistem e quando ocorrem, têm como objetivo adequar os trabalhadores as normatizações e acontecem distantes dos princípios de participação e diálogo.

8.1.3 As reuniões: seções de humilhação coletiva

A ausência de reuniões periódicas e de diálogo é apontado pelos agentes como um dos motivos pelos quais não se sentem reconhecidos profissionalmente e

como um elemento desmotivador e gerador da fragmentação e da incompreensão do processo de trabalho.

Os agentes ao se referirem às reuniões que têm com a gerência dizem, que “só se reúnem para serem malhados”. Quando um erra, todos levam a culpa. Aqui trago alguns trechos das entrevistas:

Flávio- *Quando a gente tem uma reunião é para malhar.*

Entrevistadora- *Vocês têm reunião para malhar, como assim?*

Flávio- *Para reivindicar alguma coisa que um fez, o outro fez. Enquanto o ideal era fazer uma reciclagem daquele que está fazendo aquilo errado, não juntar todo mundo e malhar o pau.*

Moisés- *Tem reunião. Tem vez que é só pra dar güelada na gente...*

Entrevistadora- *Dar güelada?*

Moisés - *Falar sobre o serviço da gente, tem gente que faz errado, fulano fez o serviço errado, aí vai reunião, mete o pau em tudinho. Chamava só o fulano que fez o serviço errado, né? Só ele mesmo, mas não, a não ser isso, não tem esse negócio pra ensinar não, não tem não.*

Essa prática gera um sentimento de revolta e mágoas por parte da equipe:

Tem vez que o pessoal diz coisa que magoa a gente. Coisas assim, quando tem reunião na prefeitura e o pessoal fala lá na frente para atingir todo mundo. Porque fulano fez isso, fulano fez aquilo. Agora não diz quem é. Poxa, aí me toca! Porque [...] se tiver aquele querendo botar o rebanho a perder, chama ele a atenção e conversa com ele. Se continuar, bota aquele que precisa. Não abrir a boca e atingir todo mundo. Ai fere, né? por isso que eu digo: **será que a gente não vale nada?** Tanto eu me esforço. Porque tem muita gente aqui que é esforçado. É aqui e em qualquer canto. Ai a doutora chega no auditório e diz com todo mundo: no meio aqui, tem laranja podre. Poxa! (Informação verbal, grifo meu).¹⁴

¹⁴ Fala de Nestor.

Em vários momentos da minha ida ao campo pude constatar essa prática. Foi a expressão do olhar destas pessoas durante uma destas “seções de malhação coletiva” que me ajudaram a encontrar um sentido para a pesquisa e aumentar a minha motivação para realizá-la. Dia 06 de março de 2000, durante a oficina de Desenvolvimento Institucional, pude viver um pouco desta angústia. Devido a ocorrência de um caso de raiva animal em uma área zoneada, a gerência tomou a palavra antes de os trabalhos começarem. Fez um discurso quanto à irresponsabilidade do ACE da área, sem citar a área ou o nome do agente. Questionou como numa área zoneada, podia acontecer um caso de um animal sem ser vacinado. E discutiu que viemos a terra para assumir papéis: de pai, de irmão e que ninguém está vivendo para brincar. Após todo este discurso me disse que eu poderia começar os trabalhos da oficina. Fiquei atônita! Perguntei se alguém gostaria de falar algo. Todos disseram que não. Insisti. Comecei a falar na existência de uma teoria que nos diz que o nosso corpo fala através de gestos e postura e que naquele momento, havia pessoas encurvadas, um dos ACEs até colocava a mão na boca, como se estivesse tapando-a. A impressão que me dava era que havia um desejo de se falar algo. Mas, talvez este sentimento não passasse de uma impressão minha. Perguntei o que eles achavam disto. O primeiro agente falou, depois ninguém mais segurou a turma. Foi um estopim de reclamações. Estas em sua maior parte se referiam ao peso que carregam por estarem em contato direto com a comunidade, sendo cobrados diariamente e a falta de apoio institucional. Entre vários exemplos que trouxeram, falaram de uma mobilização que realizaram nas suas comunidades para vacinação animal, a qual havia acontecido alguns dias antes desta oficina e que no dia faltara material. Por conta disto, até foram xingados pela comunidade. Ao serem questionados com quem eles dividiam tanto peso,

relataram que entre eles mesmos¹⁵. A facilitadora da oficina, cochichou no meu ouvido: “É incrível, o problema desta Diretoria é a falta de comunicação!”. Neste momento, percebi o quanto estas pessoas estavam fragilizadas e não tinham seu trabalho reconhecido, nem tão pouco apoio institucional para lidar com os problemas que enfrenta(va)m. Comecei a achar um sentido para a pesquisa.

Essa prática de humilhação coletiva aparece em seu ápice no momento em que a Gerência criou uma tábua dos bons e maus. A crítica a este modelo é realizada por vários agentes. Um deste diz ter chegado a colocar sua opinião:

Os que bebem, que saem da área, que chegam atrasado, são os maus. Os bons são os que têm a área perfeita, o que a gente sabe que não existe. [...]. Eu disse a eles *[a gerência]*: Olha eu acho que isso é negativo, porque só vai nos colocar em grupo um contra o outro, porque gera inveja, e outra coisa, a gente sabe que não é bem assim, falhas acontecem, todo mundo tem. Eu acho que ao invés de você fazer isso, você quer parabenizar, chama esse pessoal, foi legal, parabéns. (Informação verbal).¹⁶

Durante a oficina de Educação em Saúde realizada no período de 11 a 14 e 18 a 22 de dezembro de 2000, estas questões também vieram à tona, com uma expressão não esperada. Vale ressaltar que o momento era muito próximo da transição gerencial. Em seguida transcrevo parte deste relatório.

No início das oficinas os grupos expressaram certa desconfiança à proposta de trabalho, segundo os seus depoimentos teve como principais motivos:

- As reuniões realizadas em momentos anteriores, em geral, tinha por objetivo fazer os ACEs responderem por “falhas” em relação ao trabalho desenvolvido, não havendo espaço para falarem de suas dificuldades, idéias, sentimentos, ou contribuições.
- O tratamento dispensado pela gerência os faziam se sentir como incapazes, sem nenhum valor ou conteúdo, prevalecendo uma relação de desvalorização, humilhação e autoritarismo.
- As relações interpessoais eram difíceis e conflituosas, caracterizavam-se por um processo gerencial que destacava os “melhores” e os “piores”, aos primeiros eram reservadas premiações e aos segundos humilhações como medida de correção.

Resultado, os grupos trouxeram à tona num primeiro momento, sentimentos de desvalorização, desrespeito, descrédito e baixa auto-estima, devido as mágoas e ressentimentos decorrentes das pressões advindas das relações

¹⁵ Posteriormente irei aprofundar estas questões do apoio institucional para enfrentamento destes problemas.

¹⁶ Fala de Cláudio.

gerências e interpessoais de equipe. Ao se possibilitar um espaço de escuta, de diálogo, troca de saberes e experiências esses sentimentos emergiram numa intensidade não esperada. Assim, fez-se necessário reorientarmos o conteúdo programático e as vivências corporais para trabalharmos algumas questões que se mostraram relevantes as características e demandas dos grupos. Este fato foi mais marcante no primeiro grupo e tal experiência facilitou o andamento no segundo grupo. (CLEMENTE; CARVALHO; OLIVEIRA, 2001).

Há um distanciamento do papel do gestor como um administrador de conflitos e motivador do trabalho. Mishima (2000), chama a atenção para as características do papel gerencial de articulação e integração, na busca de objetivos comuns. Assim, o gerente se constitui como alguém que busca uma articulação interna da equipe, construindo relações de horizontalidade, administrando os conflitos internos, criando motivações e estabelecendo estratégias. Tem como desafio, portanto, superar a alienação advinda da fragmentação racional do processo de trabalho que gera uma hierarquização vertical e concentração de poder em algumas categorias profissionais. Para tanto, a autora propõe uma distribuição do poder e das decisões ao criar espaços mais democráticos. Ou seja, um processo dialógico, construído em acordos coletivos, que flexibilize regras no sentido de tornar o trabalho mais plástico as necessidades.

Pude vivenciar outras experiências que mostram a possibilidade concreta do gerenciamento nos moldes acima referidos. A exemplo disto, o Núcleo de Apoio Psicossocial¹⁷ de Camaragibe realiza semanalmente as “sagradas” reuniões da equipe. Nestas são discutidos os casos dos diversos usuários, o planejamento dos trabalhos, os informes, as questões de horário, dos problemas interpessoais da equipe. Não só garantem a qualidade do serviço e a integração da equipe, mas, principalmente, a vivência da transdisciplinaridade. É neste momento em que estão

¹⁷ Onde estive lotada de maio de 1999 a novembro de 2000, desenvolvendo trabalhos de arte-educação com usuários do Serviço de Saúde Mental de Camaragibe.

lado a lado os diversos profissionais (assistente social, auxiliar administrativa, auxiliar de enfermagem, educadora, psicólogo, psiquiatra, segurança) buscando construir uma horizontalidade que respeite a especificidade de cada saber e a clareza do papel de cada sujeito. O que Campos (1997) mostra como importante para se viver a transdisciplinaridade, sem no entanto, perder os saberes acumulados por cada especialidade: os núcleos específicos dos saberes.

No caso dos agentes essa falta de diálogo e reuniões periódicas promove ainda uma indefinição dos papéis institucionais de cada profissional, uma visão fragmentada do processo de trabalho, uma não compreensão das orientações técnicas, das dificuldades encontradas pela secretaria, bem como fecha espaço para a construção conjunta de soluções. O que também é constatado no depoimento dos técnicos:

[...] a gente não tem carro sabe? Eu acho que falta muita reunião, falta o diálogo entre a secretaria e a gente aqui, falta muito isso, falta o acordo assim, o combinar das coisas. [...] talvez dificulte a definição do meu papel aqui. [...] eu acho que devia ter mais reuniões onde a gente pudesse expor as dificuldades da gente, sabe? E até mesmo ouvir a dificuldade de lá. Talvez a gente esteja passando uma dificuldade aqui e que essa dificuldade não vem de lá de cima, do gabinete, vem no sei de quê, e a gente não sabe. Eu acho assim: que deveria ser colocado para gente o que está ocorrendo, as dificuldades que são encontradas lá, para que a gente também aqui não questione tanto a secretaria pelas falhas, entendeu? (Informação verbal).¹⁸

E na fala de outro técnico evidencia que na divisão racional do trabalho, cabe unicamente ao gerente pensar o processo de trabalho:

Entrevistadora- *Quais as principais dificuldades para exercer o seu papel?*

Joaquim- *Ah, Essa pergunta eu gostei!*

Entrevistadora - *Por que gostou? Não tem conversado sobre isso?.*

Joaquim- *Não. Veja só, eu acho que eu falo sobre isso para os colegas, sempre falo brincando, as vezes até brincando mas falando com aquele fundo*

de verdade. Espaço para você colocar suas opiniões, eu acho que interessa, mesmo você sendo apenas um técnico, eu acho que tem que haver espaço para os técnicos falarem.

Entrevistadora - *Você não se acha escutado pela instituição?*

Joaquim - *Não. [...] eu acho que [eu] poderia ser melhor explorado, a questão de até reuniões quinzenais, mensais, até para ver as atividades para, perguntar o que você acha das atividades? O que você propõe [...] acho que falta diálogo para isso. [...] Como técnico não ficou bem definido a minha atividade, até que ponto eu posso agir. [...] veja só, tem determinadas ações que quem define é a gerência é como: se vacina porta a porta, se não vacina porta a porta, pós-campanha essa questão. Então esse poder deveria ser analisado pelo técnico e esse técnico deveria ser ouvido e não acontece isso. Simplesmente, vamos fazer vacinação porta a porta, pra alcançar um número, eu não acho isso interessante. Interessante seria um chefe ou um gerente, ouvir os dois lados, entregar propostas. O que acontece é isso. Não se escuta. [...] Não existe argumentos. Eu acredito que um gerente apenas não tem que impor, tem de ouvir e argumentar tecnicamente, eu acho que falta isso, mas argumento pela gerência. É como se diz assim: é o seguinte você vai fazer assim: por isso por aquilo. É baseado tecnicamente? Eu aceito. Agora, quando você diz, eu quero fazer assim, aí já me deixa meio encabulado, meio restrito, sabe, me deixa como se diz? Desestimulado. Aceito opiniões contrárias, me provando que têm caminhos melhores, mas simplesmente “porque eu quero”, fica difícil.*

¹⁸ Fala de Maria, Técnica do Serviço.

Ao ser questionada a respeito desta falta de diálogo que fazem os profissionais se sentirem desestimulados, a gerente diz que em 1999 foram realizadas com a antiga secretária, reuniões, agente por agente, sem a sua presença. Não entende como dizem que não se sentem ouvidos.

Recentemente adotou a prática de reuniões rotineiras com os CTs e ACEs juntos porque começou a perceber que era normatizado algo e o CT no campo dizia outra coisa para a sua equipe.

Porque, também, tem turmas que é uma dificuldade de gerenciamento, que a gente tem que resolver. [...] por isso é que as reuniões da gente está sendo CT e agentes, porque a gente diz para o CT e o que a gente diz para o CT de um jeito e chega de outro. Aí diz, não, aí até mesmo de CT pra CT. Então, a gente tem procurado fazer o seguinte: reuniões de CT, com turma, e a gente vai voltar a fazer isso.¹⁹

Ou seja, a reunião não é compreendida, como um espaço de pactuar decisões, dividir problemas, buscar soluções e de fortalecimento da equipe. É tida como mais um mecanismo de captura do trabalho vivo, buscando um controle sobre todos os momentos do processo produtivo.

A gerente reconheceu, em sua entrevista, a inexistência de reuniões e alega a falta de tempo. O que se dava tanto pela sobrecarga de trabalho, uma vez que tem quadros enxutos (o que era agravado, na época, pois não havia o gerente de vigilância sanitária o que a fazia acumular o cargo de gerente da diretoria e da divisão) como pelo crescente número de tarefas e ações que o município vem assumindo neste contexto de municipalização. Deste modo, esta ação não conseguia ser rotineira.

“Ocorreu uma certa precariedade, também nas reuniões, eu nunca tinha tempo, na verdade, porque eram muitas coisas, sobrecarga. [...] Antes só tinha eu e CT de nível central, e só.” (Informação verbal).²⁰

¹⁹ Diretora da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

²⁰ Diretora da Vigilância Epidemiológica e Sanitária

Motta (1993), chama a atenção que muitos críticos da ausência de reuniões, quando assumem postos gerenciais se vêem sem tempo para realizá-las, pois, diante da complexidade das instituições e das atribuições gerenciais pela sobrecarga de trabalho interno e as necessidades de busca de financiamentos e de articulação externas, não resta muito tempo para a sua vivência.

Camaragibe no que toca o redirecionamento das atividades, trouxe uma grande contribuição para a história de saúde pública do país, ao buscar construir um modelo integral de controle das endemias. Mas, preservou o processo de trabalho fragmentado, alienado, burocratizado e regido pela lógica da produção e da supervisão. Campos (1997) se reporta a este modelo gerencial como a tradição da saúde pública. Deste modo, não se trata de uma questão pessoal da gerente,²¹ mas, uma causa estrutural dos serviços de saúde no Brasil. O que é potencializado diante dos ranços culturais existentes do modelo tradicional da Fundação Nacional de Saúde, do reduzido quadro de profissionais e da grande sobrecarga de trabalho.

Mas, o modelo gerencial não é o único problema para a implantação da proposta. Uma outra dificuldade, segundo a atual Secretária, é que a proposta ainda não está muito clara para os principais atores envolvidos no processo (os agentes de controle das endemias). Deste modo, é importante conhecer as concepções destes acerca da proposta municipal de controle das endemias.

8.2 Concepção dos profissionais quanto a proposta municipal

²¹ A respeito disto, vale registrar que esta, apesar da postura gerencial, sempre se mostrou com muita afetividade e movimentos de solidariedade. Por muitas vezes ela desabafou o quanto se sentia despreparada para lidar com muitas das situações que encontrava e que sentia necessidade de fazer um curso de gerenciamento que lhe aumentasse a habilidade nesta tarefa.

Com o objetivo de apresentar as concepções dos agentes de controle das endemias acerca do projeto de forma mais didática, agrupei-as em três aspectos: segundo a visão geral da proposta, da junção das equipes e do zoneamento. Em alguns momentos, também estarei trazendo a concepção do gerente e dos técnicos.

8.2.1 Percepção dos agentes sobre a visão geral que têm da proposta municipal de controle das endemias

Antes de definir o meu objeto de pesquisa tive a oportunidade de assessorar a DIEVIS para a elaboração de um projeto de capacitação continuada. Sugeri uma enquête para identificar as principais necessidades do processo de trabalho a partir do olhar técnico, como também as que eram desejadas pelos ACEs. Nesta enquête, a primeira constatação foi que para os ACEs, a visão da proposta era restrita à junção das equipes e que o serviço nunca conseguiu organizar o seu processo de trabalho de forma que na prática cotidiana tivessem uma clareza da proposta e a incorporassem.

Na fase das entrevistas, a visão geral da proposta municipal do controle das endemias para os agentes, na sua maior parte, foi fragmentada, chegando para um dos agentes estar ligada ao controle químico do vetor e a vacinação dos animais. São concepções que estão centradas no trabalho que os agentes desenvolvem e ligadas à sua prática cotidiana, não conseguindo visualizar as demais ações (articulação das ações de vigilância epidemiológica, assistência à saúde, educação em saúde e ações intersetoriais), ou quando muito, conseguem visualizar os principais eixos das ações de controle de campo.

Controlar as doenças com veneno? ²² Ela [a Secretária de Saúde] bota a gente para rua pra fazer o, tratamento da dengue, tem a vacinação de cães,

²² A pergunta realizada foi: O que a Secretaria de Saúde faz para controlar as endemias?

tem a desratização pra rato, e outras doenças mais. Aí eles colocam a gente na rua, pra combater ²³. (Informação verbal). ²⁴.

A proposta municipal, essa aí eu não conseguiria responder não, porque eu acho que é [...], pelo menos é o que a gente está vendo no campo, é o tratamento contínuo, a descentralização dos agentes, cada uma na sua [área], eu achei legal regionalizar, descentralizou os agentes para trabalhar tudo junto e começou a botar nas regiões. (Informação verbal). ²⁵

Cheguei mesmo a constatar que dois agentes não conseguiram responder qual era a proposta. Destes, um pareceu, na realidade, externalizar sua crítica ao modelo gerencial:

Eu confesso a você que... eu não sei. [Reforço a pergunta: Eles chamam de controle integrado de endemias.] Só que... vem para o lado de cá, para o lado da gente, que você fica sem saber o que na realidade a pessoa está querendo. Porque são tantos chefes, são tantas opiniões... e a gente não sabe a proposta de cada um, o que cada um defende. (Informação verbal). ²⁶

Apesar de afirmar não saber qual a proposta, no cotidiano, conseguiu articular controle mecânico do vetor, ²⁷ trabalhos educativos, de organização comunitária e articulação com a assistência à saúde local, ou seja, a Unidade de Saúde da Família de sua área.

Um dos agentes de sua área foi o único agente entrevistado que conseguiu ter uma visão mais ampla do controle das endemias, mas não conseguiu explicar como se dava na prática.

“[...] é uma proposta boa. Eu não sei, o que a gente ouve escutar, essa coisa de município saudável, proposta acho que é por aí mesmo, do município ter maior controle todos os setores de saúde.” (Informação verbal). ²⁸

²³ Essa visão está bastante ligada a sua prática cotidiana, pois, durante o acompanhamento no campo esse agente não realizou nenhuma orientação, restringiu-se a aplicar o larvicida.

²⁴ Fala de Moisés.

²⁵ Fala de Alison.

²⁶ Fala de Robson.

²⁷ Controle mecânico do vetor é uma prática preventiva que visa a eliminação dos vetores sem uso de produtos químicos, ou seja, evitando as condições propícias a sua reprodução, tais como tampar os recipientes de depósito de água e evitar a exposição dos alimentos a roedores. Este é portanto, uma ação que prioriza as ações educativas.

Estas concepções estão relacionadas à forma como o projeto foi implantado, sem discussões com os agentes e sem um projeto elaborado que tornasse claros os seus objetivos, as ações a serem desenvolvidas. Também faltou a previsão de que ocorreria resistências culturais na sua implantação. Esse processo ainda foi potencializado pela ausência de um trabalho de desenvolvimento institucional que refletisse com estes profissionais a missão institucional do serviço e os resultados do trabalho por eles realizado. Como consequência, esta falta de clareza da amplitude da proposta é também encontrada na fala da gerente que substituiu aquela que implantou o projeto, como também na fala dos técnicos, os quais ingressaram na secretaria após o redirecionamento do serviço. A única pessoa entrevistada que conseguiu se reportar a uma visão integral do controle das endemias que articulasse a vigilância à saúde, a assistência a saúde, ações educativas, intersetorialidade e as propostas de junção e zoneamento das equipes de campo foi a Secretária de Saúde, mesmo estando a menos de três meses no cargo.

No que toca às principais reorientações do processo de trabalho, a junção das equipes e o zoneamento dos ACEs, por estarem mais próximas do seu cotidiano, estes conseguem ter uma visão mais organizada e em muitos momentos, mais crítica.

²⁸ Fala de Cláudio.

8.2.2 Percepção dos agentes de controle das endemias sobre a junção das equipes de campo

Na primeira fase da pesquisa, momento muito próximo de sua implantação, havia muitas resistências à junção das equipes. Na primeira saída a campo, em fevereiro de 1999, um dos CTs reclamou que aumentou a sobrecarga de trabalho e que a única capacitação realizada foi muito “fraca” porque a linguagem dos professores foi “muito alta e difícil,” isto é, utilizando muitos termos técnicos, o que dificultou o processo de ensino-aprendizagem dos demais agentes.

A enquête realizada para subsidiar a elaboração do projeto de capacitação continuada demonstrou que a maior parte dos entrevistados desaprovava a junção das equipes, dada a sobrecarga de trabalho, o peso na bolsa ao carregar todos os instrumentos necessários, número insuficiente de pessoal no campo e ações como vacinação anti-rábica que são difíceis de serem executadas com apenas um agente.

A impressão que me dava era que os processos de trabalho, o estabelecimento da rotina, ainda não eram claros nem pela própria gerência do serviço. O que foi comprovado durante uma das reuniões com os técnicos, quando um destes trouxe algumas questões:

- trabalho integrado das endemias não seria prejudicial à produção de dengue? ²⁹
- Como se daria o processo de trabalho, o ACE sairia com material para dengue, desratização e vacina animal?
- A desratização que é feita por demanda e não por um planejamento, não levaria a um efeito bumerangue? Como seria realizada a desratização?

- A vacinação porta a porta não seria paternalista e não viciaria a população a não freqüentar a campanha nacional?

Estas questões, na época, foram reconhecidas como um processo de resistência dada a forte influência da FUNASA que este técnico tinha em sua formação profissional,³⁰ no entanto, foi um momento rico para se repensar a estruturação do trabalho de campo. Refletimos com os técnicos o processo histórico de construção da visão fragmentada do controle das endemias e seus impactos políticos. Como resultado desta reunião, identificou-se como maior problema a sobrecarga de trabalho e foi reforçada a necessidade da educação continuada. Diante disto, apontou-se como solução realizar um processo de capacitação, aumentar o número de agentes e diminuir a produção diária destes.

Ficou evidente que não houve um processo de construção coletiva para a proposta, a qual foi implementada de cima para baixo. Deste modo, o primeiro momento da capacitação continuada foi uma oficina de desenvolvimento institucional. A metodologia utilizada foi a da problematização da realidade e teve como objetivo construir uma pactuação de papéis e rotinas, diante da missão institucional. Para tanto, teve como eixo debater as políticas públicas de saúde no Brasil e em Camaragibe, o controle integrado das endemias e construir o perfil e papel institucional de cada profissional. Infelizmente, a organização do processo de trabalho e os papéis dos profissionais não conseguiram ser construídos em virtude da oficina não ter sido finalizada, dada a transição da gestão da saúde.³¹ No entanto,

²⁹ Referia-se a necessidade de que cada visita deve ter um retorno de 45 dias.

³⁰ Em sua entrevista este técnico relatou que teve uma forte influencia da FUNASA, onde fez cursos de formação, além disto trabalha em outro município em que profissionais oriundos da FUNASA estão coordenando os trabalhos de campo.

³¹ Como já foi descrito, esta oficina aconteceu no momento em que a Secretária de Saúde pediu sua exoneração e a facilitadora que iria trabalhar a pactuação de papéis, assumiu a comissão de transição.

acredito que após esta oficina, houve uma maior sensibilização dos agentes para a proposta, uma vez que na segunda fase da pesquisa, durante as entrevistas, visitas ao campo e capacitação de educação em saúde, era tomada por um sentimento que apesar das críticas, a resistência havia diminuído. Inclusive, neste momento, o agente que acompanhei em fevereiro de 1999 e que criticou a proposta conseguiu elaborar uma reorientação da organização do serviço em sua área, tornando o modelo de intervenção mais próximo do idealizado pela Secretaria de Saúde.³²

Nas entrevistas, apenas um agente não concordou com a junção das equipes e um ficou em dúvida. O primeiro traduz o impacto da implantação ter se dado sem pactuação com a equipe e da deficiência da capacitação, pois, para este a junção das equipes não consegue estar sensível para as habilidades de cada sujeito e há um comprometimento da qualidade técnica do serviço.

Eu acharia como estava, porque o pessoal da dengue é uma coisa, o pessoal da leishmaniose é outra. Porque o pessoal da dengue a maioria não teve treinamento, quando vai vacinar, eu vejo como é o método de vacinar. E muitos da dengue não gostam de vacinar, eles não gostam, eles têm medo dos animais. Tremem com o material na mão. [...] se fosse eu dizia assim: botar um fulano em cada setor. Fulano se destaca melhor fazendo isso, então, fulano vai progredir, vai dar mais produção fazendo isso. Então, eu boto fulano fazendo assim. (Informação verbal).³³

O sentido contido na fala do agente que ficou em dúvida se a junção da equipe é algo benéfico para o serviço, pode expressar um momento de transição cultural, onde o modelo da FUNASA, tanto ainda é uma referência tecnológica, como também algo a ser evitado. Ao mesmo tempo que sente falta de algumas equipes específicas, como a da escada, por outro lado, teme o trabalho “bitolado” da FUNASA.

³² O que, como já dito, será visto no capítulo 9.

³³ Fala de Boy.

Para este agente, poderia ser bom trabalhar uma só endemia, mas desde que houvesse acesso a capacitações de outros agravos. Reconhece a possibilidade da incorporação das novas atividades oriundas da junção das equipes, diante da diminuição da produção e organização do serviço em dias diferentes e vê como vantagem a construção de um olhar mais global para as questões de saúde e uma maior aproximação com os resultados do trabalho.³⁴

“Então, a vantagem é que você está trabalhando todas as doenças, está vendo o problema da população, você vê o retorno do trabalho”.
(Informação verbal).³⁵

Os demais agentes aprovam a proposta, mas ressaltam a impossibilidade de que as ações sejam realizadas ao mesmo tempo. Mas, sendo possível ao realizar o tratamento da dengue, olhar a condição do animal, diagnosticar a presença de roedores e orientar para a prevenção.

Destes, um agente, apesar de ter elogiado a proposta como um todo, questionou a capacidade de se estar resolvendo o problema da dengue.

será que está conseguindo combater a dengue? Porque o agente de saúde está fazendo tanta coisa, uma semana ele faz desratização, outra semana faz dengue. E quando você vai ver tem um pouquinho de cada coisa e não trabalhou integral [se refere ao cronograma de 45 dias que devem ser cumpridos no retorno da dengue]. Também eu não tenho mais números.[...] a proposta é boa, mas... (Informação verbal).³⁶

Ainda ressalta algumas dificuldades inerentes ao número de boletins para serem preenchidos e a quantidade de material a ser carregado. Aponta como solução: aumentar o número de agentes, diminuir a produção, trabalho realizado em duplas e reorganização do serviço para que fosse realizado em dias diferentes.

³⁴ Na entrevista deste agente ele traz como uma das desmotivações do trabalho com a dengue o resultado lento e a pouca adesão da população às orientações dadas. Já outras ações ligadas à vacinação e desratização são mais motivantes, pois, nestes casos se vê com mais nitidez a adesão da população às orientações ou o resultado final do trabalho (a população levando seus animais para a vacinação e a diminuição imediata da população de murinos).

³⁵ Fala de Flávio.

Na visão dos técnicos a junção da equipe ora se apresenta como uma facilitadora na detecção de outros agravos, ora com a vantagem de formar “multiprofissionais” em endemias, mas todos vêm como a maior dificuldade a falta de capacitação que faz com que façam muitas coisas, mas não as façam bem feitas. A gerência diz ainda não ter dado tempo para os agentes serem capacitados em todas as endemias. Vale ressaltar que a junção das equipes foi realizada em 1998 e a entrevista realizada em setembro de 2000.

Todas as razões da resistência e crítica à proposta expressas tanto na fala dos agentes, como dos técnicos, são bastantes pertinentes, mas não a inviabilizam. Como a educação popular em saúde se guia pela leitura crítica da realidade intermediada pela participação dialógica, poderia ter contribuído tanto para detectar estes limites, como para se buscarem soluções conjuntas, a partir dos limites e possibilidades dos sujeitos sociais envolvidos no processo e da instituição.

Apesar do discurso da maior parte dos agentes ser favorável à junção da equipe, na prática cotidiana é pouco incorporada. Dos cinco agentes que ao mesmo tempo foram entrevistados e acompanhados ao campo, só dois estiveram atentos à questão da dengue, da raiva animal e da leptospirose. Dos cinco acompanhados sem entrevista, apenas um conseguiu realizar o tratamento focal da dengue e observar as condições de roedores. Um dos agentes conseguiu incorporar à visão de seu CT de controle mecânico do vetor, mas não incorporou as demais endemias.

Na realidade, o serviço anda a reboque do controle da dengue e as atividades de controle das demais endemias acontecem esporadicamente, como por exemplo: a vacinação anti-rábica durante os tratamentos de focos e campanhas

³⁶ Fala de Alisson.

semestrais³⁷ e a desratização nas épocas de chuva ou por solicitação, mas sem articulação de trabalhos comunitários prévios ou com a limpeza urbana.

Deste modo, prevalece a utilização de produtos químicos no ambiente e o trabalho repetitivo:

Eu acho que é positivo, Verônica, agora eu acho que deveria ser organizado de outra forma. Por exemplo, eu faço combate a dengue em 99,9% do meu tempo. Mesmo que eu passe nas casas com problemas de ratos, de vacinação eu só estou fazendo dengue, porque é uma determinação que vem da secretaria para a gente. Sempre foi assim. Eu acho que deveria ser mais organizado na questão assim, digamos: segunda, terça e quarta você faz combate a dengue, na quinta você faz desratização onde há necessidade. Na sexta você faz vacinação onde tem necessidade. Você ter dias também, para diversificar o trabalho, porque você fica muito... [não finaliza]. (Informação verbal).³⁸

Alguns agentes também relatam que a própria secretaria determina que eles só trabalhem com a dengue:

Agora no meu caso é desvantagem trabalhar com os três³⁹. Eu passo um mês trabalhando com a dengue, mas naquela casa que passei tratando a dengue tem rato e eu não posso fazer, porque não posso fazer as três. [pergunto: Mas não pode fazer por quê? Quem que determina isso?] A Secretaria de Saúde. Sempre foi assim. (Informação verbal).⁴⁰

Aqui pareceu-me que ainda não havia clareza de como organizar o processo de trabalho e o fluxo da informação gerada pelos agentes quando notificam a necessidade de vacinação animal e desratização, pois, existem alguns critérios técnicos que demandam alguns cuidados.

A identificação de animais não vacinados tendo como encaminhamento a realização da vacinação animal domiciliar pode ocasionar uma acomodação da população quanto a levar seus animais para as campanhas nacionais de vacinação anti-rábica animal. No entanto, diante da alta reposição canina a espera da

³⁷ O município adotou a prática de campanhas semestrais por conta da alta reposição canina, da falta de apreensão regular dos animais e do crescente número de casos de raiva animal.

³⁸ Fala de Cláudio.

³⁹ Este agente é chefe de turma de uma das áreas não zoneadas e que na época da pesquisa tinha um número insuficiente de agentes.

campanha anual não é recomendada, principalmente, pela altas taxas de raiva animal do município. Deste modo, seria necessário dispor de um serviço que ofereça a vacinação durante o ano, tais como postos fixos periódicos e descentralizados. Esta é uma proposta que foi elaborada desde 1997, mas nunca foi implementada.

A desratização, caso não seja realizada com critérios técnicos, pode ocasionar um efeito “bumerangue”, ou seja, a população de roedores é diminuída, mas, elimina-se o controle natural pela competitividade entre a espécie. Caso não haja eliminação das fontes de alimentação dos roedores, tais como o lixo mal acondicionado, no momento em que acabam as iscas, ocorre o efeito inverso, há aumento da população murina por falta de competitividade. Além do mais, questiona-se cada vez mais os desequilíbrios ecológicos, tais como invasão de cobras, dada a ausência de suas presas, os roedores. Fato acontecido no município.

foi um trabalho que a gente fez aqui, que surtiu efeito. Foi uma doidera que a gente fez. A gente identificou ratos, de onde saíam, a gente passou praticamente uma tarde inteira vigiando de onde saíam esses ratos, eu e um companheiro da equipe. Ele tem muito de cientista louco, sabe? Aí a gente passou a tarde monitorando isso, onde eles entravam e de onde eles saíam, pra onde eles derivavam. A gente trabalhou aquela área de onde eles saíam e esperou para ver o resultado. Só que surtiu o efeito que a gente não pensava que ia surtir, que era praticamente um genocídio da espécie ali, naquela área. Então, acabou-se o rato. Tinha a presença da cobra, na doidice da gente, não pensava na questão ecológica, entendeu? [...] e a gente esqueceu as cobras e elas começaram a invadir as casas. (Informação verbal).⁴¹

Com a junção das equipes estes dois agentes se sentiram responsáveis pelos problemas decorrentes de ratos na comunidade e buscaram uma solução engenhosa. Mas, a falta de apoio institucional, agravada pela falta de diálogo com os técnicos, não permitiram que ocorresse uma melhor avaliação técnica da ação. Essa falta de reconhecimento profissional leva alguns desconsiderarem o saber dos técnicos, como talvez um mecanismo de elevar a sua auto-estima, ampliando, deste

⁴⁰ Fala de Flávio.

modo, o fosso existente entre gerentes, técnicos e agentes. Mas, vale ressaltar que não só foi a junção da equipe a responsável pela ampliação da intervenção destes agentes. Esta ação também foi movida pelo desejo de cuidar do lugar onde se mora e o conhecimento da localidade, resultados advindos do zoneamento (territorialização) da equipe.

8.2.3 Percepção dos agentes de controle das endemias sobre o zoneamento da equipe

A distribuição dos agentes em microáreas, o zoneamento da equipe é percebido pela totalidade dos agentes e técnicos como algo positivo. As únicas críticas feitas ao processo dizem respeito à supervisão do trabalho no campo. Na perspectiva dos técnicos pela dificuldade em achar os agentes, uma vez que ficam muito soltos, pois mesmo havendo um roteiro diário de cada agente, tem-se encontrado dificuldade em achá-los no campo. Na perspectiva de um dos agentes, dada esta dificuldade de ser achado no campo, teme o risco de não ser encontrado pela supervisão e se prejudicar com as punições.

Mas, o que está presente em todas as falas é que permite criar um elo do agente com a comunidade, diminuindo as recusas ao tratamento,

Porque o agente de saúde de endemias está começando a ter uma relação na casa que as agentes de saúde têm, de confiança. Então, poxa, hoje eu passava aqui, aí era uma barreira para o cara me atender [*ele poderia pensar*]: ‘Sei lá, será que esse cara aí com essa bolsa não é um ladrão? Será que não vai me roubar?’ Aí eu nunca mais passava aqui, porque me botavam para trabalhar no Bairro dos Estados, era outra barreira. E hoje, não. Eu fui fazer desratização em João Paulo II e o menino que trabalha na área foi muito bom. Ele nem precisava falar mais, teve um tempo que ele já

⁴¹ Fala de Robson.

estava chegando assim: oh, dona Maria, hoje eu vim matar os ratos. (Informação verbal).⁴²

“Eu acho bom porque você já conhece a localidade onde você mora, já conhece às pessoas, tem mais intimidade, fica mais fácil de trabalhar.” (Informação verbal).⁴³

O zoneamento também aumenta a responsabilidade do agente pela sua área. A delimitação da área de cobertura que corresponde a cada agente aumenta a capacidade de cobrança da supervisão. Esta delimitação, também gesta-se um sentimento de se estar cuidando da lugar em que se mora.

Você está sozinho no bairro, problema é seu, o que acontecer no bairro é claro que todo mundo vai saber que foi você. Foi o agente de endemias, ele trabalhou aqui, então foi ele. E no caso trabalhando que nem de primeiro a gente trabalhava com oito homens, um fazia uma besteira aí todo o mundo levava a culpa, está entendendo? E agora não, zoneado, fez uma besteira na área, já sabe quem foi, foi fulano. E de primeiro não, todo o mundo levava a culpa. (Informação verbal)⁴⁴

A territorialização impacta também as condições de trabalho, evitando o estresse e o gasto de transporte com o deslocamento.

Até seis e meia eu ainda estou na cama. Olha que é só eu me vesti, tomar café, escovar os dentes, tomar um banho e vim para cá. [...] Almoço em casa tranquilamente.” (Informação verbal).⁴⁵

Como fruto desta aproximação com o cotidiano da área trabalhada, há uma maior compreensão da dinâmica, dos problemas e possibilidades locais, potencializando o trabalho e facilitando a visão integral do processo saúde-doença. O que de um lado contribui para a incorporação da proposta da junção das equipes e de um outro lado, para a articulação de atividades educativas nos espaços coletivos da localidade.

Principalmente quando tinha aquela epidemia de dengue, a gente foi convidado pelo colégio, ou a gente era convidado, ou a gente se convidava,

⁴² Fala de Alisson.

⁴³ Fala de José.

⁴⁴ Fala de Moisés.

⁴⁵ Fala de Cláudio.

falava com a diretora para fazer palestras à noite [pergunto a quanto tempo] depois que a gente foi zoneado. (Informação verbal).⁴⁶

A distribuição dos agentes por microáreas também potencializa as ações de mobilização e organização comunitária. Um dos agentes relatou sua atuação como delegado do orçamento participativo, buscando convencer a comunidade da importância de se canalizar um rio que durante as chuvas, trazia muitos incômodos para a área:

A questão do delegado [do orçamento participativo] a gente também trabalhou, aí eu me aproveitei do meu trabalho de agente de endemias para caminhar, andar, conversar com as pessoas e ver as dificuldades... eu moro aqui a 28 anos. Eu sei quem joga lixo... [...] Tinha a questão do Rio das Tintas que quando chove, alaga. Aí o que é de rato, de cobra e essas coisas saem e migram para dentro das residências. [...] [estava convencendo as pessoas] sobre a vantagem que seria esse rio canalizado. Como eles poderiam participar... (Informação verbal).⁴⁷

Essa inserção contínua nas residências consegue dar maior visibilidade do trabalho dos agentes, bem como criar laços mais sólidos e efetivos com a comunidade. Assim, o agente começa a se constituir um importante elo entre o serviço e a comunidade, como se corporificassem o poder público que consegue não só dar acesso, mais entrar nas residências e cuidar. Mas, também começam a ser referência na comunidade para os problemas que esta enfrenta. Como resultado, também absorvem cobranças da comunidade no momento em que outros acessos não são atendidos. Pude presenciar, em várias ocasiões, a comunidade transferindo para eles os descontentamentos decorrentes dos vários não acesso aos bens de consumo coletivo (do saneamento ao acesso a USF). O que também aparece nas suas entrevistas:

Porque a pessoa que trabalha na área é responsável por tudo. Se a senhora trabalha numa área, todo mundo vem cobrar à senhora, eu não tenho explicação para estar dizendo, vem hoje, vem amanhã. Se disser que

⁴⁶ Fala de Nestor.

⁴⁷ Fala de Robson.

não tem, aí o pessoal começa a reclamar. 'é porque o prefeito criança é isso, porque eu não sei o que'. (Informação verbal).⁴⁸

"Aqui não, na favela eu sou mas rejeitado, [...] A turma reclama muito com o prefeito. Tem negócio lá de lixo podre, fala muito. [...] eu digo eu não tenho nada haver não, eu estou fazendo o meu trabalho." (Informação verbal).⁴⁹

Algumas vezes, ao se depararem com estes problemas que fogem de sua responsabilidade, os agentes se sentem "em um mato sem cachorros", como é encontrado no relatório da oficina de Sensibilização:

Diante de tais pressões, algumas vezes eles acabam levantando expectativas irreais à população, ao divulgarem ações que não foram definidas pela Prefeitura. O que pode repercutir desfavoravelmente em relação a esta e ao próprio agente, pois contribui para o descrédito de ambos junto à população. (CLEMENTE et al, 2001).

Alguns agentes durante as oficinas e no acompanhamento no campo relataram um sentimento de raiva e frustração diante de ações que são planejadas, demandando mobilização comunitária e no momento de serem realizadas, não acontecem por algum motivo infra-estrutural (acaba o raticida, a vacina que não chega, o carro que quebra). Por morarem na área, essas cobranças chegam no seu espaço privado, em suas casas. Certamente não chegará na casa de um técnico, de um gerente, de um Secretário. Deste modo, a responsabilização é aumentada, o que em algumas ocasiões chega a ser uma cruz difícil de ser suportada.

Muitos agentes relataram o prazer em trabalhar com a comunidade, em atender suas demandas. Como esses agentes se sentem diante da impossibilidade de resolver os problemas da população?

Pude perceber que o senso de responsabilização pela área e as situações em que se deparam e não estão preparados para resolver, lhes dão um

⁴⁸ Fala de Nestor.

⁴⁹ Fala de Moisés.

sentimento de impotência. O que em vários momentos me levou a lembrá-los que eles não eram super-heróis.

Cláudio- *Por exemplo, [...] a gente ficou voando a semana passada. A gente foi chamado ali na garagem, e quando chegou lá era para tratar de morcegos, e o que a gente sabe fazer de morcegos? Nada. [...] Eu sei que existem trabalhos feitos com morcegos: existem venenos, formas de se pegar o morcego, passar veneno nas costas... Mas, a gente não faz isso. Cobra também, a gente tem áreas que são infestadas de cobra. Mas que se eu ver uma cobra dentro de uma casa, pode ter certeza que eu vou ter mais medo do que todo mundo.*

Entrevistadora- *Você não é super homem, não é? Tem limites.*

Cláudio- *É.*

Também há situações em que há uma divisão do sofrimento e dor cotidiana. Em visita à Região IB que ainda não está zoneada, o simples movimento de olharmos o perigo de uma barreira, foi a ponte necessária para a moradora falar do seu sofrimento nas noites de chuvas e os demais que permeavam sua vida naquele momento: o filho desempregado, como se vira com a pensão de um salário mínimo, os remédios que têm que comprar, a neta que tem que sustentar...

Ao acompanhar um agente da área III, chegamos em residência onde um senhor que estava com um quadro terminal de doença crônico-degenerativa, falava chorando que estava morrendo. Ao perguntar ao agente como ele se sentia neste momento, ele me responde: “Fico triste, mas aí a gente tem que buscar força para poder passar para eles”. A sensação que tive foi que ao ver tanta juventude e vida nos rapazes, o velho se despedia da vida, ou quem sabe até, quisesse puxar para si um pouco mais de vida. Nesta mesma residência, ainda se encontravam a sua

esposa e duas filhas, todas falavam quase ao mesmo tempo, como se diante de tanta dor e carência (falta de esgoto sanitário, de coleta de lixo, de ambulância, de água, e uma infinidade de tantas outras misérias cotidianas), soltavam um grito de existência, “nós estamos aqui, nos escutem!”.

Flávio me relatou um caso de Leptospirose que ocorrera em sua área. Tratava-se de um vizinho que nenhum profissional conseguiu convencer a se internar. Este agente conseguiu convencê-lo através dos laços afetivos que já tinham. Mas, infelizmente, o rapaz foi tarde demais para o hospital. Morreu no mesmo dia. Perguntei como ele se sentiu, a resposta foi interrompida quando seus olhos encheram-se de lágrimas.

O serviço ainda não conseguiu perceber que estes profissionais que cuidam da saúde da comunidade também precisam ser cuidados, pois absorvem os problemas desta. Deste modo, os agentes de saúde, além de não contarem com o apoio institucional necessário para lhes prepararem para estas situações, esbarram em uma estrutura organizacional enrijecida pela obsessiva busca de uma produtividade a ser cumprida e pela criação de normatizações, rotinas rígidas e supervisões. Mas, as necessidades da realidade vivida no cotidiano, exigem uma flexibilidade que quando atendida por estes trabalhadores, os levam por muitas vezes, a se enquadrar perante a instituição como transgressores, pois, o que a vida cotidiana nas comunidades lhe pedem, nem sempre se enquadram nesta rotina perseguida pelo modelo gerencial, como, por exemplo, a normatização de como deve ser uma visita domiciliar.

Nestes momentos, há uma demanda do agente inesperada pelo modelo gerencial adotado: a de entrar em contato com a subjetividade do/a “outro/a”.

E quando essa sensibilização atinge um trabalhador que já tem na sua história pessoal envolvimento com algum movimento “em defesa da vida”, pode redirecionar este agir rumo a uma atuação também político-organizativa. O chefe de turma na Região III da cidade, mesmo antes de sua inserção no programa, já desenvolvia trabalhos comunitários e começou a desenvolver projetos de reciclagem e destino adequado do lixo, conjuntamente a alguns PSFs de sua área e ao departamento de Educação em Saúde do município. Mas, foi duramente criticado pelo serviço.

Vale ressaltar a coragem de Camaragibe de reorientar o seu modelo de intervenção no controle das endemias, no que toca à busca da junção das equipes de campo e sobretudo, na sua territorialização. Esta última traz a potencialidade de construir-se efetivamente e afetivamente vínculos com a comunidade, horizontalizar as ações de controle a nível local com a assistência à saúde (USF) e promover a interação com escola e entidades representativas, tais como associação de moradores. O que pode facilitar também o planejamento participativo intersetorial, abrindo mais um canal de participação e controle popular.

No entanto, a forma como o serviço organizou seu processo de trabalho impede que muitas destas ações não se concretizem. Além disto, alguns aspectos do serviço podem comprometer seu poder de resolutividade diante da dengue, raiva e leptospirose, principalmente quando se trata de questões de qualidade técnica e organização do serviço, as quais não foram objetivo deste estudo, mas que não podem deixar de serem citadas. Este comprometimento diz respeito, principalmente, à orientação do tratamento de focos de raiva, ao planejamento desordenado da desratização e ao cumprimento do retorno do ciclo da dengue dentro do período

necessário. No entanto, não são fatores que inviabilizam a proposta, mas que leva a necessidade que algumas intervenções gerenciais sejam reavaliadas.

Muitas destas questões já poderiam ter sido superadas, casos houvesse ocorrido com os técnicos e agentes uma construção coletiva da reorientação do modelo de controle das endemias. Algumas ações podem recuperar este tempo perdido, principalmente, no momento em que:

- diálogo com técnicos, Chefes de Turma e agentes de campo for aberto na busca de soluções técnicas com viabilidade em cada realidade específica das microáreas,
- Os investimentos institucionais na capacitação e formação dos seus profissionais estiverem se dando de forma contínua e sistematizada, assim como diz a atual secretária de saúde ser uma das prioridades de sua gestão.
- caráter das reuniões e acompanhamento dos agentes no campo for modificado, de forma que estes instrumentos do gerenciamento consigam estar permeados por uma atitude de escuta, respeito aos saberes e partilhamento de poder de decisão. Tornado-se uma ferramenta gerencial para o planejamento participativo e comunicativo, dentro de uma vivência transdisciplinar e de co-responsabilização.
- número de agentes seja suficiente para a cobertura de 100% do município e que estes tenham uma verdadeira redução na produção diária, o que já está previsto com a incorporação dos agentes que atualmente trabalham com o projeto de diagnóstico da esquistossomose.
- A informação e seu fluxo estiverem organizados na reorientação do controle de animais sem vacinação (o que pode ser conseguido com a implantação de postos fixos de vacinação em dias preestabelecidos na comunidade) e no

controle de roedores, não só realizando um planejamento técnico coerente, mas também se inovando com ações intersetoriais e com ações educativas sistemáticas. Assim, como foi encontrado na microárea estudada que se deu em articulação com as organizações civis e com a USF.

- A integração dos dois programas, de saúde da família e de controle das endemias for vivenciada de forma legitimada pela SESAU.
- Privilegiar o controle mecânico, quando possível, com capacitação e acompanhamento técnico no campo, utilizando-se em proporção cada vez menor a utilização de venenos. O que requer, um resgate do papel de educador do agente.

Talvez seja esse papel de educador, o que realmente pode diferenciar e reorientar o serviço. Mas, como a educação popular em saúde, que é a orientação da política municipal de educação em saúde, poderia encontrar espaço de vida em um processo de trabalho organizado a partir do referencial taylorista do gerenciamento? Quais as concepções e práticas educativas dos agentes de controle das endemias no município de Camaragibe?

Estas serão as reflexões que orientaram o próximo capítulo.

Capítulo 9- CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DOS AGENTES DE CONTROLE DAS ENDEMIAS

A análise das concepções e práticas dos agentes revelou que apesar de suas concepções de educação estarem ligadas ao modelo normativo da educação em saúde e no discurso apresentar elementos que sugeriram uma visão depreciativa da comunidade onde se inserem, as suas práticas conseguem, em alguns momentos, incorporar novos elementos que as aproximam da educação popular em saúde. Mostra também que no cotidiano, onde a vida se expressa com toda a sua diversidade, não é possível emoldurá-las em um único referencial teórico, pois, é aí que as diversas experiências de vida dos agentes fundem-se e somam-se aos seus valores, dando um sentido singular ao seu fazer. O objetivo deste capítulo será conhecer como se dão estas articulações entre o pensar, sentir e agir educativo dos agentes. Para tanto, apresentarei as concepções que eles têm da educação e da comunidade e as suas práticas educativas. Ainda trarei alguns elementos destas últimas que sugerem um movimento de sua transformação.

9.1 Concepções de educação em saúde

A concepção de educação em saúde dos agentes entrevistados esteve próxima do senso comum ou da educação em saúde normatizadora. Dois agentes relacionaram educação ao respeito no trato das pessoas: “educação é ter respeito com outras pessoas”. Destes, um não conseguiu expressar nada mais do que isso. Este foi o único dos agentes entrevistados que não relacionou o papel do agente enquanto educador, bem como não fez nenhum tipo de orientação durante suas visitas, tendo sido sua prática unicamente de colocação do larvicida. O outro, faz uma associação também com a educação familiar e resgata a importância de se

travar uma relação de respeito com o usuário enquanto base para que estes aceitem a ação educativa:

A educação que o agente de saúde faz é o seguinte: ele já aprendeu na infância com os seus pais, suas mães e entra no colégio aprende mais ainda e tem que repassar para o outro, porque se ele não repassar para o outro... por exemplo, faz de conta que a gente não se conhece, a gente está se conhecendo hoje, você não me viu, não me conhece, estamos nos conhecendo hoje, aí se você for uma pessoa ignorante, bruta, aí eu chego lá, procuro lhe orientar, bom dia, boa tarde, boa noite, essas são as formas de você chegar se aproximar de alguém, certo? Aí aquela pessoa nota que você é assim, através disso aí eles vão tentar aprender alguma coisa com você, aí fica mais fácil. (Informação verbal).¹

Tratar bem as pessoas é um fator essencial no desenvolvimento de um processo educativo. No entanto, estas concepções parecem estar muito próximas do senso comum, onde o conhecimento está relacionado ao saber vida, no caso, a educação enquanto valores morais ou a educação formal, relacionada á escola. Mas, como estamos nos referindo a profissionais que têm como principal expectativa institucional que exerçam um papel de educador, estas concepções revelam a falta de investimento institucional no sentido de apoiar os agentes nesta ação e de propiciar a reflexão da prática educativa em saúde enquanto uma ação sistematizada e planejada.

Mas, se para a instituição o principal papel destes é de educador, é uma incoerência esta falta de investimento de formação nestes profissionais. Talvez, traduza a cultura de que a educação é uma ação espontânea, onde todos fazem e de qualquer jeito ou uma reprodução da estrutura acadêmica dos cursos da área de saúde, nos quais, nenhum destes contêm em sua grade, disciplinas que reflitam a educação. Deste modo, não é gerada a necessidade para que ocorra investimentos de formação capazes de dinamizar e melhorar o desempenho das atividades educativas desempenhadas.

Já a maior parte dos agentes tem um discurso normativo da educação em saúde, onde pode-se encontrar elementos de culpabilização da vítima, da concepção higienista e/ou eugenista da educação em saúde, bem como, camuflado em suas palavras o teorema descrito por Ornelas (1981): “indivíduo ignorante e susceptível a adoecer + Educação em saúde = indivíduo sadio.” Assim como pode ser percebido em suas falas:

Educação em saúde é você entrar numa casa, explicar as prevenções contra as endemias. Como se prevenir dos roedores, prevenir do lixo, deixar penduradinho o lixo, nunca deixar restos de comida no chão, sempre que ele terminar de comer, pegar a vasilha dele [...] é tudo isso. (Informação verbal).²

“A educação em saúde é passar para aqueles que não entendem o que é uma determinada doença e prevenir aquela doença, eles conhecerem a doença e terem a prevenção para aquela determinada doença.” (Informação verbal).³

“É educar a viver bem, evitar esses tipos de doenças, doenças que como eu te falei que a comunidade poderia evitar essa questão aí. Trabalhar ensinando a fazer esse tipo de coisa.” (Informação verbal).⁴

Para um dos agentes a educação parece ser um processo político. Mas, enquanto educador seu papel é ser “veículo de repasse de informação”, aproximando-se da concepção da educação bancária, descrita por Paulo Freire. Nesta concepção, as pessoas são tidas como vazias de conhecimento e caberá ao educador provê-las de informação.

Educação em saúde é esclarecimento, é elucidação das pessoas. É isso o que eu faço no meu dia à dia: levar informação, esclarecimento da população, dar alternativas de melhoria para elas. Se elas têm algum tipo de problema muito grave relacionado a ratos, a gente dá alguma orientação como pode ser evitado. [...] é muito do que a prefeitura faz aqui em Camaragibe, de quatro anos para cá a área está bem mais politizada, bem mais não, ele está politizada, não era. Camaragibe de um modo geral. A prefeitura fez isso, a administração fez isso pelas pessoas, acabou fazendo pela a gente e em consequência, faço também, repasso, um veículo de repasse de informações. (Informação verbal).⁵

¹ Fala de José.

² Entrevista a Nestor.

³ Entrevista a Flávio.

⁴ Entrevista a Robson.

⁵ Fala de Cláudio.

Tendo em vista que as teorias não-críticas da educação foram hegemônicas no país, provavelmente, foram estas as vivências educativas que os agentes tiveram na escola e nos raros espaços de formação no serviço. Como não houve investimento profissional no sentido de ampliar o olhar dos agentes para as possibilidades do seu agir educativo, estas concepções são esperadas.

Durante a oficina de educação em saúde realizada em dezembro de 2000, a concepção do grupo parece ir incorporando as vivências da oficina. Este parece ser um momento de transição, pois, na dramatização de como vivenciam o papel de educador, persiste um distanciamento dos conceitos construídos com o fazer cotidiano, assim, como retrata o relatório:

A construção da concepção de educação ora revela elementos que a aproxima de uma visão tradicional, ligada às concepções não-críticas da educação, as quais percebem os sujeitos vazios de conhecimento e que cabe a educação informar; ora demonstra a tentativa do grupo de ir se aproximando e incorporando o que estava sendo vivenciado durante a oficina: 'processo que contribui para o bem estar do ser humano, tratar bem as pessoas, respeitar o próximo, saber escutar e se expressar, ensinar e aprender (compreender), trocar conhecimentos e experiências, humildade, solidariedade, prazer, processo de dialogar e compartilhar a ação, respeitar o interesse pela participação no processo, ter segurança nas informações, exercitar a cidadania.' No entanto, os relatos e dramatizações sobre as práticas educativas envolvidas na própria formação dos participantes, bem como no cotidiano das relações de trabalho, evidenciam o desafio de se aplicar os princípios por eles acima colocados. Daí a necessidade de um trabalho contínuo, bem como coerência institucional para viabilizar a aplicação de relações interpessoais baseadas no respeito, diálogo e incentivo a qualificação das pessoas para um melhor desempenho de suas atribuições. (CLEMENTE; CARVALHO; OLIVEIRA, 2001)

Como foi uma das primeiras aproximações com a proposta de educação popular em saúde que o grupo teve, as transformações de suas práticas requerem um processo de elaboração destes conceitos para optarem como vão conduzir suas práticas educativas no futuro.

Ao lado da vivência acumulada da educação bancária que tiveram nas suas histórias de vida e da falta de investimento institucional, ou como resultado

destas, outro fator importante para dar sustentação a esta concepção de educação em saúde dos agentes é a um discurso desvalorativo que têm das pessoas que moram na comunidade onde atuam. Pois, entre os fatores que legitimam a concepção de repasse de informação das práticas educativas bancárias é que os sujeitos são ignorantes.

9.2 Concepções de Comunidade

Não fez parte dos objetivos da pesquisa apreender a concepção que os agentes têm da comunidade com que trabalham. Mas, esta apareceu de forma relevante na análise das entrevistas, no diário de campo e no relatório das oficinas.

Tanto nas oficinas realizadas, como nas entrevistas, há uma sugestão que no imaginário do grupo a comunidade é vista de forma depreciativa.

Durante a oficina, em uma das atividades que busca construir a imagem que se tem da comunidade, solicitamos que os participantes construíssem um boneco que representasse alguém da localidade onde atuavam. Depois do boneco ser finalizado, solicitamos que soprassem no nariz deste boneco para lhe dar vida, que lhe dessem voz e movimentos. Cada um fez com que o seu boneco se apresentasse e em seguida, criaram um diálogo entre estes bonecos. Apareceram pessoas carentes e ignorantes.

Em outro momento da oficina, solicitamos que os participantes dramatizassem as atividades do seu cotidiano com os usuários. Nas apresentações percebi que nas falas dos agentes estava embutida a arrogância cognitiva dos saberes dos doutores. A dengue, a esquistossomose, a leptospirose, a raiva estavam presentes na comunidade por conta da ignorância da população que fazia

com que recusassem a visita dos agentes e suas recomendações. Havia também a sugestão de uma não aceitação da identidade social dos ACEs, pois, a maior parte destes pertence à mesma classe social da comunidade em que trabalham.

Nas entrevistas o discurso desvalorativo da comunidade também foi identificado. Esta é percebida como ignorante, carente, desprovida de saber e descomprometida na construção de um “querer viver bem”.

“As vezes a pessoa não tem noção do perigo, a população não é consciente do perigo, mas mesmo assim, algumas pessoas são conscientes, como naquele ditado, “ah, só vai acontecer com os outros não comigo” (Informação verbal)⁶.

“Porque é o seguinte: tem pessoas que te tratam tão bem, mas tem pessoas que te tratam tão mal. Por exemplo, pessoas ignorantes, que não foram no colégio, que não sabe o que é isso, é aquilo e você tem que explicar.” (Informação verbal).⁷

É, a gente usa veneno para rato pela carência da comunidade.⁸ Agora, a comunidade, também, joga lixo na beira do rio, tem muito a questão da pobreza, que essa área é de extrema pobreza, entendeu? [...] Eu queria pegar essa parte de fazer com que a comunidade quisesse viver bem. Eu acho que a comunidade quiser viver bem, ela vive. A questão do lixo, da doença isso e aquilo. A gente sabe bem, se a comunidade quisesse evitava muitas doenças. (Informação verbal).⁹

As situações decorrentes da baixa renda e da falta de acesso aos bens de consumo coletivo são expressões do limite do acesso às condições dignas de vida, expondo esta população a situações maiores de risco, como esteve presente na fala do agente Robson. Posteriormente, quando questionado se seria uma questão da comunidade não querer viver bem, ou se havia relação com questões sociais, responde que:

⁶ Entrevista a um ACEs (Boy).

⁷ Entrevista a um ACEs (José).

⁸ Este agente busca utilizar o controle mecânico, neste momento da entrevista justifica porque utiliza raticidas.

Também por condições sociais, agora tem muito do que a gente poderia, que a gente sabe que a comunidade pode fazer sem precisar do poder público. Tem muito o lixo, a higienização da minha casa, uma coisa e outra poderia ser feito, só falta alguém para nortear. E o agente de saúde em geral, poderia ajudar nisso aí, assumindo o compromisso de fazer isso. Se eu tenho uma área que está sob minha responsabilidade, eu tenho que fazer o melhor de mim para que seja feito. (Informação verbal).¹⁰

Certamente que não caberá aos profissionais realizar os cuidados necessários dentro das residências, em uma atitude parteralista. A preocupação deste agente e o compromisso em transformar a realidade de sua comunidade o levou a desenvolver ações ricas em possibilidades de dar coerência à proposta municipal, como será visto adiante. No entanto, é importante refletir um pouco mais sobre esta concepção de que “a comunidade não quer viver bem” e seu impacto na ação educativa.

Durante a pesquisa de campo em uma das residências visitadas havia muito cuidado com os depósitos de água e com o acondicionamento do lixo no quintal. Mas, a dona da casa estava muito revoltada com a falta de acesso ao saneamento e nos falou:

“De que adianta eu cuidar daqui, tampar os depósitos, se não tem para onde escoar a água? Esses canos que colocaram foi só dinheiro perdido¹¹. Para onde eu vou jogar a água? Se colocar para fossa, logo vai estourar!” (Informação verbal).¹²

Assim, surge uma questão: será que a população não exerce esse cuidado por uma vontade de não querer viver bem ou se sente imobilizada diante de uma estrutura social que lhes priva do acesso aos seus direitos de cidadania?

⁹ Entrevista a um ACEs (Robson).

¹⁰ Entrevista a um ACEs (Robson).

¹¹ Refere-se ao esgotamento sanitário e que nunca foi ligado.

¹² Fala de uma comunitária durante visita a região III, realizada no dia 03/10/2000).

Victor Valla (2000) ao mostrar como a visão que os profissionais têm da comunidade interfere na participação popular, faz uma análise de como as categorias da carência, da intensidade e da apatia que embasam o discurso de profissionais de saúde ou mediadores influenciam suas práticas educativas com a comunidade.

Para o autor a tradição de perceber falas e atitudes das classes populares aparados no discurso da **carência** impossibilita a percepção de que estes grupos sociais têm capacidade de produzir conhecimentos e se organizar para criar estratégias de transformações.

Em outro pólo, o autor traz a categoria da **intensidade** e que também é utilizada para traduzir a fala e atitudes destes grupos. Para essa categoria as classes populares encaminham sua vida marcada com uma grande intensidade na busca do viver. Esta categoria resgata as potencialidades dos grupos sociais e “traz dentro de si a idéia de iniciativa, de lúdico, de autonomia” (VALLA, 2000, p. 260). Assim, potencializa o poder de transformação da realidade que os sujeitos trazem, mas, desde que consiga estabelecer as diferenças necessárias entre a forma como as classe populares pensam, sentem e agem diante da realidade e a com que os conhecimentos técnicos podem contribuir neste processo de construção a partir de um respeito mútuo e dialógico. No entanto, nesta categoria existe uma tendência de fortalecer a idéia de que a iniciativa popular só consegue se estabelecer através de mediadores (tais como os profissionais de saúde e educadores) que de forma geral, exercem uma relação de poder desigual com o saber e necessidades dos usuários, decidindo o que a fala traz ou não de conteúdos a serem aproveitados. Essa incompreensão da lógica popular de pensar, sentir e agir leva estes mediadores a ter

a uma concepção de que as classes populares estão desmobilizadas e como resultado, não visualiza-se as diversas formas que encontram de se mobilizar.

As **categorias de apatia e desorganização** atribuídas às classes populares que não fazem parte da sociedade civil de caráter popular, escamoteiam uma realidade que é de fato oposta. Uma grande parte da população dos bairros periféricos e favelas participa de algum tipo de organização (escola de samba, time de futebol, igreja) que, se não demonstra um discurso articulado politicamente, indica porém, relações coesas e sistemáticas. A própria sobrevivência de grandes parcelas dessas classes deve-se em grande parte à sua iniciativa de viver. É freqüente a postura de intelectuais e profissionais de que a iniciativa é um atributo deles, mesmo reconhecendo que gostariam que não fosse assim. A imagem de passividade é ilusória e, se não for assim concebida, necessariamente põe a concepção de ação e iniciativa apenas no lado dos mediadores. (VALLA, 2000, p. 260, grifo meu)

Outro aspecto trazido para esta reflexão é que os elementos presentes no discurso que desvaloriza a comunidade, além de dificultar a participação popular por uma falta de compreensão de suas atitudes em lidar com estes problemas, também legitima práticas educativas ligadas as teorias não-críticas da educação e da não compreensão da lógica popular de apreensão da realidade e de construção de conhecimentos.

Como já foi visto neste trabalho, a concepção de que a comunidade é ignorante e desprovida de valores e saberes, é a mesma que fundamenta a prática das escolas não-críticas da educação, que coloca na mão do mestre o poder de agir de forma autoritária e desrespeitosa com os valores culturais e subjetivos da comunidade. Como também foi visto, com o processo de inserção do agente na instituição, este sofre um redirecionamento de sua identidade cultural, não se identificando mais um comunitário e sim, como um detentor do conhecimento científico. Assim, também se sente legitimado a ter a mesma postura dos mestres da educação bancária.

Outro impacto deste agir no processo de ensino aprendizagem é que não há um reconhecimento de que a lógica de apreensão da realidade no senso comum

é uma lógica diferenciada do saber instituído da ciência. Afinal, o discurso científico por ser preventivo, requer uma lógica de abstração distante da lógica popular de construção do conhecimento e de encaminhar a vida.

Assim, além da prática desenvolvida não ter espaços de negociações de significados, também não existe um processo criativo, em que se busque o uso dos materiais didáticos disponíveis, tais como mostrar as larvas e mosquitos encontrados como forma de quebrar a abstração do conhecimento científico e trazer para uma realidade imaginária mais próxima das pessoas com que se interage.

Além disto, Valla (2000) identifica um fosso entre o discurso sanitarista e a lógica popular de se encaminhar à vida:

Toda proposta sanitarista pressupõe a previsão como categoria principal, pois a própria idéia de prevenção implica um olhar para o futuro. Contudo, poder-se-ia levantar a hipótese de que estes setores da população [*as classes populares*] conduzem suas vidas com a categoria primordial da provisão. Com isso se quer dizer que a lembrança da fome e das dificuldades de sobrevivência fazem com que o olhar principal se volte para o passado e se preocupe em prover o dia de hoje- uma idéia de acumulação, portanto. Assim a proposta de previsão estaria em conflito direto com a de provisão. (VALLA, 2000, p. 261).

A partir desta reflexão pode-se indagar:

O que representa a dengue (que por sinal dentro do imaginário popular parece estar associada a uma gripe), ¹³ ou a febre amarela (que ainda não faz parte da realidade urbana) diante de tantos problemas que permeiam a vida das comunidades, sobre tudo as de baixíssima renda?

A não incorporação das orientações dada para a prevenção dos agravos estaria relacionada a uma suposta ignorância da população e um descompromisso

¹³Esse é uma informação de base empírica, sem nenhum respaldo de trabalhos científicos. Trata-se de resgatar relatos de Médicos e profissionais de saúde quanto a concepção da população acerca da dengue, inclusive, como justificativa para uma provável sub-notificação, uma vez que em muitos casos a população não tem procurado mais os serviços de saúde, buscando se auto-medicalizar com analgésicos ou chás tradicionais. Silva (2000), nos chama a atenção que, na maior parte das vezes, a população só procura os serviços quando esgota suas possibilidades terapêuticas.

em querer viver bem, ou ao processo educativo que não conseguiu despertar a necessidade de transformar atitudes que predisõem a manutenção dos agravos na comunidade?

Para que o processo educativo consiga despertar nas pessoas o desejo e a necessidade de transformar suas realidades, é importante compreender as diferentes lógicas de se encaminhar a vida.

No entanto, parece que os agentes se afastaram desta compreensão no momento que ingressaram na instituição. A análise do processo de institucionalização das práticas de saúde pode nos dar algumas pistas de como isso ocorre. Como já foi visto, este processo ocorreu aparado no discurso médico-científico, o qual para se legitimar desconheceu, desvalorizou e até perseguiu as práticas e conhecimentos populares que se contrapunham as suas normatizações de como viver de modo higiênico.

Fazer parte da instituição para a maior parte dos agentes significa, principalmente, ter garantido a inserção no mundo do trabalho (estar empregado). Também pode significar incorporar o poder público, o que pode levar tanto a vivência de relações de poder na comunidade, como estar num lugar estratégico para quem tem o prazer de cuidar do lugar e das pessoas. Para os agentes ingressarem na instituição, precisaram incorporar o conhecimento científico tradicional, o qual legitima sua prática e os leva a desconhecer as práticas e saberes da comunidade. Assim, talvez também tenha sido necessário “apagar” da memória a sua identidade social e cultural, como mecanismo de preservar a sua saúde mental e evitar uma cisão maior do seu Eu.

Outro fator importante para a instalação desta concepção negativa da comunidade é a pouca compreensão de que os processos educativos têm um ritmo lento e a dificuldade de se visualizar os seus limites.

A manutenção de atitudes cotidianas que propiciam o surgimento das endemias, tais como a falta de cuidados com os recipientes que colecionam água, com o lixo domiciliar, com a vacinação dos animais, leva os agentes a considerar que a comunidade é realmente ignorante ou que não quer viver bem. Estas atitudes ainda desmotivam os agentes que não vêem resultado do seu trabalho educativo.

Na visão da atual Secretária de Saúde, a instituição, por conta da falta de investimento nestes profissionais, não conseguiu desenvolver as habilidades de educador dos agentes, bem como, não os preparou para a compreensão de que um processo educativo é processual e seus resultados são a longo prazo. Assim, aponta esta falta de compreensão como um elemento que faz com que o agente se desmotive com o trabalho.

Este fato é bastante evidente durante todas as fases da pesquisa e é agravado pelo fato dos agentes não conhecerem o resultado do seu trabalho, pois, não há um retorno por parte da epidemiologia dos principais impactos no perfil epidemiológico das endemias como resultado do trabalho por eles realizado. Este distanciamento do trabalhador e de sua obra (resultado final do trabalho) é retratado por Campos (1997) como uma das fontes desmotivadoras e alienantes do processo de trabalho.

Durante a visita de campo a desmotivação apareceu associada às medidas cujos seus resultados são a longo prazo, como as transformações culturais. Enquanto os trabalhos de retorno imediato, como a vacinação dos animais aparece como um elemento motivador.

De bom no meu serviço é quando eu trabalho com a vacinação (...) porque é um trabalho que a gente está fazendo ali e a gente está vendo que vai ter um retorno da vacinação. Um retorno porque a gente está sabendo que toda campanha o pessoal está levando para vacinar. Entendeu? E quanto a dengue não. A dengue é uma coisa mais lenta. Desratização, veneno para rato é uma coisa mais lenta. Nem todo mundo vai por nós. A gente tem que estar sempre conversando com aquele pessoal. (Informação verbal).¹⁴

A desratização parece estar associada à manutenção de ratos em virtude do lixo acumulado em ruas, canaletas e nos quintais, pois, essa visão da desratização como desmotivadora é rapidamente modificada no momento em que a entrevista é interrompida com a chegada de um Senhor da comunidade que vem cumprimentar o agente pelo sucesso da desratização que ele realizou.

Flávio - *O que é gratificante para mim é isso, chegar uma pessoa da comunidade perto de mim e dizer assim, “aquele veneno de rato que você colocou” como chegou ele agora ai disse que “os ratos estão tudo bebo, morrendo” . Num foi isso o que o senhor falou, o que o senhor achou do veneno de rato?*

O senhor da comunidade - *o que eu achei é que num tem mais nenhum vivo há, há, há. Num vi mais fuçar lá para o pé da goiabeira.*

Flávio- *Está vendo ai?*

Deste modo, a concepção que os agentes têm da comunidade tem raízes históricas e culturais e que precisam ser compreendidas no sentido de se repensar os processos de formação destes profissionais, pois, esta visão dificulta ou mesmo inviabiliza a participação popular, uma dos eixos orientadores das políticas do município.

Fica evidente a necessidade de desenvolver processos reflexivos que ajudem os agentes a reconstruírem a visão que têm da comunidade, no sentido de

¹⁴ Fala de um dos ACEs (Flávio).

uma valorização desta. Esse caminho pode, inclusive, resgatar sua identidade social e cultural, de uma forma que ao se identificarem também enquanto comunidade, não se sintam desvalorizados. Esse resgate ainda pode trazer um entendimento das dificuldades e resistências populares ao discurso técnico científico, uma vez que o conhecem não por teoria, mas por um saber construído a partir de suas vivências, o qual é “mortificado” no seu processo de profissionalização.

Além disto, estes momentos de reflexão também podem aumentar a compreensão dos ritmos inerentes ao processo educativo evitando expectativas de transformações imediatas que levem a uma desmotivação destes profissionais diante deste cenário. O que pode ser potencializado com o retorno sistematizado da epidemiologia dos números de incidência dos agravos, aproximando os agentes do resultado do seu trabalho nas comunidades.

A educação popular em saúde pode contribuir neste processo ao problematizar a realidade e refleti-la criticamente. Assim, pode buscar confrontar o conhecimento das realidades vividas advindo da inserção dos agentes na comunidade, com a incoerência do discurso científico tradicional.

A exemplo disto, em uma das oficinas realizada com os agentes, após as exposições dos esquetes teatrais apresentados (os quais demonstraram um discurso que desvaloriza a comunidade, como já foi citado), os agentes foram questionados em que momento eles deixaram de ser comunidade e começaram a refletir suas vidas antes de se tornarem agentes, bem como a vida dos seus familiares.

“Eu mesmo vou ser bem sincero, antes de trabalhar com este negócio da dengue, sempre achei besteira estas coisas [relativas à prevenção]”. (Informação verbal).¹⁵

¹⁵ Fala de um agente.

“Quando chego em casa sempre vejo o quintal, reclamo muito a água destampada, até já achei um foco na minha casa” (Informação verbal).¹⁶

Em uma das falas se expressou o sentimento do grupo com esta reflexão: “agora, a gente caiu na real”.

Relembramos a eles que o processo de inserção nos serviços de saúde não lhes fizeram deixar de morar e ser parte de suas comunidades. A partir desta reflexão, travamos um diálogo que teve como objetivo trazer para memória destes as dificuldades que as pessoas tinham no enfrentamento da doença seja pela dificuldade da sobrecarga dos serviços domésticos, ampliados pela dificuldade sociais de falta de acesso aos serviços de saneamento básico (abastecimento de água e de lixo), ou mesmo por ser uma enfermidade recente, em comparação com outras endemias, tais como tuberculose e hanseníase.¹⁷

Na oficina de educação em saúde realizada em dezembro de 2000, já começa a aparecer, ao lado de concepções negativas, um outro olhar:

Durante a oficina através de relatos e dramatizações o grupo demonstrou que compreende a comunidade como carente de informação, ignorante (daí a necessidade do ACE passar informações), deficiente, que muitas vezes desacredita do trabalho da Prefeitura. Mas que também revela-se como curiosa, sofredora, necessitando de apoio, ajuda e expressa estima, amizade, coerência, respeito.(CLEMENTE et al, 2001).

Mas, a transformação da concepção os agentes têm da comunidade onde atuam, é também cultural, e portanto, impossível de se ressignificar em uma única oficina de 30 horas. É necessário que este trabalho tenha caráter continuado para que reflexões, como estas, possam ser mais aprofundadas.

17 A dengue apesar de ser uma enfermidade registrada em nosso país desde 1916, não havia registros desde 1923, até quando foi reintroduzida no Brasil em 1976, mas só se tornando uma preocupação de saúde pública no início da década de 80 (DONALISIO, 1999), enquanto a hanseníase e tuberculose sempre estiveram presentes enquanto problema sanitário em nosso país neste século.

9.3 Práticas de educação em saúde dos agentes de controle das endemias de camaragibe

A observação da prática educativa dos agentes revelou que esta é, na sua maior parte, normativa. Deste modo, não está muito distante das concepções de educação e de comunidade que os agentes têm.

No entanto, para uma outra parte dos agentes observados, outros elementos contribuem para configurações de um agir diferenciado. Alguns criticaram o limite da abordagem individual durante as visitas e sugeriram trabalhos de abordagem coletiva e o uso de linguagens lúdicas. Um dos agentes foi além da crítica e começou a desenvolver trabalhos ligados à organização comunitária. Apesar da educação em saúde, para a maior parte, ser a transmissão do conhecimento, um dos agentes identificou o limite da entrega do material educativo desprovida de um diálogo e outro agente demonstrou ter uma vivência sensível, dialógica e respeitosa com a comunidade.

Visando tornar mais didática a apresentação dessas observações acima descritas, sistematizei-as segundo o exercício ou não da prática educativa. Como não exercício da prática educativa, considerei as que se resumem a aplicação do larvicida ou raticida, não tendo sido dada nenhuma orientação. Como exercício da prática educativa, selecionei aquelas que extrapolaram a aplicação dos larvicidas ou raticida, tendo sido realizada, de forma espontânea, algum tipo de orientação para os usuários. Das vivências educativas, encontrei práticas autoritárias, de abordagem coletiva e as que conseguem incorporar o diálogo e respeito aos usuários.

9.3.1 Prática restrita à aplicação de produtos químicos

Dos agentes acompanhados, dois não realizaram qualquer forma de orientação que contribuísse na prevenção dos agravos, ficando suas práticas restritas ao uso dos venenos para combate de vetores. Destes, um chega mesmo a dizer que o principal papel do agente é o de orientador, mas ao ser questionado sobre o porquê não realizou nenhum tipo de intervenção educativa, em um primeiro momento, tenta se justificar dizendo que da próxima vez o fará. Após, lembrar que meu papel não era o de supervisão, mas de compreender melhor suas práticas, ele diz não saber porque não realizou nenhuma orientação.

O outro acredita que seu papel é inspecionar e tratar focos, tendo, portanto, uma coerência entre o pensar e agir.

[o papel do agente é] de entrar na casa, na residência. É olhar no depósito de água, que nem você viu hoje, tem casa que não tem depósito, ou tem depósito, mas utiliza logo, a gente não coloca o remédio e só faço assinar o papel atrás da porta. E quando tem um depósito grande com água, coloco o remédio e diz a pessoa que tem que utilizar a água depois de meia hora. Ver se tem alguma larva, se tiver, pegar, se tiver fazendo LI, eu estou fazendo LI,¹⁸ se não tiver não pega, só faz o tratamento e vai 'simbora' (Informação verbal).¹⁹

Após acompanhar e entrevistar este agente, comecei a perceber que esta prática restrita à aplicação do larvicida está associada à falta de apoio institucional.

Durante o acompanhamento de suas atividades, Moisés não realizou nenhuma orientação e demonstrou pouco conhecimento acerca da reprodução do mosquito, mas desenvolveu diálogos afetuosos com as pessoas. Na comunidade

¹⁸ LI significa o levantamento do índice de infestação do vetor, consiste na coleta de larvas encontradas nos focos e envio para o laboratório, visando o diagnóstico da espécie e avaliação do grau de infestação do vetor e a identificação das áreas de risco epidemiológico.

¹⁹ Fala de um dos ACEs (Moisés).

estava faltando água há quatro dias. Quase todas as casas estavam com os depósitos vazios. O agente colocou o larvicida em alguns em que ainda havia água. Encontramos várias coleções de água parada de chuva: muitas panelas velhas, bebedouros de animais, inclusive com lodo, demonstrando que não eram lavados habitualmente. Alguns que indiquei para que ele realizasse alguma intervenção, ele não achou importante, “Ah! É água de chuva, logo seca!”. Ao chegar às residências, não precisou se identificar, todos o conheciam. Aproximava-se brincando com os moradores, demonstrando ser bem querido e conhecido. Conversava muito com as pessoas. O diálogo girava em torno das coisas triviais e sobre as pessoas da comunidade. O assunto predominante era a falta de água. As pessoas lhe solicitavam água para suas casas, ele respondia muito bem humorado, “já liguei pedindo água para sua casa...”.

Dada a sua simpatia, as pessoas o abordavam de forma carinhosa e ele mostrava ter muita facilidade para se inserir nas casas e na vida da comunidade. Comecei a perceber como Moisés tinha um grande potencial de educador e me questionei por que não o utilizava.

Após dizer que o papel do agente é colocar veneno para prevenir as endemias, questionei se também não haveria um papel educativo, ele concordou. Questionei mais uma vez, agora, sobre a razão pela qual não houve, durante as visitas, nenhuma orientação quanto aos depósitos que continham água parada. Ao se justificar, começou a se contradizer, mostrando inclusive não saber informações básicas quanto à reprodução do mosquito e ao cálculo da dosagem correta do larvicida a ser aplicado. Enfim, admite que só teve uma capacitação, a qual aconteceu há cinco anos, quando entrou no programa. Pareceu-me temer que se o

seu diálogo com a comunidade se aproximasse do campo de trabalho, viriam à tona os seus limites de conhecimento:

“O cabra tá ali... você vai explicando melhor a pessoa pergunta, num sei o quê... hoje em dia a turma faz pergunta a mim, e tu acredita que eu não sei? Por que eu esqueço, a pessoa esquece.” (Informação verbal).²⁰

Entretanto, diz que aceitaria fazer um trabalho educativo, mas necessitaria ser capacitado e ter um apoio (um outro colega), pois mesmo que tenha demonstrado muita desinibição, acha-se muito tímido.

Alguns agentes buscaram vencer esta falta de capacitações, pesquisando ou estudando em apostilas. Mas, na entrevista de Moisés, também ficou evidente que tinha um grande desânimo com a profissão, a qual não lhe dá segurança e estabilidade. No momento da entrevista, tinha voltado a estudar e procurava fazer um curso na área de telefonia. Justificou que só está no serviço por não conseguir arrumar outro emprego. Ou seja, além de não haver investimento profissional por parte da instituição, no que toca ao fortalecimento destes através das capacitações, existe também um desestímulo em buscar saber mais sobre o que faz, pois, não existem perspectivas profissionais, dada a instabilidade do vínculo empregatício.

Os demais, que acreditam que o principal papel do agente é o de educador, encontram como principais dificuldades para exercer este papel, além da falta de capacitação e de apoio institucional, questões relacionadas à estrutura do serviço e à organização processo de trabalho. Alegam que o trabalho educativo exige mais tempo, o que se contradiz com a exigência do cumprimento da produção, a qual é alta diante do número insuficiente de agentes no campo.

Boy- *O horário não dá [para desenvolver o trabalho educativo]. Aquela questão, se eu faço uma produção pequena, [...] como a produção hoje de*

²⁰ Fala de um dos ACEs Moisés.

desratização, tá pequena, mas a gente estava conversando com a comunidade, como você viu.

Entrevistadora- *Mas, não é assim todo dia?*

Boy- *Não. A gente tem que fazer mais rápido. Uma folha de dois para cada, tem 25 casas, e a gente estava com 21 só. Tem que fazer mais.[...] às vezes, a gente aconselha, explica, ou se então, como naquela senhora, a gente não ia ficar escutando o que ela estava dizendo [...] a gente deu atenção, porque a gente está conversando, os caras nos acompanhado, tudinho. Mas, a gente quase não dá atenção, é um trabalho muito mais rápido. Agora por quê? Por causa da produção.*

Como lidar com a necessidade de cumprir com o prazo de 45 dias do retorno da visita domiciliar que o controle da dengue demanda, o número reduzido de profissionais e as necessidades que um processo educativo exige? Este é um grande desafio para a instituição, pois, ao se pensar que o papel do agente é de educador, é necessário estar presente na organização do seu processo de trabalho o tempo de que disporá para tal. A vivência do processo educativo exige tempo para a sua execução, principalmente quando se tem como referência a educação popular em saúde que se baseia no diálogo. Parar para conversar, escutar, trocar saberes, na lógica da produção pode parecer improdutivo, principalmente pelos resultados que não são tão facilmente visíveis ou mensuráveis.

Como estas questões não são consideradas, os agentes ficam situados como transgressores, ou por não cumprirem com o papel de educador que a instituição lhes atribuiu ou, se o cumprir, por não conseguirem atingir a produção necessária. Um dos agentes que relata ter essa prática de dialogar recebe constantes reclamações da sua baixa produtividade. Em contrapartida, como será

visto adiante, das áreas que visitei, foi a que encontrei maiores cuidados para evitar a proliferação de vetores.

9.3.2 Agir educativo normativo

Durante o acompanhamento das atividades no campo, a maior parte dos agentes vivenciaram uma prática educativa normativa que se resumiam a passar as informações necessárias ao combate dos vetores. Apesar, de quase todos os agentes terem mostrado respeito aos usuários, não encontrei movimento por parte destes para a vivência do diálogo que buscasse compreender porque as orientações não eram seguidas ou para se buscar soluções conjuntas para as dificuldades encontradas. Deste modo, não havia um espaço para a negociação de significados e para a construção coletiva do conhecimento.

Mas, também encontrei práticas autoritárias e desrespeitosas. E a partir desta constatação, comecei a relacionar a resistência desenvolvida pelo/as interlocutore/as ao discurso médico-científico dos agentes a estas posturas.

No dia 22 de Novembro de 1999, com o objetivo de identificar as necessidades para a proposta de capacitação continuada, fui, junto com a técnica do Núcleo de Vigilância Animal, acompanhar um agente na região IA, a qual ainda não havia sido zoneada. Já na primeira casa visitada pude perceber como se trata de uma ação invasiva. Entramos em todos os cômodos da casa: cozinha, quartos, banheiros, sala e terraço. Sem pedir permissão, o agente aplicou larvicida em depósitos que armazenavam água, inclusive nos em que não havia necessidade, como no filtro de água que estava devidamente tampado. A pessoa que nos

atendeu, uma adolescente, falou que não havia planta com água. No entanto, achamos em um vaso além de plantas com água, um antigo foco com as larvas já eclodidas. O agente que acompanhávamos olhou para mim e para a técnica e nos falou:

Está vendo? Eu perguntei e ela disse que não tinha.

O tratamento não grosseiro, mas insípido e sem muita informação. Perguntei se ela sabia o que era dengue. O agente precipitou-se e procurou responder por ela, perguntando à garota:

- *Você estuda?*

A menina respondeu que sim. Ele garante:

- *Então, sabe o que é.*

Sepultou, assim, qualquer possibilidade de diálogo.

Ao sairmos da casa, a técnica escutou a dona da casa reclamando com a filha por ter permitido a aplicação do larvicida nos depósitos e mandou-a jogar a água fora.

Na quinta casa visitada a cisterna estava muito bem coberta e sem foco. Mas, foram encontrados quatro vasos com plantas. Um continha uma planta seca, pois estava sem água e também sem terra. Dos outros vasos, todos estavam com água e destes, dois apresentaram focos de *aedes*. Segundo a dona da casa, ela não colocou água em um dos vasos porque um outro agente tinha dado a orientação de não cultivar plantas em água. Enquanto o agente que acompanhávamos coletava as larvas para o Levantamento de Infestação, conversamos, eu e a técnica com a dona da casa sobre o risco de se manter a água parada, utilizando as larvas encontradas nos focos para explicar o ciclo do mosquito e da doença. Também abordamos a necessidade de colocar terra no vaso para que a planta pudesse ficar bonita.

Durante nossa conversa perguntei porque ela não colocava terra nos vasos. Não respondeu, ficou rindo.

Por que será que a senhora não me respondeu? Qual o sentido daquele silêncio contido no seu sorriso?

Comecei a perceber que a atitude de jogar fora as águas em que se havia colocado o larvicida, na primeira casa e o sorriso que anulou as respostas, na quinta casa visitada, eram expressões de resistência ao processo educativo estabelecido. E a partir de então, relacionei estas resistências com a forma como o diálogo é vivido na ação educativa, não havendo uma compreensão da lógica popular, um respeito pelas pessoas e nem tão pouco se construindo uma relação de confiança entre o educador e as pessoas envolvidas.

A transformação de um ato acontece diante do convencimento de sua necessidade. O que pode se dar diante da coerção e/ou do medo ou ao se adquirir um novo conhecimento que permita olhar para a realidade de uma nova forma. Ou seja, ampliando-se a consciência da realidade. Mas, nem sempre o contato com este novo conhecimento é suficiente para sua transformação, é também necessário que haja uma internalização de sua necessidade, pois o que rege o agir humano extrapola o racional. Existem elementos subjetivos permeando este processo no campo psicológico (tais como condicionamentos corporais e emocionais) e cultural, bem como estruturas sociais desfavoráveis e toda uma escala de valorização que baliza a escolha da transformação ou não da atitude.

Embora o processo de transformação esteja limitado por estes fatores, a aquisição de um novo conhecimento pode se constituir no caminho mais efetivo para essa transformação, desde que haja uma internalização capaz de construir coerência deste com as escalas valorativas dos sujeitos. Para tanto, esse processo

requer uma relação de confiança com quem está mostrando este novo olhar. Esta relação dificilmente se estabelecerá diante de atitudes onde as pessoas não se sentem compreendidas e valorizadas, construindo ao contrário, movimentos de resistência. Como teria se sentido a adolescente que nos atendeu na primeira casa visitada ao ser tão recriminada no seu espaço privado, já tão invadido com a nossa inspeção? Por que razão a dona da casa teria estabelecido algum diálogo comigo e com a técnica, se nunca havíamos tido um contato anterior, que certeza teria que seria respeitada?

A falta de continuidade e de vínculos entre os agentes que ainda não estão zoneados desfavorece o estabelecimento desses laços de confiança, o que certamente é reforçado diante de atitudes arrogantes, semelhantes à deste agente.

Acrescenta-se a este fato que não se compreender as diferenças existentes entre a lógica científica e a popular de apreensão da realidade e da construção dos conhecimentos, gera um processo fragmentado que leva a população a movimentos antagônicos de resistência cultural às transformações prescritas e/ou de buscar incorporar o discurso científico, o reconstruindo a partir de seus referenciais simbólicos. Este fato foi percebido por Silva (2001) em seus estudos das representações sociais da Leishmaniose Tegumentar Americana na comunidade de Pirapama, município do Cabo de Santo Agostinho, Pernambuco.

[...] observa-se um movimento de dar sentido ao discurso médico e aos diversos discurso que escuta, reconstrói e reproduz. O que é dito precisa ter coerência e fazer sentido com a sua vida prática. Assim, buscam na própria experiência elementos que venham dar sentido aos novos conhecimentos. [...] Ao confrontarem o discurso técnico com suas experiências cotidianas, colocam essas informações em dúvida, interrogando sua validade a partir de questionamentos lógicos de seu ponto de vista. [...] Os relatos demonstram também aspectos importantes que caracterizam a qualidade da “comunicação” estabelecida entre a comunidade e os profissionais de saúde. Os diálogos fragmentados, evidenciam o profundo desencontro de estruturas de pensamento e de saberes e/ou a reprodução desses, sem o respaldo da realidade significada. Um dos resultados concretos desse desencontro, é a dificuldade de compreensão da cadeia de transmissão da Leishmaniose, e por conseguinte, a resistência as medidas adotadas pelo serviço. É explicitado claramente pelos entrevistados, o quanto o discurso

biomédico, lhe é difícil de ser compreendido e reproduzido. (SILVA, 2001, p. 103 e 105, grifo do autor).

Desde modo, o discurso científico de trocar o cultivo de plantas em água por jarros com terra foi incorporado de forma fragmentada, tendo sido adotado apenas o cultivo da planta sem água. Esta experiência ao ser confrontada na prática cotidiana, mostrou que a planta não consegue sobreviver. O que, provavelmente, motivou a dona da casa manter as demais com água, mostrando uma dicotomia entre aceitar as prescrições do profissional de saúde, diminuindo sua culpa pela manutenção da epidemia e ao mesmo tempo, mantendo viva a cultura de ter plantas dentro de casa.

O trabalho regido pela lógica da inspeção e tratamento dos focos começa a ser percebido por alguns agentes como ineficiente. Alguns começam a reconhecer a necessidade de desenvolver um trabalho educativo que extrapole as visitas e que diversifique os locais e as formas de como realizá-lo, chamando atenção para a utilização de linguagens lúdicas e de se repensar a forma convencional da entrega dos materiais didático-informativo. Estas sugestões foram encontradas tanto pelos agentes que já tiveram alguma vivência de educação em saúde ou participaram da antiga equipe de educação em saúde, como por outros agentes que se sentiram restringidos pela gerência quando quiseram realizar algum trabalho educativo de abordagem coletiva. Esses elementos podem se constituir em um ponto de transição para a transformação de suas práticas educativas.

9.3.3 Elementos potenciais de transformação das práticas educativas no controle das endemias

Como foi visto, a tensão gerada pela busca do cumprimento da produção e a falta de um programa de educação continuada foi apontada pelos agentes como um entrave para o desenvolvimento de ações educativas de abordagem individual.

No caso de ações de abordagem coletiva (que envolvem um agrupamento de pessoas, como as reuniões educativas e os trabalhos em escolas), as barreiras que os ACEs encontram são as normatizações gerenciais. Há uma proibição ao desenvolvimento destas ações. Um dos agentes, o qual já foi também agente comunitário de saúde, queixou-se da ausência destes trabalhos e mostrou-se saudosos do tempo que fora ACS, pois, havia estímulo da supervisão do programa para que estes desenvolvessem atividades educativas, inclusive de abordagem coletiva, como o teatro.²¹ Já no caso dos agentes de controle das endemias, acontece justamente o contrário. Foi sugerido por um grupo de agentes que eles desenvolvessem ações educativas nas escolas e USFs, mas a gerente do serviço diz que o papel educativo destes deve se restringir às visitas domiciliares, uma vez que não possuem capacitação para estas ações. Outra justificativa que aparece nos depoimentos informais é o medo de que estas ações prejudiquem a produção da inspeção e tratamento de focos, sobre tudo, da dengue.

Na realidade, é uma releitura do modelo da FUNASA, onde o agente de saúde medicalizador só faz inspecionar e tratar focos. A diferença é que na Fundação há uma equipe de agentes de saúde educadores. Para que os agentes municipais também assumissem seu papel de educador, nesta perspectiva da

abordagem coletiva, representaria mais uma vez uma ruptura cultural e do modelo de organização do processo de trabalho do serviço.

Uma outra crítica dos agentes diz respeito à prática da entrega do material educativo desprovida de diálogo.

9.3.4 Crítica ao uso de linguagens e materiais didáticos

Além da crítica aos processos educativos de abordagem individual e as sugestões acima descritas, um agente após confrontar a sua experiência com o grupo de teatro, em 1996-7, com as práticas educativas baseadas na simples entrega do material educativo, chamou atenção para como esta última é frágil.

O trabalho que a gente fazia [de teatro] era muito importante [...] Além da gente fazer um trabalho divertido, que as crianças entendiam com o mamulengo, a gente dava palestra, uma palestra conversando. [...] Porque a gente entrega um panfleto, aquela pessoa guardou, muitas pessoas têm preguiça de ler. Eu mesmo, pego um panfleto às vezes que eu vou ler, assim quando eu estou interessado. Mas, às vezes eu recebo um panfleto quando eu estou andando na cidade, depois que vou ler, se eu achar e eu que sei ler. E aquela pessoa que não sabe ler, guardou... aquela pessoa é cega. Porque, preste atenção, passa naquela casa entrega o panfleto, e depois volte, se você não encontrar ele em cima de alguma coisa, vai encontra o panfleto pelo chão. (Informação verbal).²²

Durante o acompanhamento dos agentes no campo, não identifiquei a presença de material educativo, salvo durante o mutirão de desratização, em Aldeia. Durante a visita de uma das residências, o agente entregou um folder para um senhor da comunidade. Ao observá-lo percebi que ele estava olhando o panfleto de cabeça para baixo. Ao indagar se ele sabia ler, ele não respondeu passou o material

²¹ Como foi visto, esta foi a origem do serviço de educação em saúde no Município.

para a sua esposa. Não fiquei convencida de que esta sabia ler, por outro lado, preferi não perguntar mais uma vez. Ao sairmos da residência indaguei ao agente se ele não pensava que algumas pessoas poderiam não saber ler e que talvez fosse interessante conversar um pouco com as pessoas sobre o conteúdo do material entregue. Ele respondeu que sempre tem alguém na casa que sabe ler. Nesta casa, além do casal, havia as crianças que talvez não tivessem cinco anos. Em 1991, Camaragibe apresentou um índice de 21,3% da população maior de 15 anos que não sabiam ler.

Os materiais didáticos são importantes instrumentos no processo educativo, mas, sua utilização, em geral, serve como meio para sanar a falta de diálogo entre os profissionais de saúde e a população. A técnica do Núcleo de Vigilância Ambiental ao falar da dificuldade dos agentes vivenciarem o seu papel de educador sugere que o panfleto poderia contribuir que algum diálogo se estabelecesse.

[...] poderia ser trabalhado melhor isso, *até mesmo porque* se ele sai com panfleto, ele tem a necessidade de dá alguma explicação. Se ele sai sem nada, ele chega na casa, bate, entra faz o trabalho dele, e as vezes nem fala nada. Se a gente tivesse pelo menos um panfleto, ele [*o agente*] quer se livrar daquilo que pesa na bolsa, talvez até ele desse, se a pessoa na hora mesmo for curiosa, né, fosse lendo [*e falasse*]: “ah! É assim tal...” E aí puxasse também algo dele (Informação verbal).²³

Em vários momentos pude perceber que por não haver momentos de reflexão e avaliação do serviço, não havia clareza das origens dos problemas encontrados. O desejo de melhorar o serviço, fazia com os técnicos buscassem diblar as dificuldades encontradas com sugestões, como esta, que distanciam-se da origem do problema e de sua resolução. Os agentes não desenvolvem diálogo durante suas visitas porque são descompromissados, pois, como já foi visto, a

²² Fala de um dos ACEs. (Boy).

própria organização do trabalho não prevê tempo suficiente para que isto ocorra. Também não existe um projeto de educação continuada que os apoie nas ações educativas.

Ainda vale indagar: que processo educativo é este que se estabelece baseado na entrega do material e desacompanhado de outras iniciativas? O simples repasse de informação?

A reflexão do uso da informação nas ações educativas leva a uma natural aproximação de um outro campo do saber, o da comunicação. Que concepção de comunicação estaria presente neste momento? Mesmo que não me sinta habilitada para desenvolver reflexões neste campo, é importante tecer algumas considerações, mesmo que seja de forma breve.

A comunicação tradicional buscou construir uma linearidade nos seus processos comunicacionais. Ou seja, os sujeitos do processo, nessa perspectiva, são: um detentor da informação (transmissor) e um receptor da informação. O primeiro tem o papel de repassar a informação para o segundo, o qual cabe assimilá-la. Assim, como na educação não-crítica, o receptor, é percebido como tábua-rasa, saco vazio que deveria ao assimilar essas informações, mudar seus hábitos. No processo de recepção da mensagem ao se levar em conta os ruídos (tudo que dificulta a recepção da mensagem), não se considerou as questões culturais, sociais, as lógicas diferenciadas de apreender a realidade e a coerência da mensagem com os valores internos de cada indivíduo. Isso se deu porque esse processo fez parte do mesmo projeto político de dominação social que deu sustentação às escolas não-críticas da educação, e por conta disto, não reconhecia que o público alvo destes materiais teriam histórias de vida e saberes diferenciados.

²³ Fala da técnica Maria.

Segundo Oliveira (2001), uma das críticas que se faz aos medias diz respeito a universalização de linguagens que não considera as diferenças culturais regionais. Ou seja, não percebeu que as pessoas têm diferentes culturas, saberes, histórias de vida, lógicas de lidar com as questões que enfrentam no seu cotidiano e que devem ser respeitadas e valorizadas. Além de ter servido a um projeto político de massificação, alienação e dominação, este projeto de comunicação serviu também para a ineficiência do processo ensino-aprendizagem.

Deste modo, espera-se que os processos de comunicação, numa perspectiva libertadora, dêem-se a partir de uma compreensão que os indivíduos com quem se deseja comunicar têm saberes, histórias de vida, desejos, necessidades e diferentes formas de se mover no mundo, e que tudo isso deve não só ser reconhecido, como respeitado. Assim, poder-se-á estar contribuindo na formação de um indivíduo com sua auto-estima fortalecida para participar ativamente das transformações de suas realidades e dentre estas, o controle do Sistema Único de Saúde.

Por conta disto, é importante, ao se pensar no processo de produção e na utilização destes recursos, analisar seu conteúdo segundo a qualidade das informações técnicas, a linguagem, o conteúdo ideológico de educação, saúde e de indivíduo que contêm. Pois, os materiais educativos também trazem alguma concepção de educação em saúde. No caso das endemias (mas, também em outros agravos), geralmente a concepção de educação em saúde presente é a normativa, sem questionar as diversas responsabilidades presentes no processo de prevenção e promoção à saúde, culpabilizando as vítimas pelo seu adoecimento e morte.

Analisar ou escolher a linguagem também requer perceber a capacidade de “seduzir” as pessoas a ter o desejo de conhecer esse material, seja pela estética

que pode lhe conferir a sensação de prazer ao entrar em contato com este material ou pela presença do respeito ao saber e à cultura das pessoas a quem este material está destinado. É uma ação que pede a vivência da transdisciplinaridade com o campo da comunicação e da arte.

Algumas metodologias têm sido utilizadas durante a confecção destes materiais para garantir que estes critérios estejam presentes. A pesquisa da representação e das estratégias populares de enfrentamento dos agravos, construção participativa com os usuários, capacitação para a produção popular dos materiais, são um exemplo disto. No entanto, a realidade dos serviços nem sempre são favoráveis a estes processos, principalmente, diante das dificuldades da disponibilização de recursos financeiros e da falta de planejamento das ações educativas, que faz com que haja uma urgência na sua produção. Enfim, buscar a coerência dos materiais com os princípios de educação que se quer vivenciar, requer uma análise crítica aliada a flexibilidade e criatividade de acordo com a realidade de cada educador/a.

É também importante pensar na forma como os materiais didático-informativos serão utilizados dentro da ação educativa, no sentido de fugir, assim como o agente acima citado alertou, de um uso inadequado ou da realização de processos de transmissão de informação. O uso de criatividade do/a educador/a é fundamental no planejamento destas ações. O diálogo com os interlocutores, a utilização de metodologias da educação problematizadora que parte dos saberes e vivências destes antes da entrega do material, talvez possam se constituir em caminhos que auxiliem neste processo. Aqui não caberia estabelecer um padrão de conduta, ao contrário, chamar a atenção para as inúmeras possibilidades e necessidades que o/a educador/a pode encontrar no seu cotidiano.

Outro aspecto fundamental ao se planejar o material educativo é visualizar em que atividades educativas serão utilizados e a sua adequação à ação e ao público que se está interagindo. Ou seja, um vídeo, um panfleto, uma cartilha que possibilidades traz e que recursos são necessários para a sua utilização? O público sabe ler para podermos utilizar um panfleto? Estas são algumas questões que podem apoiar o/as educadore/as nesta escolha.

Infelizmente, como foi visto, em Camaragibe, não foi encontrado na pesquisa uma política de comunicação em saúde que pense a construção de uma coerência entre o agir, pensar e fazer educativo e da comunicação. Assim sendo, por muitas vezes os materiais educativos que são produzidos ficam destoantes da proposta municipal de educação popular em saúde e são pensados sem um planejamento que preveja para quais atividades educativas serão utilizados.

9.3.5 A inovação dos espaços para o desenvolvimento dos trabalhos

Esta busca dos agentes em remodelar seu agir, levou a uma ampliação dos espaços onde a ação educativa pode se desenrolar. Já nas entrevistas percebe-se a sugestão de trabalhos nas escolas, USFs e associações de moradores. Estas sugestões partiram das vivências da equipe de educação em saúde que foi destituída, como também do acúmulo trazido pela vivência da Região III da cidade. Isto pode se constituir em um espaço de articulação intersetorial e com a sociedade civil.

Durante as oficinas de educação em saúde realizada em dezembro de 2000, esta reflexão foi amadurecida abrindo espaços para a diversificação de locais, metodologias e parceiros. Os trabalhos produzidos pelos grupos mostram como os

agentes começam a visualizar outros espaços, parceiros e formas de realizarem a ação, conforme mostra o relatório da oficina:

- a. O que fazer? Palestras, reuniões, peças de teatro, panfletagem, propaganda publicitária, oficinas e debates nas comunidades;
- b. Onde? Associações de moradores, escolas, igrejas, Casas de Candomblé, USF;
- c. Com quem? (parcerias) ACS, Líderes comunitárias, Religiosos, outras secretarias e rádios comunitárias;
- d. Como? Ouvir a comunidade (suas sugestões) podem auxiliar o trabalho, valorizar as pessoas do próprio local (religiosos, lideranças) – o vínculo e credibilidade que estes têm junto as pessoas do local caracterizando-as como importantes aliados, através da utilização de vídeo, teatro, rádios comunitárias, panfletos, cartazes. (CLEMENTE; CARVALHO; OLIVEIRA, 2001).

Infelizmente, não foi possível ver como essa ampliação se deu na prática, uma vez que a oficina foi um dos últimos momentos da pesquisa de campo.

9.3.6 Uso de linguagens lúdicas

Como já foi dito, outra crítica trazida pelos agentes, diz respeito à ausência de trabalhos educativos que tenham uma amplitude maior do que a abordagem individual das visitas. Mas, nem sempre foi assim, como já foi visto, em 1996-7, o grupo de raiva e leishmaniose, realizava trabalhos educativos, através do teatro de bonecos nas escolas, associações de moradores e USFs. Estes trabalhos tiveram início após um projeto de arte-educação no controle da dengue financiado pela Secretária Estadual de Saúde, em 1996. Este projeto realizou, conjuntamente com artistas populares do município, 60 oficinas de arte-educação nas escolas e associações de moradores. Durante as oficinas de capacitação dos arte-educadores, houve a participação de alguns agentes municipais, tendo, assim, acesso à proposta metodológica. Mas, o fato decisivo para o desenvolvimento destas atividades foi a

presença de um ator profissional na equipe, o qual organizava as apresentações e preparava os demais colegas para o trabalho.

Um dos agentes que participou deste grupo relata como essa atividade era realizada:

Eu lembro que os Diretores das Escolas agendavam as palestras e pegou um ritmo tão bom que eu ia dar palestras nas casas. Então, as Agentes de Saúde marcavam uma rua, pegavam uma casa que tivesse um terraço legal e reunia [...] toda Sexta-feira num lugar diferente. A gente armava a tenda do teatro de bonecos de uma árvore para outra [...] e tinha casos do pirralho chorar e dizer assim: 'eu só saio daqui, quando o boneco voltar de novo para contar sobre a dengue'. E essa equipe foi desativada. (Informação verbal).²⁴

Um trabalho que deixou marcas na comunidade:

Eu fui fazer uma desratização numa casa e eu cheguei lá estava os passarinhos tudo com aquele negócio que deslizava²⁵ [...], tudo bem limpinho e a menina disse: 'foi meu filho que foi numa palestra na escola, chegou aqui virando tudo, limpando tudo, botou isso aqui para o rato não subir, disse a mim que eu guardasse as panelas antes de dormir' [...] [indagou a mãe] qual escola? [a mãe responde] 'aquela dali, tal horário' ah! fui eu mesmo. Foi um garoto, e eu me senti importante fazendo isso. Hoje não me sinto muito importante. (Informação verbal).²⁶

A equipe de educação em saúde foi desmobilizada com a justificativa de que com a junção das equipes de campo (da dengue, controle de roedores, raiva e educação em saúde), todos os ACEs seriam capacitados para desenvolverem atividades educativas, uma vez que o papel do agente esperado pela instituição seria o de educador. No entanto, durante a pesquisa, apareceu um outro cenário. As capacitações jamais ocorreram, havia pressões dos demais agentes para que este grupo fosse desmobilizado e por parte da gerência, algumas posturas que desestimularam o grupo.

²⁴ Fala de um dos ACEs (Alisson).

²⁵ Acredito que se refere a um tipo de controle mecânico para roedores, latões colocados em árvores com a finalidade de evitar que estes animais subam para se alimentarem das frutas existentes.

²⁶ Fala de um dos ACEs (Alisson).

Um grupo de agentes se sentia prejudicado por estar na área, trabalhando sob um sol causticante enquanto o grupo de teatro ficaria ensaiando pela manhã e realizando as apresentações à tarde. Não sabiam que também realizavam apresentações inclusive no horário da noite, mesmo sem solicitar reposição das horas trabalhadas, pois, segundo um dos agentes deste grupo, sentia tanto prazer no que fazia, que não solicitava essa reposição. Havia também muitas críticas e preconceitos do colegas em relação até a masculinidade do grupo:

Agora o que os colegas de trabalho mesmo faziam? Na reunião falavam: 'Tem três agentes de saúde, nós trabalhamos na rua, nós fazemos isso, nós estamos com as bolsas nas costas, e tal... enquanto fulano, beltrano, sicrano [...] tão ai com o mamulengo.' O pessoal da FUNASA mesmo, seu Carlos, da SUCAM, da Fundação, chegava lá e tirava a maior onda, e até os colegas de trabalho: 'agora, fulano é com o mamulengo, com bonequinho', tirando onda.²⁷ O trabalho da gente era importante. A gente terminava o teatro e depois dando a palestra com as crianças fazia o quê? 'E ai, o que é que o rato faz? As crianças respondiam a gente. Porque através do teatro, e os adultos também, divertia a comunidade, e a comunidade ia. E toda a comunidade e até as crianças ficavam perguntando as agentes de saúde: 'não vai ter mais não? não vai ter mais não? Eu quero, não sei o quê...'²⁸. Agora, como hoje a gente se revoltou, porque Alisson mesmo disse, se colocar ele disse que não quer mais. porque era um trabalho que a gente fazia, era digno. Tipo assim a gente ensaiava de manhã e estava agendado para tarde. a gente ia a tarde. Tem duas palestras, se a gente terminava de quatro horas e ia embora, e encontrava algum colega de trabalho e dizia, 'tá vendo isso que é bom!'. Por causa dos próprios colegas de trabalho que eu acho que acabou isso e por causa dos meninos que trabalhavam na dengue foi quem acabou a equipe de Leishmaniose e a gente saiu de lá. Que toda reunião os meninos falavam que nós não trabalhávamos e que nós não fazíamos nada, mas ninguém via que a gente combatia a leishmaniose, o calazar, a gente fazia teatro (...) [o pessoal da Fundação] criticava, achava que era um trabalho bobo, um trabalho inventado para não fazer nada.(Informação verbal).²⁹

Segundo relato de um agente, do outro lado estava a diretora da DIEVIS, (não a mesma que concedeu as entrevistas, mas a que ocupava o cargo em 1997)

²⁷ Fala com desdém, como se sugerisse que os colegas estivessem colocando em dúvida a masculinidade deles.

²⁸ Fala com voz de criança.

²⁹ Fala de um dos ACEs (Boy).

que justificava ser este um trabalho para os universitários. A qual causou mágoas na equipe quando contratou um grupo para realizar apresentações de teatro nas comunidades pagando, R\$ 30,00/h de espetáculo. Mesmo sendo a noite, não convidou nenhum dos agentes que compunha a equipe. Desmotivando e desmobilizando a equipe.

Um dos agentes relata que entre eles há referência a este trabalho, dando indicativos de sua volta:

[...] acho que tem que melhorar mais, a prefeitura tem que aprimorar. Assim, [fazer] novas palestras, voltar o teatro que tinha antigamente. Antigamente tinha um teatro para dengue. Eu fiquei sabendo através dos meus colegas que tinha um teatrozinho. Sobre esse teatro, eles [os colegas] pedem de volta o teatro nos bairros. (Informação verbal).³⁰

Esse reconhecimento da necessidade do retorno deste trabalho, também surgiu de um dos agentes que criticava o grupo de teatro. Anos mais tarde quando este agente sensibilizou-se para a necessidade de um trabalho educativo e de organização comunitária como complementar do trabalho que desenvolvia na sua área, tanto no seu papel de chefe de turma como no de líder comunitário, viu-se diante das amarras do serviço que ele mesmo ajudou a construir e reviu sua posição:

Critiquei, mas eu sei que foi burramente, porque eu como estava fora carregando peso achava que o pessoal estava ali só no ventilador. Critiquei e peço desculpas até hoje. Alisson mesmo, de vez enquanto ele me joga isso: 'você e Felipe, me criticaram muito'. Critiquei porque eu achava que era um trabalho que não surtia efeito. Porque até aí eu não tinha me comprometido com o trabalho da forma que eu estou hoje. Eu acho que eu perdi muito no começo deste trabalho aqui. Eu me lembrava muito, me destacar para sair. Era, sair da rua. [...] É uma coisa meio doida, Uma coisa meio estúpida, mas é, eu sei que eu errei. Porque hoje em dia eu defendo, era um trabalho que deveria estar aí na ponta. Um trabalho que deveria ser feito antes de qualquer implantação do trabalho. (Informação verbal).³¹

³⁰ Fala de um dos ACEs (Flávio).

³¹ Fala de um dos ACEs Robson.

Durante a oficina de educação em saúde, realizada, no período de 18 a 22 de dezembro de 2000, Robson readmitiu perante o grupo seu erro, e falou da importância deste trabalho. A sensação que tive foi que Robson havia tirado um peso da consciência durante esta oficina.

Quando os agentes se reportam ao uso de teatro resgatam a sua capacidade de atrair públicos dada a sua ludicidade. Mas qual seria realmente o papel das diversas linguagens na educação em saúde? A utilização do teatro por si só seria capaz de garantir processos educativos sensíveis e coerentes com os princípios de fortalecimento do SUS, da cidadania, e da melhoria da qualidade de vida? O que o uso de linguagens lúdicas pode contribuir neste processo?

Durante minha experiência como coordenadora das ações de Educação em Saúde no Controle das Endemias na Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco³², pude perceber que o uso da arte-educação tem grandes potencialidade em: exercer um diálogo alegre e divertido na construção do conhecimento; elevar a auto-estima no momento em que, ao exercitarem o seu lado criativo, os sujeitos envolvidos se percebem como capazes de criar; facilitar o processo de auto-conhecimento e de conhecimento do outro, pois a linguagem artística revela também os conteúdos subjetivos e do inconsciente, aumentando as possibilidades de interação e comunicação entre as pessoas.

E dentre as linguagens artísticas, a arte popular, tem ainda a potencialidade de contribuir para que as pessoas envolvidas no processo fortaleçam também a sua identidade cultural.

Mas, nem toda manifestação artística, seja ligada à cultura popular ou não, garante o estabelecimento de processos que contribuam na libertação das

peessoas. Quando o uso do teatro aproxima-se da linha do teatro do opressor, descrito por Augusto Boal como o teatro que busca reproduzir as estruturas de poder e dominação cultural das elites, pode contribuir na culpabilização das vítimas. O teatro do oprimido, descrito por este dramaturgo como o teatro que atua na libertação das classes sociais oprimidas, pode trazer para o lúdico, as reflexões críticas da realidade e do mundo, visando sua transformação.

Assim, institucionalizar a arte-educação em saúde, demanda a elaboração de estratégias que visem criar uma unidade entre a linguagem escolhida e o referencial de educação em saúde que oriente as ações. Ou seja, além da capacitação técnica nas linguagens, é também necessário um processo que garanta uma reflexão de como esta pode incorporar o discurso do modelo da educação que se buscar construir.

No caso dos agentes de saúde de Camaragibe, a oficina de Educação em Saúde, realizada em dezembro de 2000, parece ter tido um importante papel para a reativação do grupo de teatro. O que só se deu pelo apoio do novo gerente do serviço.

Após esta oficina, o grupo foi reativado, sob a direção de um agente de controle das endemias que é diretor profissional de teatro, o mesmo que organizou o primeiro grupo. A composição do novo grupo foi aberta para os agentes que desejassem participar e foi reservado às quintas-feiras para o ensaio, e posteriormente, para as apresentações.

Nessa nova experiência, o amadurecimento profissional deste agente que dirige o grupo, conferiu ao espetáculo uma encenação profissional com figurinos e coreografias. O grupo ganhou nome, “desatando o nó” e fez várias apresentações

³² Esta experiência está relatada nos Cadernos de Educação em Saúde II, SES-PE, 1998.

em escolas e na Ação Participativa. Segundo depoimento do seu diretor, em entrevista concedida à revista Tema (2001), já realizaram mais de 55 apresentações e atingiram em torno de 6 mil pessoas. O “Desatando o nó”, já extrapolou o Universo de Camaragibe, em agosto de 2001, apresentou-se no II Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde, em Brasília. Como resultado do trabalho apresentado neste Encontro, recebeu convites para se apresentar em alguns municípios do Estado de Pernambuco e até, em outros Estados. Ainda ajudou a compor a ilustração da revista Tema (2001) com as imagens colhidas pela equipe da revista durante a sua apresentação no Encontro e com sua vivência, compôs parte da matéria sobre as experiências de educação popular em saúde em Camaragibe. Atualmente, o diretor do grupo prepara mais uma turma, agora com o teatro de bonecos para trabalhar a raiva animal.

Para aceitar retomar o grupo de teatro, o diretor, fez algumas exigências, não teria interferência de nenhum técnico, seria uma produção coletiva do grupo. O novo gerente aceitou as condições e deu todo o apoio necessário.

A estréia foi uma apresentação no auditório da prefeitura e o público era composto por profissionais de saúde, diretores e alunos de escolas. O texto refletiu o conhecimento construído na oficina. Inicialmente parece ser culpabilizador da vítima. A divertidíssima Maria enquanto esperava que seu marido (o qual apresentava todos os sintomas da dengue) fosse atendido no ambulatório do serviço de saúde, teve um pesadelo que estava sendo julgada em uma corte como culpada pelo adoecimento do seu marido, uma vez que não havia cumprido as prescrições do agente de saúde da sua área. No entanto, o texto dá uma guinada e realiza uma crítica aos processos educativos que culpabilizam a vítima, dá o recado que o SUS é uma conquista da cidadania e que todos (poder público e comunidade) têm papel importante no

combate à endemia. No entanto, o texto, apesar de refletir que a saúde é uma conquista dos vários setores da sociedade, ainda é centrada em um único agravo.

9.3.7 Prática dialógica e sensível

Muitas vezes, durante o acompanhamento das atividades dos agentes, pude perceber que estes estão constantemente entrando em contato com a subjetividade das pessoas com quem interagem. Nestes momentos, alguns se permitem parar, escutar, trocar palavras de conforto e até emocionar-se diante das situações de sofrimento que se deparam no cotidiano. Visualizei nestes movimentos o desenho de uma nova postura de educador em que o cuidar extrapola o ambiente e se aproxima mais das pessoas. O que potencializa a sua ação educativa, pois, cria-se um maior vínculo com a comunidade e uma maior inserção na sua dinâmica.

Em uma destas situações, a vivência da sensibilidade no processo educativo pareceu ser a base da ação educativa de um dos agentes, mas não suficiente para romper com a elaboração racional que ele fez da educação, durante sua entrevista. Ou seja, Cláudio apresentou uma dicotomia entre a forma como define a educação em saúde e a sua prática cotidiana. A concepção normativa da educação em saúde, que o faz se perceber como um veículo de informação, me levou a esperar deste uma prática sustentada num monólogo que prescreve normatizações, baseada na concepção de indivíduos vazios de conhecimento. No

entanto, este agente mostrou ter uma prática educativa completamente diferente. Nas casas que visitamos juntos, ele demonstrou desenvolver suas atividades escutando os usuários, seus problemas e quais as iniciativas que eles sugeriam para a solução destes, para enfim, colocar sua opinião. Buscando assim, a construção de saberes e uma prática dialógica permeada de sensibilidade.

Chamou-me atenção nesta área, a ausência de focos, o que poderia ter se dado pela pouca interrupção do abastecimento de água. Mas, também não havia recipientes que pudessem ser de risco para proliferação do mosquito, uma vez que, em todas as residências visitadas havia muito cuidado com o lixo e reservatórios de água. Também foi interessante o alto número de recusas da inspeção que teve o agente que o substituiu em suas férias, 18 em uma semana. Ao relatar esta constatação a um dos técnicos do Núcleo de Vigilância Animal, este justificou que era por se tratar de uma área de classe média. Mas, muitos agentes me relataram, em diversos momentos da pesquisa, que nas classes sociais de maior poder aquisitivo existe muita resistência na incorporação das orientações dadas por eles para prevenção dos agravos. Haveria uma relação com a forma respeitosa e carinhosa que a comunidade é tratada por este agente?

Por outro lado, havia muitas queixas dos técnicos e gerentes da baixa produtividade de Cláudio. Talvez, haja atitudes de Cláudio que justifiquem estas queixas, mas, não as constatei durante a pesquisa, o que pode ter se dado pelo curto período em que acompanhei as suas atividades. Mas, com certeza há uma relação destas críticas com a incompreensão que o trabalho educativo requer tempo para que o diálogo possa ser vivenciado:

Então, eu entro na casa das pessoas para fazer tratamento de dengue e as pessoas me falam de seus problemas cotidianos. Talvez encontrem confiança em mim para falar de seus problemas e eu escuto. E o papel do educador é também esse de escutar. [...] Eu entrei numa casa, a mulher começou a chorar, e eu sem entender nada. 'Ela olhou para mim e disse: é

porque você parece muito com meu filho que morreu a dois meses'. Ai você senta com a pessoa [...] Eu acho que isso também deveria ser compreendido. Eu também não posso dar as costas e dizer, 'ah, eu não! Não vem com teu problema que eu não tenho nada haver com isso'. Tem que conversar, tem que escutar. Não me custa nada, não é meu trabalho? É saúde mental, não deixa de ser saúde. Eu vejo assim. (Informação verbal).³³

Pode-se, mais uma vez, perceber a urgência de que o controle do processo de trabalho, pautado na cobrança da produtividade, seja reavaliado, pois, a ação educativa que tem resultados mais efetivos, exige um tempo maior para a sua execução do que a prática restrita à colocação de veneno.

Mesmo que eu não tenha presenciado com os demais agentes que acompanhei posturas abertas à construção do conhecimento, existiram diversas situações, como já relatado, em que o diálogo foi vivenciado com relação as coisas triviais da vida e próximas a que Cláudio relatou. E como foi visto, a inserção continua destes agentes na comunidade os leva a ampliarem o contato com a subjetividade das pessoas com quem interagem.

Esta abertura para o diálogo aponta para mais uma demanda aos processos de formação dos agentes, o resgate da sensibilidade. O diálogo, base da educação popular, pede um saber escutar e respeitar tanto as pessoas envolvidas, como os seus saberes e histórias de vida. Carece de uma compreensão mútua. Entretanto, o diálogo nem sempre se dá de forma tão clara e expressa em palavras. Falamos com gestos, com o canto dos olhos, e com tantas outras linguagens. Qual seria, afinal, o caminho para essa compreensão, precisaríamos nos especializarmos em análises psicológicas para acessarmos o que realmente o outro nos quer dizer com as demais linguagens? Nos serviços de saúde, existem posturas de alguns

³³ Fala de um dos ACEs (Cláudio).

profissionais, de que a escuta, a busca da compreensão das pessoas as quais se interage, é um papel exclusivo do/as psicólogo/as.

Durante este trabalho trouxe exemplos em que há um encontro de subjetividades e de contato com a dor e sofrimento cotidiano das pessoas com quem se interage. Diante destas situações, ficou evidente que os agentes não precisaram ter conhecimentos formais da psicologia para agir quando as pessoas da comunidade lhes relatavam os seus problemas, assim, como Cláudio com a senhora que se lembrou do filho que morrera. Os agentes se guiaram por outros referenciais, talvez a ética, a intuição, o sentimento de solidariedade. Por que algumas pessoas, que muitas vezes não têm nem escolaridade, têm a capacidade desta leitura? Onde e em que momento de nossas vidas perdemos a capacidade de ver o ser humano além das palavras?

Maffesoli (1998), diz que a racionalidade ocidental separou os sentimentos, afetos, intuição e paixões da produção e apreensão do conhecimento e nos distanciou de ver a realidade em sua complexidade e integralidade, como já foi visto neste estudo. Mas, a visão integral da vida sempre existiu nas classes ou culturas que sofreram uma menor influência da racionalidade instrumental, como na forma de ver e experienciar a realidade no senso comum³⁴

Como resultado, profissionais de saúde foram treinado/as a desconhecer qualquer elemento que os aproxime do que a ciência não consegue quantificar. Os sentimentos e emoções foram tidos como algo que tornaria turva a realidade e que diminuiria a sua competência e seriedade profissional. Ora, se esses elementos compõem o Ser em uma intensidade tal, que é o que guia a maior parte das decisões das pessoas, neste caminho, os profissionais perderam contato com o seu

Eu. Aprendeu-se a se desconhecer e como efeito dominó, a desconhecer as pessoas com quem travam relações em seu cotidiano. No trabalho em saúde, lida-se constantemente com a subjetividade do/a outro/a. Se a sua subjetividade não é aceita e compreendida, como compreender a das pessoas que interagem?

Esta negação da sensibilidade nas práticas de saúde também podem estar relacionadas a um mecanismo de proteção emocional, principalmente, quando se entra em contato com a dor e os problemas decorrentes das condições sociais e econômicas, difíceis de serem superadas. O contato com esta realidade pode levar a um sentimento de impotência, de tristeza, de medo e tantos outros. Para evitar entrar em contato com o sofrimento que surge diante destas situações, muitos agentes (e demais profissionais de saúde) negam o sentimento e criam uma couraça, o que pode levar ao estabelecimento de uma relação fria e mecanicista destes com as pessoas da comunidade.

O (auto)conhecimento e aceitação dos sentimentos e das paixões pode diminuir o medo de lidar com que se sente e com o que o/a outro/a sente. Retirando-se, assim, as zonas de segurança que impele à vida e a manter o contato com as pessoas.

Como foi visto, Cláudio expressa no campo racional as concepções hegemônica da educação normativa, mas na vivência cotidiana o que dá sentido as suas práticas educativas é uma postura aberta para o diálogo com a sensibilidade. Certamente, esta dicotomia reflete a falta de espaços no serviço destinados a reflexão da prática e da construção de uma coerência do que se pensa, sente e faz. Assim, vale questionar se a negação da sensibilidade no discurso científico e no mundo do trabalho, também seja responsável por esta dicotomia. Ou seja, como

³⁴ Esta reflexão já foi desenvolvida no sexto capítulo.

estas práticas são tidas como transgressoras, seja na comunidade científica, seja na organização do processo de trabalho, elas são negadas no discurso, quem sabe até, como mecanismo interno de se proteger da incômoda situação de se sentir marginal.

Esta constatação, entre outras coisas, remete à necessidade de que nos objetivos dos processos de formação de educação popular em saúde também estejam inseridos um resgate da sensibilidade na ação educativa. Algumas práticas podem contribuir neste despertar dos sentidos: as vivências corporais, uso da arte-educação e espaços abertos para a reflexão e troca de experiência de como os profissionais lidam com estas situações³⁵

9.3.8 Vivências ligadas à organização comunitária e em espaços públicos

Outra forma de um agir educativo de abordagem coletiva que foi encontrado na pesquisa, mas que não foi acompanhado, diz respeito às vivências realizadas na Região III.

O seu chefe de turma (CT) já manifestava um desejo de formar uma associação de moradores, mas dentro de uma visão utópica. Foi a vivência no trabalho e aproximação com a gestão municipal que amadureceu o processo, tornando-o mais participativo, partindo da consulta popular quanto as suas necessidades e desejos do que deve ser trabalhado.

Tinha *[trabalho comunitário]*, mas nunca tinha ido tão a fundo como estou indo agora. A gente tinha a intenção de fazer uma Associação de moradores, mas aquela coisa muito florida, sabe como é? Você não mergulha fundo nos problemas realmente do que é comunidade, quais são os problemas principais, como reivindicar, como organizar uma sociedade, assim não. Você só acha que é chegar, planejar e executar e está tudo

³⁵ Para ampliar esta reflexão ver: Gauthier, J., 1997; krishnamurti, J., 1994; Oliveira, M.V., 1998; 2000 e Oliveira, N., 2001.

certo. Na minha opinião esse que é o florido. Fica muito na questão de utopia, tudo muito bonito. Você pedisse se realizava e pronto. Com a minha vivência nesse trabalho e dentro da prefeitura isso foi mudando. A gente começou a fazer uma política de bairro diferenciada. Agora, a gente está mais pé no chão, [...] organizando de forma melhor. Porque antes ficava muito na mão da liderança reivindicar. A liderança era quem andava no bairro, quem planejava, quem fazia tudo isso, nunca houve participação da comunidade. A comunidade nunca foi ouvida nessa questão. Então, a gente copiou o sistema de trabalho da administração atual de fazer com que o pessoal participasse. Então, começou a se pedir a opinião. Aqui na nossa comunidade, ainda é difícil o trabalho comunitário. É difícil pela visão do pessoal do trabalho comunitário. É uma comunidade que as pessoas passam pouco tempo aqui, fica mais naquela de trabalhar mais fora aí não se interessa muito, tem gente que passa só final de semana, aí não se integra. A gente está adequando com as pessoas que ficam no bairro. [...] Tem umas coisas que a gente já tem bem andadas, projetos tipo arborização e a coleta seletiva de lixo que a gente está batalhando para implantar aqui. (Informação verbal).³⁶

Essa vivência enquanto liderança comunitária se mistura ao papel do CT, ora configurando novos modos de gerir o trabalho, ora adentrando seu tempo de trabalho. O que ocasionou conflitos com a gerência.

Segundo a gerente, este começou a realizar reuniões durante o horário de trabalho e deslocar um de seus agentes para convencer a população a reivindicar no orçamento participativo a construção de um canal, o qual Robson associava a um dos principais motivos geradores de risco para leptospirose. Um dos informantes coloca que ele estava se reunindo com os adversários para se contrapor à antiga secretária de saúde, fato negado tanto por ele, como pela gerência. No entanto, ambos admitem que a antiga secretária defendia uma outra proposta na ação participativa, a construção de um posto de saúde. Outro ponto comum é quando Robson admite ter errado ao misturar os papéis. Coloca como justificativa:

É na maioria das vezes se mistura. Eu [...] não sou mais um líder comunitário só daqui, eu já sou um líder comunitário de toda a região que eu moro, da área que eu trabalho nela. Então, eu saio atuando onde eu posso. Tem problema com lixo: eu vou e reclamo. Tem problemas com animais: eu vou e reclamo. Eu faço isso na região em que eu moro, está se tornando uma coisa assim de vício. Eu tenho que fazer isso, sabe? [...] Eu não sou muito chegado a injustiça, a ver gente sofrendo, eu me sinto mau com isso sabe, Verônica? Eu acho que meu erro maior é esse, eu procuro

³⁶ Fala de um dos ACEs (Robson).

vestir essas camisas, do cara que está sofrendo, do cara que está penando, ai vou atrás para brigar, me estrepo. (Informação verbal).³⁷

Durante a oficina de desenvolvimento institucional, no dia 06 de março de 2000, este agente me chamou para falar do seu projeto. Disse que eu sabia que a vida dos agentes é muito difícil. Fez também uma ponte do que foi trabalhado na oficina quanto a visão integral das endemias em relação ao seu projeto de fazer articulação para um trabalho com lixo, arborização da área. E levantou a questão “Por que isto não pode ser articulado ao trabalho?”. Uma vez que não compreendia estas divergência entre este agente e a gerência, fiquei receosa de estar me envolvendo na briga dos dois. Chamei a facilitadora que estava ao lado e fiz a ponte com a discussão que iríamos ver sobre processo de trabalho, mostrando que teríamos a oportunidade de refletir melhor isto. Ainda, indaguei que antes de estarmos na Prefeitura já fazíamos parte dos movimentos populares, por que agora não o faríamos mais? Porém, que era importante saber diferenciar o que era o papel do líder comunitário e o que era papel do agente ou Chefe de turma, bem como os tempos de atuação. Infelizmente, como já foi visto, essa oficina foi paralisada antes de pactuarmos o papel do agente. Acredito que perdemos uma grande oportunidade para redirecionar o fazer cotidiano destes agentes.

Em outros momentos, Robson tentou desenvolver trabalhos educativos na comunidade, mas não foi permitido pela gerência, a qual alegou que eles não tinham competência para isto.³⁸ Indagada a respeito, a gerente falou que o papel de educador do ACE é durante as visitas domiciliares, ou seja uma abordagem unicamente educativa individual.

³⁷ Fala de um dos ACEs (Robson).

Penetrar no cotidiano dos serviços buscando desvendar as realidades da micropolítica cotidiana e as interfaces subjetivas dos sujeitos envolvidos requer entrarmos em zonas fronteiriças do que pode e do que não pode, ou do que deve e do que não deve ser revelado. É percorrer caminhos proibidos, labirintos obscuros que nem sempre se deixam ser desvelados. Em momento nenhum ficou claro os motivos reais destas divergências.

Algumas vezes acreditava que estas divergências estavam permeadas por questões relativas à disputa de poder. Havia muitas queixas de outros agentes, dos técnicos e gerente quanto ao comprometimento e muitas falhas do trabalho que Robson desenvolvia. Isto constituía-se como um grande desafio para a gerência, administrar as relações interpessoais de disputa de poder e de ciúmes que permeavam o serviço.

Em outros momentos, ficava evidente movimentos de resistências. Dividi com ele o meu sentimento de que ele em algumas vezes não valorizava o saber dos técnicos, e indaguei qual era a dificuldade que havia, ele responde: “não sei, acho que é uma questão de afirmação, não sei.”

A impressão que me dava era que havia um ciclo gerador desta resistência em ambas as partes. Os técnicos por não se sentirem respeitados e pelas constantes reclamações que recebiam dos outros agentes, desprezavam suas ações. Ele, por sua vez, ao não ser escutado, também não queria escutar, por não ser reconhecido suas potencialidades, também não queria reconhecer o valor dos técnicos.

³⁸ Como foi visto, na visão gerencial só os “universitários” estarão habilitados para o desenvolvimento das ações educativas, o que entrou em contradição no momento emergencial das chuvas, onde foi os antigos agentes que capacitou os novos.

Este agente tem uma história de vida diferenciada, cursou até o 6º período do curso de Economia. É também artista plástico, o que o torna diferenciadamente criativo. Apesar das críticas, é citado pelos técnicos como um dos agentes que mais o procuram buscando material bibliográfico. Seu sonho é prestar vestibular para Biologia e ser pesquisador.

Por ser líder comunitário e militante do partido que é posição no município há muitos anos, conseguiu ter um respaldo para remodelar o seu fazer. Além da adoção do controle mecânico do vetor, também começou a desenvolver ações educativas e uma integração com a USF.

Após realizar um curso de supervisão dado por técnicos da I Diretoria Regional de Saúde, da Secretária Estadual de Saúde, começou a privilegiar nas suas ações o controle mecânico do vetor e as orientações aos moradores ao uso indiscriminado do abate. A impressão que me dava, era que das áreas visitadas as que os seus agentes incorporavam a proposta, parecia-me haver um maior cuidado dos moradores. No entanto, por conta do tempo de que dispus para a pesquisa, não consegui criar instrumentos de avaliação que pudessem comprovar esta minha impressão, a qual pode estar contaminada pelo entusiasmo em ver estas inovações.

A gente evoluiu [...] Hoje em dia eu luto com minha equipe para não usar larvicida. Controlar mecanicamente e educar. “ô, eu estou sozinho e não tenho condição de virar a caixa d’água” “quer virar a caixa d’água, eu lhe ajudo, ou mesmo eu lavo, eu faço isso, eu faço aquilo” e explicar o por quê: “tem uma forma de cobrir? Vamos usar uma forma alternativa, tem saco aqui? Tem. Me dê o saco aqui que eu faço uma tampa para a senhora. Agora, é provisória, bote um tijolo em cima e qualquer coisa a senhora vai ter que... (Informação verbal).³⁹

Entretanto, durante as visitas de campo detectei falhas técnicas e contraditórias a esta prática, como agentes que ao mesmo tempo que priorizavam este controle mecânico, onde não era possível aplicar o controle mecânico, não

sabiam realizar os cálculos da dosagem necessária de larvicida a ser aplicado, chegando mesmo a colocar uma quantidade desnecessária deste produto nos depósitos ou até a aplicá-lo no meio ambiente (em esgotos e águas minadas de terrenos). Mas, esta é uma situação que poderia ser facilmente resolvida, caso houvesse um maior apoio institucional de educação continuada e acompanhamento sistematizado no campo. Mas, a maior dificuldade deste apoio, foi o não reconhecimento deste avanço por parte da gerência:

“Eu falei para a companheira [*gerente*] que o trabalho estava evoluindo. E ela disse que trabalho nenhum evoluía.”(Informação verbal).⁴⁰

Articulou-se com a Unidade de Saúde da Família, construindo uma relação diferenciada das expectativas institucionais. Aqui a integração não se deu unicamente no sentido de passar informações de casos de dengue e leptospirose. Também participaram das reuniões administrativas, como se também fizessem parte da equipe. Alguns de seus agentes também começaram a identificar problemas da alçada das agentes comunitárias de saúde e realizar a troca de informação⁴¹. A Unidade de Saúde de Família começou a se constituir uma referência de ponto de apoio para a equipe da área.

Esta articulação com a USF teve como influência o zoneamento e a mudança da equipe, pois, anteriormente já havia tentado sem grandes sucessos.

É um projeto que a gente defendia a um tempão. Eu sempre tive muita vontade de fazer com que o pessoal tivesse um posto, um local para se encontrar, para [...] traçar o trabalho de manhã cedo e sair. [...] Ter uma emergência ter todo teu material em mãos [...] Um posto avançado ou qualquer coisa assim. [...] A gente conseguiu fazer a primeira aqui, em Nazaré Inabi. Léa foi a enfermeira que estava aqui e quem se predispôs a ajudar a gente nisso aí. Apresentei a proposta [...] ela me chamou e disse: ‘Eu acho válido. Porque eu queria quando um agente entrasse numa casa,

³⁹ Fala de um dos ACEs (Robson).

⁴⁰ Fala de um dos ACEs (Robson).

⁴¹ Posteriormente, a identificação destes problemas levou a problemas de relacionamento entre os ACEs e as ACS.

ele procurasse saber se a criança foi vacinada também, se o idoso está doente, se tem alguém hipertenso.’ Porque eu posso passar para minha colega que é agente de saúde ‘olha, na casa de fulano de tal, tem uma pessoa assim, assim’ eu estou ajudando minha colega e como assumir o compromisso dela, ela assumir o compromisso chegar e dizer assim: ‘na casa de fulano encontrei um foco de rato...’ Então, a gente conseguiu fazer isso aqui. Tem mais ou menos um ano que a gente está praticando isso aqui. Aqui na Primavera a gente está começando agora. (Informação verbal).⁴²

Com a saída desta enfermeira, a que a substituiu também continuou os acolhendo na USF. No entanto, na mesma região, a USF de outra localidade, apesar de ter um espaço físico maior não abriu espaço ao menos para que os agentes guardassem seu material de trabalho na Unidade. Resolvi, tentar desvendar o que poderia ser um fator diferencial. Realizei entrevista com as enfermeiras das duas unidades.

Na fala das duas enfermeiras percebe-se claramente que a enfermeira que acolhe os agentes de Robson tem deles uma visão bastante valorativa e clareza da importância do seu trabalho na construção da saúde do município, bem como que este trabalho tem que se dá além da colocação de veneno nos focos encontrados. Já na opinião da enfermeira da outra USF, quanto ao papel do agente, se refere a uma visão microbiologista, centrada na doença e no vetor e desconhece informações importantes, tais como o zoneamento. Para ela o trabalho dos ACEs é desqualificado pela falta de um acompanhamento no campo:

Para mim, o agente de endemias ele passa que trabalha de forma muito solta, vou ali, passo aqui. A agente de saúde, não, trabalha de forma mais direcionada mesmo, supervisionada, planejada as ações, com um objetivo mais visível, mais concreto.⁴³

Esta última levanta um questionamento muito importante: como seria possível essa integração? E sugere que seja uma decisão das gerências dos dois

⁴² Fala de um dos ACEs (Robson).

⁴³ Entrevista com a enfermeira da USF.

programas, a partir de normatizações e definições de quem supervisionará os agentes. Esta é uma questão relevante, pois, é fundamental que haja uma redefinição e compreensão dos papéis e atribuições dos profissionais, evitando que se gerem desentendimentos. Na oficina de educação em saúde, ocorrida em dezembro de 2000, veio a tona alguns desentendimentos entre ACS e ACE:

Durante suas visitas os agentes encontram-se com situações que deveriam ser sinalizadas, comunicadas à agente de saúde da área, à unidade de Saúde ou ao supervisor, como por exemplo, um caso de uma mulher em depressão com possível risco de suicídio. No entanto, não há nenhuma orientação para se entrar em contato com alguém que possa oferecer o encaminhamento necessário. Uma ou outra tentativa do agente quando ocorre não é bem sucedida e gera conflitos entre os trabalhadores. Um dos agentes informou que procurou a unidade para comunicar um fato relevante relacionado à saúde de uma adolescente, lá foi dito que: 'Esse problema não lhe diz respeito, mas a agente de saúde' ao procurar a agente de saúde, tem o seguinte retorno: 'Você foi dizer isso na unidade de saúde... cabueta!' Percebe-se assim que o relacionamento entre os trabalhadores de saúde é fragmentado, dissociado onde um não compreende o papel do outro e assim também não percebe a interface em relação ao seu próprio trabalho, prevalecendo o distanciamento e uma postura defensiva. O que poderia se visto como colaboração é percebido como ameaça. (CLEMENTE; CARVALHO, OLIVEIRA, 2001)

Esta integração com a Unidade de Saúde da Família, caso seja construída com todos os sujeitos envolvidos, pactuando papéis e responsabilidades e tendo como referência a missão institucional de promoção da saúde dos dois programas, pode abrir espaços inovadores para a vivência do controle integrado das endemias.

No entanto, esta experiência da Região III se deu de forma isolada e transgressora. Muitas vezes a gerência proibiu os agentes desta turma participarem das reuniões da USF. Por um lado, estavam preocupados com o cumprimento da produção, por outro, não compreendiam a importância do processo que ali estava sendo vivenciado.

Como foi visto, o modelo gerencial adotado busca capturar os momentos de criação do trabalho, através da supervisão e normatizações, evitando que este se

distancie da missão do serviço. Mas, como o trabalho em saúde tem como principal característica não ser muito estruturado, abrem-se espaços para que os profissionais consigam recriar os processos de trabalho. Deste modo, abrem-se fissuras no modelo instituído. Estas fissuras emitem ruídos que sinalizam este momento de transição.

A vivência da Região III mostrou que os agentes ao resistirem culturalmente ao modelo gerencial adotado, conseguiram abrir uma fissura neste a ponto de gerar um grande avanço que pode se constituir em potencialidade de redirecionar qualitativamente a prática cotidiana em direção a um controle integrado, tanto com a assistência básica, quanto com a educação em saúde e na sua relação intersetorial e com a comunidade. Deste modo, esta vivência da Região III, bem como as demais apresentadas neste capítulo como elementos potenciais de transformação das práticas educativas no controle das endemias, são ruídos que buscam mostrar que o modelo adotado pelo serviço tem se distanciado da sua missão institucional de promoção da saúde, tendo como referencial o controle integrado das endemias e a educação popular em saúde. Como não houve um diálogo capaz de escutar estes ruídos, algumas dessas vivências não passaram da crítica, ou como no caso da Região III, assumiu um caráter isolado, transgressor e desprovido de um suporte técnico.

No momento em que houve uma transição gerencial, houve uma abertura para o diálogo com os agentes. A metodologia da educação popular em saúde utilizada na oficina, ocorrida em dezembro de 2000, contribuiu para a escuta destes ruídos. Como resultado identificado na pesquisa, o grupo de teatro foi reativado e alguns agentes vêm desenvolvendo ações educativas em espaços coletivos.

Uma outra constatação que este capítulo traz é que não é possível emoldurar as práticas educativas em saúde em modelos teóricos rígidos. Nos espaços onde a vida se desenrola, a prática cotidiana é construída a partir de interações das determinações macrossociais, da dinâmica micropolítica, da subjetividade de cada indivíduo e da singularidade como os sujeitos encaminham sua vida. Apesar do discurso dos agentes estarem ligados a uma concepção normativa da educação em saúde e que a prática educativa da maior parte destes, os aproximarem desta, já encontram elementos potenciais de transformações que os distanciam do modelo normativo e o aproximam da educação popular em saúde.

Assim, no município de Camaragibe, a institucionalização da educação popular em saúde no controle das endemias encontra como principal desafio criar estratégias capazes de fortalecer este movimento e lhe dar viabilidade. Um caminho a ser trilhado intrasetorialmente (conjuntamente com a Diretoria de Vigilância Epidemiológica e Sanitária e da Assistência à Saúde), intersetorialmente (com outras secretarias da gestão municipal) e com a sociedade civil. Portanto, é uma decisão política e gerencial.

CAPÍTULO 10- A CIRANDA ACABOU DE COMEÇAR...

A PRAIERA

No caminho é que se vê a praia melhor para ficar
Tenho a hora certa pra beber
Uma cerveja antes do almoço é muito bom
Pra ficar pensando melhor
E eu piso onde quiser, você está girando melhor garota!
Na areia onde o mar chegou, a ciranda acabou de começar, e ela é!
E é praiera! Segura bem forte a mão
E é praiera! Vou lembrando a revolução, vou lembrando a revolução
Mas há fronteiras nos jardins da razão
E na praia é que se vê a areia melhor pra deitar
Vou dançar uma ciranda pra beber
Uma cerveja antes do almoço é muito bom
Pra ficar pensando melhor
Você pode pisar onde quer
Que você se sente melhor
Na areia onde o mar chegou
A ciranda acabou de começar, e ela é!
E é praiera! Segura bem forte a mão
E é praiera!
Vou lembrando a revolução, vou lembrando a revolução
Porque há fronteiras nos jardins da razão?
No caminho é que se vê a praia melhor pra ficar
Tenho a hora certa pra beber
Uma cerveja antes do Almoço é muito bom
Pra ficar pensando melhor...

CHICO SCIENCE E NAÇÃO ZUMBI. *Da Lama ao Caos*.

A música trazida para a abertura deste capítulo, Praeira, é uma releitura rítmica da ciranda. Esta é uma das danças mais tradicionais da cultura popular de Pernambuco. Caracteriza-se por ritmos bem marcados e por sua organização em torno de movimentos circulares através da integração entre as pessoas e os seus passos,¹ que buscam consensualmente caminhar em vários sentidos de forma harmônica. A razão desta escolha foi o desejo de recuperar a simbologia da forma e dos movimentos circulares inclusos na ciranda.

Ao pensar em processos educativos, a imagem estética que me vem é o de uma roda formada por pessoas de mãos dadas, em movimento. Nesta formação não há pessoas em um nível mais alto (como num pedestal), na frente ou atrás, podem, assim, trocar olhares, sem precisar olhar para cima ou virar-se para traz. Trazendo esta simbologia para a educação, não há um mestre que tudo sabe e um aluno que nada sabe, todos têm a ensinar e aprender. Esta formação ainda me desperta o sentido da troca e da união, pela qual se constrói o novo conhecimento. Como a educação visa a transformação das realidades, nela também está inclusa a imagem do movimento.

Simbolicamente, a forma circular ainda nos liga aos movimentos processuais da existência, assim como os movimentos da lua, do mar, das estações do ano e dos ciclos de vida. Têm em comum a idéia que na vida sempre estamos partindo de algum ponto e que voltamos ao mesmo ponto, só que com novos contornos, novos acúmulos e novos aprendizados. Nas mais diversas culturas a roda em movimento, através da dança, nos convida a nos integrar a estes movimentos que sugerem, assim como na

¹ Os quais se dão em direção ao centro da roda (para frente) e retornam para traz lateralmente, fazendo com que todos girem no mesmo sentido e ao mesmo tempo.

vida, que temos um movimento de construção e desconstrução, de prosseguir e recuar.

A ciranda nos convida a dar as mãos, “segurando-as bem forte”, e irmos nos incorporando ao movimento das ondas do mar, que enche, esvazia, para depois encher de novo. A educação é um processo de transformação, e como tal, é processual e tem seu ritmo próprio, que às vezes avança, em outras recua. A não compreensão deste ritmo é de extrema importância, pois, sua incompreensão pode levar muitos de seus educadores e educadoras ao desânimo.

Mas, esse movimento também simboliza para mim, o de Camaragibe que, ao buscar qual a praia melhor para ficar, vai remodelando suas políticas de educação em saúde e de controle das endemias, em alguns momentos avançando, em outros, dando um “passo para traz”.

Não é possível deixar de ressaltar a coragem de mudar um modelo de saúde pública que tem quase um século de tradição e acúmulos tecnológicos, bem como trazer as experiências do movimento popular de educação em saúde. A junção das equipes de campo e a sua territorialização, como visto, trazem novas possibilidades para o agir no controle das endemias a partir das novas relações que se estabelecem entre os agentes e a comunidade, que agora são mais efetivas. Ao estarem mais perto dos referenciais da educação popular em saúde, ainda podem ser mais afetivas, respeitosas e ligadas às práticas libertadoras. Com esta aproximação e partindo de uma visão mais ampla do processo de saúde-adoecimento, também surgem as oportunidades do desenvolvimento de ações intersetoriais e de organização social ligados à melhoria da qualidade de vida. O contexto político do município, com a sua gestão orientada pela participação popular nos diversos fóruns (como por exemplo, a administração participativa), impactou a

forma de vivenciar o trabalho comunitário do agente Robson da Região III da cidade. Soma-se ainda que a proposta municipal dos Núcleos de Educação Popular em Saúde podem ser um bom canal para este agir integrado.

Mas, como se trata de um momento de transição do modelo, pode-se perceber que ao lado destas mudanças, existem algumas estruturas e atitudes institucionais que, em determinados momentos, aproximam-se do modelo tradicional. Pois, estas transformação não se dão de forma estanque e sim, processualmente. Visualizar estes limites, não inviabiliza a proposta, ao contrário, a fortalece no sentido de perceber que alguns passos “para frente” podem ainda ser dados.

Uma questão relevante para a institucionalização da educação popular em saúde nos serviços públicos diz respeito a necessidade de uma dotação orçamentária que, ao viabilizar seu planejamento, a distancie de uma ação de caráter amador. Como foi visto, esta situação pode estar relacionada à concepção que a educação pode ser realizada sem planejamento e de qualquer forma, uma vez que é papel de todos os profissionais. Mas, esta falta de dotação orçamentária também constata que o que ainda predomina na eleição de prioridades de investimentos dos gestores, são as ações assistenciais. Este fato ainda é agravado pelos choques existentes entre as lógicas que embasam o pensamento da epidemiologia e da clínica com a lógica da educação popular em saúde, uma vez que as duas primeiras são as principais captadoras dos recursos financeiros do setor saúde. Deste modo, é importante pensar em estratégias de transformação cultural que sensibilizem os demais profissionais do setor saúde para o papel estratégico da educação popular em saúde na promoção da saúde e no redirecionamento dos serviços, bem como que a ação educativa, apesar de ser uma atividade que as mais

diversas categorias profissionais devem ter como orientadora de suas práticas de saúde, também requer novos saber fazer, tempo e recursos financeiros e estruturais para a sua realização.

Deste modo, há uma necessidade de desenvolver estruturas institucionais de apoio aos profissionais, no caso em estudo, dos agentes, tais como, um projeto de educação continuada e apoio sistemático no campo.

Isto também sugere que a institucionalização da educação popular em saúde pede um movimento de fortalecimento teórico e metodológico dos seus educadores e de suas educadoras no sentido de lhes dar um maior suporte neste debate intrasetorial, como também que aumente suas habilidades no planejamento e na elaboração de projetos.

Algo que também pode contribuir na dinamização do agir integrado no controle das endemias e da educação popular em saúde, é o desenvolvimento de um projeto de articulação e integração comunitária. Este tendo como base a articulação intrasetorial dos agentes com as Unidades de Saúde da Família de suas áreas de atuação, pode estar mais fortalecido, assim como ensinou a experiência desenvolvida na Região III da cidade. Mas, esta vivência também trouxe o aprendizado, que terá muito mais possibilidades quando se der de forma legitimada pela instituição, com apoio técnico sistemático e com a articulação das Diretorias de Atenção à Saúde (responsável pelo PACS/PSF), de Vigilância à Saúde (novo nome da DIEVIS) e da divisão de Educação em Saúde. Também é importante haver uma redefinição do processo e rotina de trabalho dos profissionais envolvidos, através de uma pactuação da missão institucional, do papel destes, ajudando a estabelecer uma cultura de co-responsabilização. A partir desta constatação, fico com o

aprendizado de que ao se pensar na institucionalização da educação popular em saúde, é importante situá-la nos diversos projetos intra e intersetoriais.

Uma outra questão que apareceu na pesquisa de forma relevante para a institucionalização da educação popular em saúde no controle das endemias, diz respeito ao modo como é vivenciado o gerenciamento e a organização do processo de trabalho dos agentes. Em Camaragibe este modelo se guiou pelos referenciais da escola taylorista da administração. Um dos resultados desta forma de gerenciar o serviço foi que se guiou pela lógica da produção, tornando-se um dificultador do estabelecimento de ações processuais e dialógicas que embasam a prática de educação popular em saúde. Ainda acrescenta-se que este modelo não percebeu os agentes de controle das endemias como transformadores da realidade, mas, como reprodutores de normatizações, tolhendo a sua subjetividade e o seu potencial criativo. Isto se constituiu numa grande contradição com os princípios da educação popular em saúde, pois, se espera construir uma prática educativa que parte da valorização dos sujeitos envolvidos, de suas histórias de vida, de seus saberes, seus sentimentos e afetos, é importante construir uma coerência nas relações interpessoais da instituição. Como esperar que estes sujeitos incorporem estes princípios se a própria instituição assim não os reconhece?

Reduzir esta discussão a uma questão subjetiva dos gerentes é despolitizar a discussão e tentar “*tampar o sol com a peneira*”. Esta prática tem raízes históricas nos serviços de saúde pública no país, e pode, até ser potencializada pelas características individuais dos gerentes, mas, é uma causa estrutural.

Esta é uma constatação de extrema importância para os gestores que visam a construção de um modelo de saúde humanizado e que buscam uma

coerência com os princípios de participação popular, pelos quais tanto se lutou no país, a pelo menos, mais de quarenta anos. Criticaram-se as práticas autoritárias e de exclusão social das instituições de saúde pública do país, os direitos dos trabalhadores e quando, enfim, as ações estão mais próximas do poder local e aumenta-se o poder de intervenção sobre elas, repetem-se posturas semelhantes.

Deste modo, um dos caminhos que pode contribuir na construção da coerência dos princípios defendidos por estas gestões é a aproximação do processo de gerenciamento e organização do trabalho de relações mais humanizadas. O que leva a um novo desafio: Como fazer diferente, se este foi o modelo vivido e ensinado ao longo destes quase cem anos de história da saúde pública no país?

Durante a pesquisa, no momento das entrevistas, os agentes já mostraram conseguir elaborar críticas ao modelo gerencial e de organização do processo de trabalho, bem como perceber o limite da ação educativa de abordagem individual. Na região III, a resistência cultural do seu chefe de turma aliou-se à sua história de vida junto aos movimentos em defesa da vida do município e conseguiu redesenhar a possibilidade de um novo agir, articulando-se à equipe de saúde da família de sua região e aos movimentos de organização comunitária. Infelizmente, não houve uma atitude gerencial de escuta, tanto destas críticas e sugestões de reformulação, como das possibilidades da experiência da região III, a qual teve um caráter transgressor perante o serviço. Como resultado, muitas destas críticas não conseguiram encontrar espaço de vida e também gerou-se uma incoerência interna na formulação das concepções que estes agentes tinham da educação e da comunidade, uma vez que associaram a educação a práticas normativas ou ligadas às teorias não-críticas da educação. Além, disto, a experiência da Região III, a qual

conseguiu se materializar, não teve apoio técnico, o que limitou sua atuação e comprometeu a qualidade de algumas das atividades desenvolvidas.

A transformação do modelo gerencial pode encontrar viabilidade através da utilização de instrumentos gerenciais capazes de instalar uma postura dialógica e problematizadora da realidade. Algumas reflexões teóricas trazidas ao longo deste estudo apontaram para a importância da incorporação de um agir comunicativo no espaço de trabalho, utilizando metodologias que aumentem a autonomia dos sujeitos e sejam agenciadoras de novas rupturas com:

- as práticas que se reduzem a inspeção de focos e aplicação de produtos químicos no ambiente,
- o modelo da educação em saúde normatizador, o qual orienta, hegemonicamente, a relação dos agentes com a população.

A educação popular em saúde foi referendada como uma metodologia capaz de potencializar a ação comunicativa no mundo do trabalho, dada a sua capacidade de refletir e problematizar a realidade através de uma ação dialógica. Na pesquisa, pode-se constatar que as oficinas de desenvolvimento institucional e de educação em saúde impactaram estas relações. A primeira, mesmo não tendo sido finalizada, diminuiu a resistência à junção das equipes de campo e embasou teoricamente o agente Robson a ampliar a sua atuação, quando este procurou justificar a necessidade da unificação do seu trabalho de chefe de turma ao de líder comunitário, desenvolvendo ações de organização comunitária e intersetoriais. A segunda oficina conseguiu resgatar as críticas dos agentes e os movimentos de resistência cultural ao modelo de organização do serviço, fortalecendo o papel destes como transformadores da realidade e pactuando com a nova gerência outras

formas de atuação, como por exemplo, a reativação do grupo de teatro e o desenvolvimento de práticas educativas nos espaços coletivos.

Após o término da pesquisa, algumas transformações importantes aconteceram nos serviços responsáveis pela educação em saúde e pelo controle das endemias.

O Departamento de Educação em Saúde retomou o projeto de implantação dos Núcleos de Educação Popular em Saúde nas Unidades de Saúde da Família. Em 2001, ganhou um apoio maior para a sua realização e redirecionou a sua metodologia de implantação. Agora, esta é realizada a partir de oficinas de educação popular em saúde, as quais contam com 4 módulos de oito horas cada: o de sensibilização, educação popular em saúde, metodologia e planejamento. Estas oficinas têm por objetivo propiciar momentos de reflexão da prática educativa do/as profissionais, renovando-as e aumentando as suas habilidades de educadores/as.

Os passos iniciais dados no sentido de articular a Vigilância à Saúde e a educação em saúde, tiveram como primeiro resultado a reativação do grupo de teatro dos agentes e o retorno de seus trabalhos nas escolas e em espaços públicos que agora são legitimados pela gerência e pelo restante do grupo, tendo um maior apoio institucional.

Em 2001, após a mudança da gestão da saúde, o município redirecionou mais uma vez o seu modelo de controle de agravos endêmicos. Reforçou a idéia central de que estes agravos (e outros mais) têm em comum as condições ambientais. O serviço passou a se chamar de vigilância ambiental e seu agentes, de agentes de vigilância ambiental. Mesmo que seu nome ainda traga a memória da polícia sanitária, já é mais um avanço, pois, não parte mais da doença e sim de uma

visão mais ampla da saúde. Como estas transformações se deram após a conclusão da pesquisa, não consegui acompanhar como têm se materializado.

Esta pesquisa, ao me fazer conhecer a realidade das comunidades que visitei e ao me aproximar do cotidiano do serviço responsável pelo controle das endemias de Camaragibe, me levou a situar as endemias dentro da teia da vida. Neste caminho, pude perceber que a integração das ações de seu controle pode se constituir em uma estratégia, que mesmo que não resolva todas as suas questões geradoras, encontra uma maior eficiência e eficácia. Mas, pode se constituir sob vários aspectos, dentre estes:

- Na horizontalização das ações preventivas e de assistência de forma contínua e duradoura.
- Nos métodos de controle que busquem eixos causais, que tanto reorientem a organização dos serviços e articulem os diversos programas, dotando-os de uma maior eficácia e racionalização, como também que consigam constituir-se em nós-críticos que dêem suporte ao planejamento intersetorial (como por exemplo, o saneamento). Neste sentido, vem se desenvolvendo a concepção de saúde ambiental.
- No desenvolvimento tecnológico que possibilite um controle integrado ao ambiente, diminuindo ao máximo o uso do controle químico, privilegiando ações educativas e o controle mecânico do vetor.
- No desenvolvimento de tecnologias gerenciais que consigam reorientar os processos de trabalho, de forma que quebrem com a cultura fragmentada e alienada do trabalho. O que pode se dar aproximando o trabalhador de sua obra, dotando o trabalho de sentido e motivação; criando estratégias de articulação entre os diversos atores, facilitando a compreensão da totalidade do processo e

criando co-responsabilização; utilizando tecnologias que busquem capturar o trabalho vivo em ato, dando vida criativa ao trabalho, aumentando tanto o estímulo e o prazer no trabalho, como as possibilidades de intervenção mais adequadas às realidades vividas.

- Nas articulações intersetoriais, interinstitucionais e das esferas Federal, Estadual e Municipal de gestão da saúde.
- Na articulação com a sociedade civil, a partir de uma busca de parcerias para construção coletiva de conhecimentos que orientem o enfrentamento e soluções dos problemas de saúde, a partir de um diálogo de saberes, necessidades e possibilidades da comunidade e do poder público. Deste modo, faz-se necessário trocar o discurso de culpabilização social e instaurar o de responsabilidade social, pactuando as diversas responsabilidades na promoção da saúde: do poder público, da sociedade civil organizada e de cada pessoa. A educação popular em saúde mostrou ter um papel estratégico neste processo.

Também não se pode deixar de levar em consideração que alguns agravos necessitam de intervenções específicas (como por exemplo, o monitoramento das áreas de foco de raiva animal). Deste modo, será necessário tanto identificar as ações que tenham um eixo em comum (como por exemplo, o destino adequado do lixo), os espaços de um agir integrado com outros serviços de saúde e de ações intersetoriais, como também as ações específicas de cada agravo.

O que talvez demande se criarem núcleos específicos do saber que se articulem entre si, os quais, Campos (1997) sugere como caminho para vivenciar a transdisciplinaridade. O que, neste contexto, pode ser sugerido como um desenho institucional que se estrutura a partir de coordenações responsáveis por estes

agravos. A articulação destas entre si e com as diretorias responsáveis pela assistência à saúde, vigilância à saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental) e a educação em saúde, podem assegurar uma transversalidade das ações, fugindo de um modelo verticalizado, como também viabilizar, no nível local, uma integração dos agentes de vigilância ambiental com o PACS/PSF. A gestão municipal da saúde através de colegiados (reuniões periódicas com as diretorias), pode contribuir neste desafio de tecer internamente estas redes de articulação intra-setorial.

As políticas de promoção da saúde, neste contexto, parecem ganhar novo sentido e se estruturarem em dois grandes eixos de atuação, a saúde da família e a saúde ambiental. E o papel da educação popular em saúde pode ser estratégico nesta construção.

Recentemente outras experiências também começam a surgir fora de Camaragibe, trazendo novas contribuições para este novo agir na saúde. A cidade do Recife em 2001, que começou neste mesmo ano a também ser administrada pelo Partido dos Trabalhadores, lançou, através de sua Diretoria de Vigilância à Saúde, o Projeto de Agentes de Saúde Ambiental. Ao contrário de Camaragibe, parte de um projeto mais elaborado e sistematizado. O objetivo deste é:

Implantar uma política, guiada pelos princípios do SUS da Universalidade, equidade e integralidade que envolva o planejamento, execução e avaliação de serviços e ações dirigidas ao meio-ambiente com o propósito de promover e proteger a saúde da população do Recife a partir da identificação, eliminação e/ou redução de situações ou dos fatores de risco associados à ocorrência de doenças e agravos. (RECIFE, 2001).

Este projeto conta com um diagnóstico muito bem realizado do quadro de saúde do município e com um mapeamento das áreas de maior risco para adoecimento a partir de uma estratificação social. Este diagnóstico procura aplicar o princípio de equidade para a distribuição territorial do/as agentes de saúde ambiental (ASA) por microáreas e para a estimativa de sua produção (nº de casas cobertas),

onde as áreas de maior risco terão um maior número de agentes e uma previsão de produção menor. A territorialização dos agentes ainda conta com uma assessoria que busca conciliar a distribuição do/as ASA com a das agentes comunitárias de saúde.

Para o princípio de integralidade, prevê ações intersetoriais com outras Secretarias e empresas públicas. Mas, é importante estar sensível para a necessidade de tecer uma articulação intrasetorial.

Algumas inovações da forma como os profissionais foram inseridos e a prévia detecção de que a influência cultural da FUNASA pode exercer a instalação de uma cultura fragmentada e verticalizada, dificultando a incorporação da filosofia do Programa, levanta uma expectativa de que este pode ter mais coerência com os princípios do SUS e ter menos resistência por parte dos trabalhadores e das trabalhadoras. O/as ASAs terão, desde o início o papel de inspecionar, notificar e tratar focos das endemias, além da vigilância de fatores de risco ambiental (biológicos, químicos e físicos). A sua incorporação na instituição se deu através de concurso público e estuda-se a viabilidade de vínculos estáveis. A questão de gênero não foi um limitante para a inserção do/as profissionais, tendo passado no concurso mais de 50% de mulheres. Ainda acrescenta-se que terão um curso introdutório de mais de 150 horas.

O Projeto ASA, já começou a construir uma integração com a Divisão de Educação em Saúde do município. Como resultado, já está se planejando o Módulo de Educação em saúde do Curso Introdutório, como também inicia-se uma discussão da importância da realização de oficinas de educação popular em saúde com os/as ASAs e de um projeto piloto de integração destes com as USFs.

A política de Educação em Saúde da PCR, também se orienta pelos mesmos princípios da educação popular em saúde e incorporou alguns dos aprendizados de Camaragibe, principalmente, no que toca a implantação dos Núcleos de Educação popular em saúde. Segundo depoimento do Secretário de Saúde, a educação popular em saúde é uma das importantes estratégias para um dos pilares da Política Municipal de Saúde, a construção de um município saudável. Entretanto, este reconhecimento precisará sair do discurso e se materializar, dotando o setor de estrutura orçamentária e de pessoal.

É importante diferenciar esta nova orientação das políticas voltadas para a saúde ambiental do modelo ecológico das intervenções da saúde. Como já visto, neste último, há uma concepção de que o ambiente é estático e funciona como um “um espectador não participante.” Um divisor de águas destes, é a compreensão do espaço além das situações geográficas e intercorrências naturais, o qual passa também a ser construído pelas interações sociais, econômicas, culturais e subjetivas.

Como já foi visto, as ações educativas normativas e associadas à mudança de hábitos são limitadas, uma vez que a transformação de uma atitude demanda uma internalização de sua necessidade e este processo está relacionado com questões sociais, culturais e emocionais. Neste contexto, e principalmente, nas áreas das classes sociais de menor poder aquisitivo e de menor acesso aos bens de consumo coletivo, as ações educativas normativas e de abordagem individual (restrita as visitas dos agentes), poderão ser ainda mais limitadas, pois, os principais problemas encontrados nestas áreas demandam um trabalho de organização comunitária. Além disto, estas ações individuais, correm o risco de restringir a prática dos agentes à inspeção e colocação de produtos químicos nos focos de vetores,

corroborando para a idéia de culpabilização social ou do ambiente naturalizado. A ação educativa, neste cenário, ganhará um novo desafio: não só criar a necessidade de transformação das atitudes individuais, mas, também das coletivas. Isto é, despertar o desejo de cuidar de si, de sua casa e do lugar onde se mora, como também alimentar a esperança de que isto é possível e vale à pena.

Deste modo, outro fator que pode contribuir na construção de uma visão da saúde ambiental numa perspectiva mais ampla é o estímulo para que os agentes também assumam ações educativas de abordagem coletiva, sobretudo, integradas ao PSF/PACS e ligadas à organização comunitária. Neste sentido, os Núcleos de Educação Popular em Saúde podem se constituir em uma estratégia interessante de articulação e mobilização comunitária.

Outra questão que emerge para a educação em saúde na implementação desta nova linha de ordenamento do controle das endemias através da lógica da saúde ambiental é a necessidade de incorporar novos “saber-fazer” e dialogar com outras lógicas e culturas. Ao se mudar o foco do modelo ecológico para a espacialização e territorialização das ações, entraremos, cada vez mais, em contato com saberes transdisciplinares e conviveremos com novas culturas intersetoriais, como por exemplo, respectivamente, o conceito de desenvolvimento ambiental sustentável e a cultura dos serviços de limpeza urbana e saneamento, estas últimas têm sua lógica assentada, principalmente, na engenharia (ciências exatas). Se ainda não aprendemos a conviver com lógicas distintas dentro do próprio setor saúde (como a epidemiologia e a clínica), imaginemos o enorme caminho que teremos que construir para o diálogo com os outros setores. Mas, este não é um fator limitante, e sim, mais um desafio que poderá se estabelecer.

Talvez a observação da forma como a ciranda se move, possa nos trazer algumas pistas para esta construção. Os seus participantes se unem para pô-la em movimento através de um elo que se cria ao se segurar as mãos (o que pode simbolizar a troca de saberes e experiências) e pelos seus passos que se guiam em vários sentidos (em direção do centro, para fora do centro e lateralmente), mas de forma consensual. Ou seja, espero que a diferença destas lógicas, no lugar de dar espaço para disputas corporativistas, consigam dar pluralidade e movimento a ciranda por uma cidade mais saudável.

Enfim, voltando ao embalo “da ciranda” de Camaragibe, fico com o aprendizado que os caminhos para a institucionalização da educação popular em saúde, por ser uma decisão individual e política e que demanda um movimento de transformação cultural em redes intrasetoriais (com a epidemiologia, assistência a saúde e o gerenciamento) e intersetoriais, se move no ritmo e passos da ciranda. Mas, apesar das dificuldades que encontra para tal, é com certeza, uma importante estratégia para a participação popular na construção de um Sistema Único de Saúde mais humanizado e que esteja ligado aos interesses das classes populares. O que poderá ser potencializado se a prática de seus profissionais conseguir se inserir nos diversos movimentos de defesa da vida e ultrapassar “as fronteiras da razão” instrumental, encontrando-se e valorizando a subjetividade do/as seus usuários e trabalhadore/as.

Tendo como referência o quase um século do modelo microbiológico das práticas de controle das endemias e da vivência normativa de suas práticas educativas no Brasil, pode-se dizer que as inovações de Camaragibe nestas duas políticas, é uma ciranda que acabou de começar e que estará sempre começando toda vez em que se parar para pensar qual a melhor praia para ficar...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLI, M. D.; CARVALHO, F. E. Discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde: as ações de mobilização comunitária do PCDEN/PE. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, p. 59-68, 1998.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995.

ATHAYDE, M. **Deuses, heróis e malandros, algumas indicações sobre inteligência prática e trabalho.** [19--]. Mimeografado.

BARATA, R. B. **Malária e seu controle.** São Paulo: HUCITEC, 1998. 153 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18056-18059.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias:** aspectos clínicos, vigilância epidemiológica e medidas de controle. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de controle da Leishmaniose Tegumentar Americana.** Brasília, DF, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de dengue:** vigilância epidemiológica e atenção ao doente. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992. Resolve aprovar a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB-SUS/92), conforme texto constante no anexo I da presente portaria. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 dez. 1992. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 454, de 20 de maio de 1993. Resolve aprovar a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde- SUS/93, constante no anexo único desta portaria. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, maio 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.742, de 30 de agosto de 1996. Resolve aprovar preliminarmente o texto da Norma Operacional Básica (NOB) do SUS, na forma deliberada pelo Conselho Nacional de Saúde, a qual constitui instrumento imprescindível a viabilização da atenção integral à saúde da população. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 170, p. 17064-17071, 2 set. 1996. Seção 1.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Caderno de educação em saúde: percepções teóricas e metodológicas**. Recife, 1998a. (Caderno de Educação em Saúde, n. 1).

_____. **Caderno de educação em saúde: diálogo de saberes linguagens: teatro de mamulengo, práticas alternativas em saúde, alternativas alimentares e remédios caseiros**. Recife, 1998b. (Cadernos de Educação em Saúde, n. 2).

CAMARAGIBE (PE). Secretaria de Planejamento Urbano e de Desenvolvimento Econômico. **Súmula do município**. Camaragibe, 2000.

CAMARAGIBE (PE). Secretaria de Saúde. **Perfil epidemiológico do município de Camaragibe/PE, período de 1993 a 2000**. Camaragibe, 2001.

_____. **Relatório de gestão- 1993**. Camaragibe, 1993.

_____. **Relatório de gestão- 1994**. Camaragibe, 1994.

_____. **Relatório de gestão**- 1995. Camaragibe, 1995.

_____. **Relatório de gestão**- 1997. Camaragibe, 1997.

_____. **Relatório de gestão**- 1999. Camaragibe, 1999.

CAMPOS, G. W. de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERRY, E.; ONOKO, R. et al (Org). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 229-266.

CAPRA, F. **O tao da física**: um paralelo entre a física moderna e o misticismo Oriental. São Paulo: Cultrix, 1983. 260 p.

CARVALHO, J. M. P. L. Entre a Zona Canavieira e o sertão de Pernambuco: um projeto de educação em saúde. In: MINAYO, C. M. de S. (Org.). **A saúde em estado de choque**. 3. ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo: FASE, 1986. cap. 6, p. 99-113.

CARVALHO, E. M. F. de; ACIOLI, M. D. (Coord.). Introdução. In: _____. **Pesquisa de avaliação do impacto das ações IEC/MC no controle das doenças endêmicas em cinco estados brasileiros** -versão Pernambuco. Relatório final. Recife, 1996. p. 2-13. Financiamento Banco Mundial, Ministério da Saúde.

CHIAZZOTTI, A. **Pesquisa ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1995. 102 p.

CLEMENTE, C.; CARVALHO, F. ; OLIVEIRA, M. V. A. de S. C. **Relatório da Oficina de Educação em Saúde**: sensibilização. Camaragibe, 2001. Documento apresentado à Diretoria de Vigilância Epidemiológica e Sanitária. Mimeografado.

COSTA, Nilson R. da. **Controle social e lutas urbanas**: as origens das políticas públicas no Brasil. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1986.

COURA FILHO, P. Participação popular no controle da esquistossomose através do Sistema Único de Saúde (SUS), em Taquaraçu de Minas (Minas Gerais, Brasil), entre 1985-1995: construção de um modelo alternativo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, p. 111-122, 1998.

DIAS, J. C. P. Participação, descentralização e controle das endemias no Brasil. In: BARATA, R. B. (Org.). **Doenças endêmicas**: abordagens sociais, culturais e comportamentais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 269-298.

DIAS, R. B. "Eu? Estou aí, compondo o mundo." Uma experiência de controle de endemia, pesquisa e participação popular vivida em Cansação, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, p. 149-157, 1998.

DONALÍSIO, R. M **O dengue no espaço habitado**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

DONNANGELO M.C e PEREIRA, L.C **Saúde e sociedade**. São Paulo, Duas Cidades, 1976

ESSOUDRY, F. **Primeira oficina de supervisão**. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, I DIRES, 1998.

FONSECA, V. C. S. **Chico Science e Nação Zumbi**: biografia. Disponível em <<http://www.geocities.com/victorcsf/biochico.html>>. Acesso em: 20 nov. 2001.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: _____. **Microfísica do poder**. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 79-98.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Ed. Moraes, 1980.

_____. **Política e educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

GALLO, E. (Org.). **Razão e planejamento, reflexões sobre políticas, estratégias e liberdade**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

GAUTHIER, J. Carta aos caçadores de saberes populares. In: COSTA, M. V. (Org.). **Educação popular hoje**. São Paulo: Loyola, 1997. p. 181-209.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas de processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

GURGEL, I. D. **Repercussão dos agrotóxicos na saúde dos agentes de saúde pública em Pernambuco**. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 1998.

GUTEMBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. Rio de Janeiro: Record, 1998.

KRISHNAMURTI, J. **A educação e o significado da vida**. 14. ed. São Paulo: Cultrix, 1994.

LEVY, S. N. et al. Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ON LINE, 10., 1996, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acesso em: 15 nov. 2001.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, T. M. **Medicina e ordem política brasileira**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MACHADO, M. L. T. **Educação e saúde**: concepções teóricas e práticas de profissionais em um serviço público de saúde. 1997. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1997.

MAFFESOLI, M. **Elogio da razão sensível**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

MAGNAMI, J. G. C. Discurso e representação, ou de como os Baloma de Kiriwina podem reencontrar-se nas atuais pesquisas. In: CARDOZO, Rute (Org.). **A aventura antropológica**: teoria e pesquisa. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. p. 127-140.

MELO, W. T. **A raiva animal no município de Camaragibe- PE**: aspectos epidemiológico e medidas de controle. Monografia (Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva)- Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 1999.

MERHY, E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERRY, E.; ONOKO, R. et al (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997a. p. 71-112.

_____. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERRY, E.; ONOKO, R. et al (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997b. p. 113-160.

MINAYO, C. M. de S. **O desafio do conhecimento**: a pesquisa qualitativa em Saúde. 3. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

MISHIMA, S. M. et al. O velho trabalho em equipe pode ganhar cara nova? Uma perspectiva do trabalho gerencial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 54, p. 66-74, jan./abr. 2000.

MOTTA, P. R. A função gerencial no mundo contemporâneo. In: _____. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 1993. cap. 1, p. 19-25.

NOGUEIRA, R. P. Trabalho e qualidade em serviços de saúde. In: _____.
Perspectivas da qualidade em saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994. p. 71-89.

_____. Estabilidade e flexibilidade: tensão da base nas novas políticas de recursos humanos em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 14, p. 18-22, ago. 1996.

NORONHA, C. V. et al. Uma concepção popular sobre a Esquistossomose Mansônica: os modelos de transmissão e prevenção na perspectiva de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 106-117, jan./mar. 1995.

OLIVEIRA, M. L. Concepções, dificuldades e desafios nas ações educativas em saúde para escolares no Brasil. **Divulgação Saúde em Debate**, Londrina, n. 18, p. 43-50, jun. 1997.

OLIVEIRA, M. V. A. de S. C. **Dilemas e perspectivas da educação em saúde no contexto do SUS**. 1996. Monografia (Curso de Residência em Medicina Preventiva e Social)- Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 1996.

_____. O uso do teatro de rua e de bonecos nas ações de educação em saúde no controle dengue: mais um caminho pra um novo pensar, sentir e fazer educação em saúde. In: PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Caderno de educação em saúde: diálogo de saberes linguagens: teatro de mamulengo, práticas alternativas em saúde, alternativas alimentares e remédios caseiros**. Recife, 1998. (Cadernos de educação em saúde, n. 2). p. 51-58.

_____. A educação em saúde para além das palavras, um encontro com o sentir. In: RODRIGUES, L. D.; VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Novas configurações em movimentos sociais, vozes do Nordeste**. João Pessoa: Ed. Universitária, 2000. p. 95-115.

OLIVEIRA, N. L. S. **Analizando uma abordagem educativa em saúde: o caso da oficina do CAISM**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

OLIVEIRA, R. M de. A dengue no Rio de Janeiro: repensando a participação popular em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, p. 79-90, 1998.

ORNELAS, C. P. **Educação em saúde**: prática sanitária ou instrumento de ação ideológica. 1981. 116f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1981.

PITTA, A. M da R.; MEIRA, R. M. Comunicação social em saúde e modelo assistencial: do discurso médico hegemônico ao discurso da integralidade, uma introdução a discussão. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 32, p. 84-91, jun. 1991.

PITTA, D. P. R. Elementos de métodos na obra de Michel Maffesoli. **Logos**: comunicação e universidade, [S. l.], ano 4, n. 6, p. 20-23, 1997.

PEREIRA, G. S. **O profissional de saúde e a educação em saúde**: representações de uma prática. 115 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.

RAUPP, B. et al. A vigilância, o planejamento e a educação em saúde no SSC: uma aproximação possível? In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular em Saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 207-216.

RECIFE (PE). Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Vigilância à Saúde. DIEVIS. **Projeto de implantação do Programa de Agentes Ambientais para um Recife saudável**. Recife, 2001.

RÉGIS, L. et al. O controle integrado do vetor da filariose com participação comunitária, em uma área endêmica urbana do Recife, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 473-482, out./dez. 1996.

ROLNIK, S. **Cidadania e alteridade**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992. Trabalho apresentado na mesa redonda: Cidadania e Alteridade no IV Encontro Regional de Psicologia Social, São Paulo, 1996.

_____. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de subjetividade**, São Paulo, v. 1, n. 2, fev. 1993.

ROUQUAYROL, M. Z. Distribuição das doenças e dos agravos à saúde coletiva. In: _____. **Epidemiologia & saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993. cap. 4, p. 77-155.

ROUQUAYROL, M. Z.; VERAS, F. M. F. Doenças transmissíveis e modos de transmissão. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993. cap. 2, p. 269-279.

ROZEMBERG, B. Representação social de eventos somáticos ligados à esquistossomose. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 30-46, jan./mar. 1994.

SABROZA, P. C.; TOLEDO, L. M.; OSANAI, C. H. A organização do espaço e os processos endêmicos-epidêmicos. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo: HUCITEC, 1995. p. 57-77.

SAVIANI, D. **Escola e democracia**: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre educação e política. 25. ed. São Paulo: Cortez, 1991. (Coleção polêmicas do nosso tempo, v. 5).

SILVA, E. de M. **Representações sociais da Leishmaniose Tegumentar Americana**: um estudo etnográfico. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2001.

SILVA, L. J. da. A ocupação do espaço e a ocorrência de Endemias. In: BARATA, R. B. (Org.). **Doenças endêmicas**: abordagens sociais, culturais e comportamentais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 139-150.

STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Org.). **Participação popular, educação e saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 11-22.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa social em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1988.

URECH, S. S. R. **Pressupostos eugênicos no ensino da biologia**. 2001. Dissertação (Mestrado em Educação)- Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2001.

VALLA, V. V. Revendo o debate em torno da participação popular: ampliando sua concepção em uma nova conjuntura. In: BARATA, R. B. (Org.). **Doenças endêmicas**: abordagens sociais, culturais e comportamentais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 251-268.

VASCONCELOS, E. M. A terapêutica médica e as práticas populares de saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 49/50, p. 101-106, dez. 95 a mar. 96.

_____. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997a.

_____. Educação popular em tempos de democracia e pós-modernidade: uma visão a partir do setor saúde. In: COSTA, M. V. (Org.). **Educação popular hoje**. São Paulo: Loyola, 1997b. p. 63-93.

_____. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

_____. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da Rede de Educação Popular em Saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 73-99.

ANEXOS

ANEXO A - Roteiro da Observação

IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Turma:

Área:

Nº de residências acompanhadas:

Tempo de visita:

Zoneado: a quanto tempo?

PROCESSO DE TRABALHO

Quanto a abordagem:

Como se aproxima:

Identifica-se

Existe diálogo?

Sobre que conversa?

Como se relaciona com os saberes das pessoas?

Mostra ser conhecido pelas pessoas que visita?

Como é recebido?

Como explica o trabalho que está fazendo?

Como fala da prevenção?

Quais são as ações educativas que exercem?

Quanto a proposta municipal de controle das endemias

Observa outras endemias

Faz alguma atividade integrada a outros serviços, a outras secretarias ou instituições?

Quanto as condições de trabalho

Distância da moradia

Como tem acesso ao trabalho

Como é o acesso da área observada

Horário de almoço: onde almoça, o que, as condições de higiene do local,

Quanto a infra-estrutura

Possui material educativo

Qual a qualidade e conteúdo?

ANEXO B- Roteiro das Entrevistas-Agentes de Controle das Endemias

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Nome que gostaria que constasse na pesquisa: Turma: Área: Zoneado:
quanto tempo: Idade:

1. Você poderia falar um pouco da sua vida?

Resgatar vivências com educação, informal, formal, (até que série estudou, quais os fatos mais marcantes na vida escolar)

Sonhos e expectativas de vida e de mundo

Vivências em movimentos populares.

Como você entrou na secretaria

Qual os cursos que você já fez ligados a sua profissão (historiar brevemente seu trajeto profissional). Observar locais de formação e vivências com a FNS.

2. Como é a vida de um agente de controle das endemias?

Rotinas

Papel do agente

Principais dificuldades (principalmente no desempenho de educação em saúde)

Facilidades

Remuneração

Reconhecimento institucional e da comunidade (recuperar os comentários dos ACS sobre os agentes)

Questão do vínculo profissional

Prazer no exercício

Motivações

3. O que você acha da proposta municipal de controle das endemias?

Compreensão do controle integrado das endemias,
que acha-vantagens/desvantagens

Como é vivido no cotidiano do serviço

que acha do zoneamento/ vantagens/desvantagens (se já tiver sido zoneado, falar o que mudou no trabalho)

4. O que é educação em saúde?

Quem faz no município e como faz?

ANEXO C- Roteiro das Entrevistas Secretária de Saúde

Nome:

Profissão:

Vínculo institucional:

Admissão

1.Qual a proposta municipal de controle das endemias?

2. quais são as fontes de financiamento?

3. Quais são as principais dificuldades que o município encontra no controle das endemias?

Ver a questão da falta de referência para a construção deste novo agir, pessoal disponível.

Integração com outros setores do serviço e fora da secretaria

4. Quais expectativas que o município tem para o serviço?

5. Como percebe os agentes?

Motivação, papel de educador (qual o suporte institucional que ele tem para seu desempenho como educador?), empenho, limites.

6. Como é vivenciada a participação social no controle das endemias?

7. Em que a instituição pode se transformar para facilitar esse processo?

8. O que é educação em saúde, por quem é exercida no município e como é exercida?

ANEXO D- Roteiro das Entrevistas-Gerente DIEVIS

Nome:

Nome que gostaria que constasse na pesquisa

Profissão:

Idade:

Vínculo institucional:

Admissão

1. Qual a proposta municipal de controle das endemias?

O que entende por controle integrado das endemias,

Como é vivido no cotidiano do serviço

Quais as atividades e com quem já realizou trabalho integrado controle das endemias

2. quais são as fontes de financiamento?

3. Como está estrutura a equipe para o controle das endemias e por quem é composta?

4. Quais são as principais dificuldades que você encontra no gerenciamento do serviço?

Ver a questão da falta de referência para a construção deste novo agir.

5. Como é vivida a participação popular no controle das endemias.

6. Como percebe os agentes?

Motivação, papel de educador, empenho.

7. O que é educação em saúde, por quem é exercida no município e como é exercida?

8. Você poderia historiar brevemente seu trajeto profissional?

Observar locais de formação e vivências com a FNS.

ANEXO E- Roteiro das Entrevistas-Gerente Educação em Saúde

Nome:

Nome que gostaria que constasse na pesquisa

Profissão:

Idade:

Vínculo institucional:

Admissão

1. Você poderia historiar brevemente seu trajeto profissional?

Observar locais de formação e vivências com a FNS

2. Qual a proposta municipal de educação em saúde?

Princípios que norteiam.

Como é vivido no cotidiano do serviço

Que atividades vêm sendo feitas.

Quais os atores sociais envolvidos

3. Quais são as principais dificuldades que você encontra no gerenciamento do serviço?

Rh suficientes

Sobrecarga de demandas

Integração com a epidemiologia

4. Que expectativas tem para o trabalho desenvolvido

5. Como percebe os agentes?

Motivação, papel de educador, empenho.

ANEXO F- Roteiro das Entrevistas-Técnicos

Identificação

Nome:

Nome que gostaria que constasse na pesquisa

Profissão:

Idade:

Vínculo institucional: Admissão

1. Você poderia historiar brevemente seu trajeto profissional?

Observar locais de formação e vivências com a FNS

2. O que você acha da proposta municipal de controle das endemias?

Compreensão de controle integrado das endemias,

Como é vivido no cotidiano do serviço

3. Quais são as principais dificuldades que você encontra para exercer sua função?

4. Como você percebe os agentes?

Motivação, papel de educador, empenho.

5. O que é educação em saúde, por quem é exercida no município e como é exercida?