



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO - ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À
SAÚDE DA MULHER**

**PRÁTICAS DE SAÚDE DA MULHER NO ESPAÇO
DOMICILIAR: análise a partir de Agentes
Comunitários de Saúde**

Patrícia Figueiredo Marques

**Salvador- Ba
2001**

PATRÍCIA FIGUEIREDO MARQUES

**PRÁTICAS DE SAÚDE DA MULHER NO ESPAÇO
DOMICILIAR: análise a partir de Agentes Comunitários
de Saúde**

Orientadora: Prof^a. Dr.^a. Silvia Lúcia Ferreira

**Dissertação apresentada ao
Curso de Mestrado em
Enfermagem para obtenção do
título de Mestre em Enfermagem
com área de concentração
Enfermagem na Atenção à Saúde
da Mulher.**

Salvador- Ba

2001

PRÁTICAS DE SAÚDE DA MULHER NO ESPAÇO DOMICILIAR: análise a partir de Agentes Comunitários de Saúde

Relatório final de Dissertação apresentado como requisito para obtenção do título de mestre em Enfermagem- Área de Concentração Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, defendida em 22 de agosto de 2001, atendendo as normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da escola de Enfermagem da UFBA

PATRÍCIA FIGUEIREDO MARQUES

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr.^a Maria Angela Nascimento

Prof^a. Dr.^a Mirian Santos Paiva

Prof^a. Dr.^a Silvia Lúcia Ferreira (orientadora)

Prof^a. Dr.^a Vera Lúcia Peixoto Mendes (suplente)

Aprovada em 22/08/2001

**À minha mãe
E em memória de meu pai,
Sem os quais,
Alguém e Algo,
Não existiria.
(adaptado de Sacconi, 1983)**

AGRADECIMENTO

Agradecer é, ao mesmo tempo, fácil e complicado.

Fácil, porque o OBRIGADO nasce de dentro e é sincero.

Complicado, porque são tantos espaços, pessoas e momentos que é difícil citar todos em tão poucas páginas. Contudo, a tarefa de lembrar é muito prazerosa.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, por ter sido um dos "espaços" em que *Vim, vi e venci*, plagiando Alexandre, o Grande.

Ao GEM, porque comecei, estudando mulheres, como se não fosse uma delas. Todavia, hoje, conscientemente, compartilho lutas, vitórias e frustrações.

A Silvia, minha orientadora, por ser a "força externa", inquiridora, permanente que juntamente com as minhas "forças internas", promoveu, promove e promoverá dinâmicas, conflitos e transformações na minha caminhada acadêmica, profissional e de mulher.

À minha mãe, a quem dedico este trabalho. Uma mulher independente, que mesmo para sua formação rígida e conservadora, semeou, inconscientemente, idéias de contestação sobre a posição feminina.

A minhas amigas, Marcita e Moniquinha, sinceras, fiéis, leais. Ligadas psiquicamente a mim, são meus complementos, minhas companheiras. Hoje, compreendo o valor desta amizade. Estarei sempre aqui, com vocês, como estão comigo.

A meu amigo mais recente de pesquisa, Jimi. Acredite, como eu acredito que você pode alcançar suas metas. Além da sua inteligência, o brio, coragem e força de vontade serão seus impulsionadores.

A Fabíola, uma voluntária inesperada, que com sua calma, perspicácia e organização auxiliou na elaboração desta pesquisa.

À colega Isa, pela experiência e maturidade para encarar e enfrentar os reptos desta caminhada de construção pessoal, profissional e de conhecimento.

Às agentes e aos agentes que, com sua colaboração, disponibilidade e receptividade tornaram possível as reflexões sobre as práticas de saúde no espaço domiciliar.

À minha comadre, tias, tios, minha família, na perspectiva dos laços de sangue e amizade.

A todas as pessoas que encontrei nesta viagem pelo conhecimento e que deixaram as marcas de nossos encontros.

Aos Rotaractianos e Rotarianos dos Clubs Salvador-Barra, pela possibilidade de companheirismo e voluntariado. As experiências que vivenciamos são únicas, porque as vivi com vocês.

A meu poeta, pela sensibilidade, compreensão, apoio e, especialmente, por ter nossos caminhos cruzados, nessa jornada que é a vida.

Por último e não menos importante, a Deus e ao meu Anjo da Guarda Companheiro. Minha fé está em acreditar que existe algo além do explicável.

REPOUSAR DE FADIGA

Em momentos
 Romper-se-ão os grilles
 Que nos ligam àquela
 Caixa de ferro com chaminé
 Para cozinhar
 E não mais ouviremos
 O tinir das colheres
 Naquela vasilha de metal
 Não mais ouvirão o vascolear
 Da água
 Ensaboada
 A chocar-se com as roupas
 Impulsionada por nossas mãos
 Nem sentiremos ao fim
 Da labuta
 O nosso cabelo encrespado
 Com a poeira da faxina
 E temperado
 Com os vapores das guloseimas
 Que preparamos para nosso senhores
 Que perfazem
 A jornada diária

Aos poucos ganharemos
 A alforria
 E ao sentir incidir
 Em nossos olhos
 O brilho do sol
 A retina se contrai
 E percebo então
 Como são
 Mágicos os raios seus

A euforia enche-me o peito
 E saio a caminhar
 Vou agora ganhar
 O sustento de minha prole
 E dividir com meu senhor
 A responsabilidade de sustê-los

Volto à casa
 Após a lida
 Volto a cuidar da cria
 Da faxina
 Do alimento
 Sem no entanto
 Descuidar-me
 De cuidar
 Com diligência
 Da saúde
 Do meu senhor
 E de sua descendência

Sinto
 Que a depressão das forças
 Físicas
 Instila-se em mim
 Quando o cipó da vida
 Dardeja
 A dor
 Poreja
 Sobre os meus ombros
 E após por em carga
 Incessantemente
 O peso da obrigação
 De redargüir
 Por mim
 E por outrem
 Despenco
 Sobre as nuvens do céu
 Puxo a lua
 Para cantar para mim
 E as estrelas
 Para meu corpo massagear
 E recarrego-me
 Com as forças celestiais
 Para então
 Sentir a minha campanha
 Concluída
 Ao menos
 Até o próximo
 Raiar
 Do Sol.

Ednaldo dos Santos Almeida
 13-22/07/01

APRESENTAÇÃO

"PRÁTICAS DE SAÚDE¹ DA MULHER NO ESPAÇO DOMICILIAR: análise a partir de Agentes Comunitários de Saúde", faz parte do Projeto Integrado "Novas Formas de Organização do Trabalho de Enfermagem na Assistência à Saúde da Mulher", aprovado pelo CNPq, para o biênio 1999-2001, e coordenado pela Prof^a. Dr.^a Silvia Lúcia Ferreira. Integra a linha de pesquisa: Políticas de Saúde, organização das práticas de saúde e produção de conhecimento sobre mulher e saúde do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher- GEM.

Atualmente, junto com a orientadora, integro a equipe do GEM, na condição de mestranda em Enfermagem na Área de Concentração de Saúde da Mulher. Entretanto, minha participação no desenvolvimento de atividades de pesquisa neste grupo iniciou, como bolsista de Iniciação Científica, no Projeto Integrado "Qualidade da Assistência de Enfermagem à Mulher no Distrito Sanitário Barra-Rio Vermelho".

No processo de formação em pesquisa, como bolsista de iniciação científica, tive a oportunidade de conviver com as práticas dos agente

¹ Neste trabalho, o termo "práticas de saúde" deve ser entendido como conjunto de atividades educativas e ações de saúde desenvolvidas pelos (as) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no espaço domiciliar dirigidas à saúde da mulher, que correspondem às orientações individuais e coletivas, encaminhamentos às Unidades de Saúde e outras informações usadas na resolução de problemas de saúde.

comunitários, durante coleta de dados da pesquisa anteriormente citada. Neste período, alguns questionamentos sobre as formas de organização do trabalho de enfermagem na assistência à saúde da mulher despertaram meu interesse, principalmente quando o domicílio era o espaço de práticas.

A pesquisa será apresentada, inicialmente, contextualizando o objeto de estudo através dos temas: as práticas de saúde e a família; a mulher e práticas de saúde no espaço domiciliar e, abordando, também, o domicílio e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. O capítulo da metodologia compõe-se da caracterização do tipo de pesquisa a ser realizada, das técnicas a serem utilizadas, tratamento dos dados coletados, locus do estudo e descrição dos sujeitos.

A análise dos dados apresenta a visita domiciliar como instrumento de assistência; articulação do domicílio com o serviço; uma apreciação das práticas implementadas e reflexão crítica e encadeada com as análises anteriores sobre as práticas de saúde da mulher e a reprodução das desigualdades de gênero.

SUMÁRIO

RESUMO	12
ABSTRACT	13
INTRODUÇÃO	14
REFERENCIAL TEÓRICO- contextualização do objeto de estudo	22
As práticas de saúde e a família	22
A mulher e as práticas de saúde no espaço domiciliar	26
O domicílio e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde	33
METODOLOGIA	39
Campo de Pesquisa	40
Coleta de Dados	44
Tratamento e Análise de Dados	45
Sujeitos do Estudo	47
OS SIGNIFICADOS DA VISITA DOMICILIAR PARA ACS	52
Articulação com o Serviço de Saúde	57
Acolhimento no Domicílio	66

AS PRÁTICAS DE SAÚDE NO DOMICÍLIO E A REPRODUÇÃO DE DESIGUALDADES DE GÊNERO	83
A Mulher: única cuidadora	90
Reprodução de estereótipos sexistas	101
CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
REFERÊNCIAS	117
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	124
ANEXO	

357M Marques Patrícia Figueiredo

Práticas de saúde da mulher no espaço domiciliar: análise a partir de Agentes Comunitários de Saúde/ Patrícia Figueiredo Marques-Salvador: P.F. Marques, 2001.

143p.; il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia.

1. Atenção Primária à Saúde 2. Assistência Domiciliar à Saúde
3. Saúde da Mulher 4. Gênero 5. Materialismo Histórico Dialético
I. Programa de Agentes Comunitários de Saúde II. Título

CDU: 614-3-055.2 (043.3)

RESUMO

A política atual de reorganização do Sistema de Saúde no Brasil utiliza a estratégia de atendimento domiciliar, tendo a atenção primária como base de sua ação, revalorizando o uso das práticas de saúde no domicílio. Este espaço, histórica e culturalmente atribuído às mulheres, influencia e é influenciado por diferentes práticas sociais. Este estudo tem como objetivo analisar como as práticas de saúde voltadas para a Mulher e realizadas no domicílio, estão sendo desenvolvidas por ACS do Distrito Sanitário Barra/ Rio Vermelho reproduzindo as desigualdade de gênero. Utilizou-se a metodologia qualitativa, usando o Materialismo Histórico Dialético como referencial teórico- filosófico. Para a coleta de dados, utilizou-se da observação participante e entrevista semi-estruturada e gravada dos ACS, usando-se a análise de conteúdo. A visita domiciliar apresenta-se como instrumento de trabalho revalorizado. A articulação dos ACS com os serviços apresenta-se com deficiências, considerando-se o atendimento à demanda espontânea. O trabalho dos agentes reproduz características do Modelo Médico Assistencial. Da mesma forma, as práticas de saúde mesmo voltadas para promoção/prevenção de problemas de saúde não são suficientes para enfrentar os conflitos e as necessidades existentes no âmbito domiciliar. O despreparo dos agentes para lidar com problemas complexos reproduzem desigualdades de gênero, na medida em que reforçam o papel da mulher como única cuidadora reafirmando estereótipos sexistas.

ABSTRACT

The current politics of reorganisation of the health system in Brazil utilises a domiciliar service strategy and has as the basis of its action a primary attention which revalues the use of practices of health in residence. This practice which is historically and culturally attributed to women, influences people and it is influenced by different social practices. This study has as aim to analyse the health practices directed to women which are carried out in residence. This work has been developed by the health community agents of one districts in Salvador which reproduces gender inequalities. The qualitative methodology and the dialectic historical materialism was used as the theoretical-philosophical reference. It was used for the data collection, participant observation as well as a semi-structured interview based on content analysis, whose interviewed people were health community agents. The domiciliar visit represents a revalued working tool. The articulation of the health community agents is shown with some deficiencies when related to the services of spontaneous demands. The work done by the agents reproduces characteristics of the medical-assistencial pattern. Following the same way, the healthy practices which are related to promotion and prevention of some health problems are not sufficient to face the conflicts and existing needs of the domiciliar sphere. The unprepared agents have difficulties when dealing with complex problems which reproduce gender inequalities in the way that the role of woman is reinforced as the only carer, what reaffirms the sexist stereotypes.

INTRODUÇÃO

As práticas de saúde, no decorrer dos tempos, foram implementadas em diversos espaços, entre eles o domiciliar. O domicílio, como unidade de análise e de desenvolvimento de práticas sociais, incluindo-se as de saúde, tem sido, historicamente, motivo de controvérsias e reflexões- dos que denunciam o seu aspecto repressivo e regulador de homens sobre as mulheres, reproduzindo ideologias sexistas, espaço de violência de gênero, espaço da supremacia de adultos sobre jovens e crianças. Há, também, os que afirmam ser um espaço de trocas, de aprendizagem e de crescimento. Ao longo do tempo, tem sido um importante espaço utilizado por profissionais de saúde, em particular pela equipe de enfermagem para a produção/ reprodução de um saber e de ideologias que perpassam as práticas de saúde.

O meio domiciliar também é reconhecido, tradicionalmente, como reprodutor das relações de submissão e desigualdade, onde "o trabalho reprodutivo da lida diária no cuidado de outras pessoas- adultos, velhos e crianças- e a difícil tarefa de administração da casa e da família gera violência e problemas de saúde" (Ferreira, 1997, p.176).

Historicamente, o domicílio constituiu-se como espaço de desenvolvimento de práticas de saúde, institucionalizadas ou não. Em ambos os casos, coube tradicionalmente à mulher a responsabilidade do cuidado das crianças, velhos e demais adultos. A entrada do médico de família, no interior das casas, não representou, necessariamente, a mudança da ordem das coisas pois, neste

caso, cabia à mulher, muitas vezes, substituir o que sabia por um saber científico, o qual não tinha o domínio.

Ao longo dos tempos, não tem sido informado o uso do espaço domiciliar para o desenvolvimento de práticas de saúde. Isto se dá a depender das propostas e políticas de saúde e de modelos de assistência desenvolvidos. Em alguns momentos, este uso faz-se de forma mais acentuada ou quase desaparecendo em alguns períodos. (Pires, 1998; Barreira, 1992)

Na vigência do Modelo Médico-Assistencial Privatista², a assistência prestada continuava fragmentada e paliativa, tanto nos serviços de saúde como no domicílio (Pinto, 1983). Os Programas tinham como objetivo a racionalização dos custos destinados à saúde e a expansão da cobertura à clientela. A mulher representava uma parcela da população priorizada dentre os elementos da população a serem assistidos por estes programas. A assistência à saúde da mulher, como responsabilidade estatal, a partir da década de setenta, foi implementada pelo Programa Materno Infantil- PMI (1975) e, posteriormente, pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher- PAISM (1984) (Ferreira, 1994).

O PMI, elaborado no período de regime militar, representa uma das políticas de saúde elaboradas para satisfazer a necessidade da expansão da cobertura, além de uma atenção mais específica à saúde da mulher nas unidades básicas. Este programa foi constituído por diretrizes básicas que

² Este modelo consolidou-se nos anos 70, caracterizando-se por implementar práticas voltadas a atender aos interesses do Estado e não às necessidades da população. Predominantemente,

orientariam as Secretarias Estaduais de Saúde na implantação de suas propostas para assistência materno-infantil, voltadas prioritariamente para o período gravídico-puerperal, e à criança menor de 1 ano.

Os principais responsáveis pela prática e implementação desta assistência eram as enfermeiras e os auxiliares de enfermagem, a partir do conjunto de atividades organizadas em sub-programas. O trabalho executado era direcionado para as questões reprodutivas, reforçando, desta maneira, a idéia de que através do controle da natalidade seria possível a melhoria das condições de vida.

A finalidade do trabalho dos profissionais era "a assistência ao período de gravidez e à criança no primeiro ano de vida, tentando-se a cobertura a estes grupos através de medidas racionalizadoras" (Ferreira, 1994, p. 42). Logo, a assistência à mulher era concebida exclusivamente na sua função reprodutiva, mesmo com as tímidas alterações, como a necessidade de desenvolver ações preventivas no controle do câncer cérvico-uterino; discussões sobre o corpo e o comportamento, nas várias etapas da vida e doenças sexualmente transmissíveis.

Para Ferreira (1997), o PAISM, foi elaborado num período de grande mobilização social para construção de um projeto democrático mais consistente, no anos 80. Representou a idéia da sociedade civil organizada expor a necessidade da atenção ser deslocada da situação de mãe para a de mulher.

apresentava-se como curativo, com ênfase na assistência individual e a demanda espontânea

A mesma autora ressalta que a responsabilidade pelo desenvolvimento das ações cabia à equipe de saúde. Esta realizava as ações integrais de saúde através da divisão de tarefas, baseando-se na capacitação específica. Com essa percepção de trabalho, era possível implementar as atividades, a partir dos manuais elaborados pelo Ministério da Saúde, utilizando a consulta de enfermagem como um instrumento.

Mesmo recebendo forte influência dos movimentos feministas para não direcionar as ações de saúde apenas para o "binômio mãe-filho", nem se restringir ao corpo biológico, mas, sim, envolver a percepção da mulher como sujeito de sua história, o PAISM não consegue superar, no plano das práticas de saúde, a visão reprodutiva da mulher. O envolvimento masculino, inclusive nos processos onde sua participação é obrigatória, pouco foi destacado (Ferreira, 1997).

Em ambos os programas (PMI e PAISM), detecta-se, entre as atividades, a prática das visitas domiciliares. Este instrumento de assistência à saúde faz parte das práticas desenvolvidas desde o período pré-cristão, caracterizando-se por um perfil e finalidade caritativos, até o início do século XX (Cunha, 1991). A capacitação profissional para realização das visitas substitui o cunho empírico desta tarefa, por uma abordagem científica.

Ao historiar o início da enfermagem profissional no Brasil, verifica-se a íntima relação entre a formação destes profissionais e o uso da visita domiciliar

como instrumento para realização da assistência. De acordo com Barreira, (1992, p. 51),

"...as enfermeiras brasileiras à medida em que iam formando, eram logo integradas ao projeto sanitário. Com a criação da Superintendência de Enfermeiras, em conformidade com o acordo feito com a Fundação Rockefeller, as diplomadas, desde de 1925, começaram a atuar como enfermeiras-visitadoras, aperfeiçoando e ampliando o trabalho que já vinha sendo executado."

Essas trabalhadoras da saúde desenvolviam, através das visitas e atividades educativas ao doente, a prevenção e o controle de doenças transmissíveis. Contudo, a enfermeira deixa, gradualmente, de ser visitadora e passa a capacitar/ supervisionar os visitantes. Este fato pode ser relacionado às dificuldades enfrentadas na realização das visitas e ao direcionamento do cuidado para as instituições hospitalares. (Barreira, 1992)

A visita domiciliar, tendo sido muito útil em alguns momentos da organização das práticas de saúde não é privilegiada em relação aos outros instrumentos, vindo a ser pouco utilizada no decorrer dos tempos (Pires, 1998). No contexto atual, a visita domiciliar ressurge como um instrumento assistencial nas propostas estratégicas para reorientação da assistência do SUS. Nesta perspectiva de atenção, a saúde é mais adequadamente utilizada, pois viabiliza a avaliação do indivíduo numa perspectiva mais integral, sendo fortalecida por Mazza (1994, p.67), ao afirmar que visita domiciliar é

"um instrumento de assistência à saúde, com o objetivo de prestar atendimento no domicílio, orientar, educar, levantar possíveis soluções de saúde, fornecer subsídios educativos para os indivíduos, a família e a comunidade para que tenham condições de se tornarem independentes"

Uma vez que o domicílio é reintegrado às práticas de saúde, a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde

da Família (PSF), cabe analisar quais são estas práticas de saúde dirigidas à mulher, desenvolvidas por agentes comunitários. Esta análise poderá contribuir para definir a configuração do espaço profissional destes agentes, como também identificar se estas práticas são reprodutoras de desigualdades de gênero. O presente estudo será desenvolvido a partir da seguinte questão: como as práticas de saúde da mulher estão sendo desenvolvidas pelas (os) agentes comunitários de saúde, no âmbito do domicílio?

A pretensão em analisar as práticas de saúde da mulher realizadas no domicílio, a partir de Agentes Comunitários de Saúde pode explicar, também, alguns aspectos da reformulação desta assistência, no Brasil, e como estas mudanças modificam a maneira de assistir e organizar o trabalho, principalmente da Enfermagem.

A escolha de ACS como sujeitos deste estudo, baseia-se no fato do desenho do Programa apresentar as atividades realizadas por estes trabalhadores. Tais práticas, em certa medida, correspondem às realizadas pela enfermagem no espaço domiciliar desencadeando reflexões sobre as ações implementadas por ACS. Estabelece-se esta polêmica, embora os órgãos governamentais esclareçam que as (os) ACS não substituíram os profissionais de saúde, mas ocuparam um espaço próprio. Por outro lado, até o presente momento, em Salvador, as políticas de saúde desenvolvidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF) são incipientes, o que impossibilita uma análise mais efetiva. Para Martins (1996, p.39), o "trabalho dos ACS está bastante aproximado das práticas de enfermagem e as reações a essa incorporação, por parte das enfermeiras, são diversas desde promoção até censura".

Algumas experiências anteriores, utilizando propostas alternativas de assistência, como o PIASS, produziram algumas reflexões para enfermagem. O emprego de profissionais não capacitados ampliou o quadro de pessoal, possibilitando expandir a cobertura. No entanto, a assistência reforçou a polarização das ações na figura do médico e do agente, havendo pouca participação dos demais profissionais. A figura da enfermeira/do enfermeiro era ligada aos órgãos centrais, responsabilizando-se pela capacitação do(a)s visitantes (as), praticamente não atuando na assistência local. Os diagnósticos eram paliativos e havia pouca resolutividade dos problemas de saúde.

Na proposta atual do PACS e PSF, há participação da comunidade na tomada de decisões, através dos conselhos locais de saúde. Ademais, segundo Martins et al. (1996, p.40)

"...o processo de descentralização resulta em maior oferta de empregos no nível municipal, o que permite a absorção da mão-de-obra local disponível e que demanda por emprego mas não tem qualificação específica. Tal situação coloca o ACS em um movimento dinâmico, resultante de processos sociais mais amplos, caracterizando um dos grandes desafios para implantação do SUS."

A qualificação posterior e a temporalidade da ação de agentes também fazem parte das reflexões que perpassam o emprego deste pessoal, porque as lutas da categoria profissional de enfermagem questionam sobre a perpetuação da divisão de trabalho, de forma polarizada e baixo custo da assistência à saúde. Esta perspectiva pode levar a considerar como conseqüência da permeabilidade para mão-de-obra não qualificada a desqualificação da assistência de enfermagem (Martins et al., 1996). Diante deste contexto, este estudo apresenta como objeto e objetivos:

Objeto

- As práticas de saúde no domicílio desenvolvidas por agentes comunitários de saúde e as relações de desigualdade de gênero.

Objetivo Geral

- Analisar como as práticas de saúde voltadas para a Mulher, realizadas no domicílio, estão sendo desenvolvidas por agentes comunitários de saúde do Distrito Sanitário Barra/ Rio Vermelho.

Objetivos Específicos

- Descrever as práticas de saúde desenvolvidas, no domicílio, por ACS, voltadas para a mulher.

- Analisar relações de desigualdade de gênero reproduzidas nas práticas de saúde, no âmbito do domicílio.

REFERENCIAL TEÓRICO- contextualização do objeto

As Práticas de Saúde e a Família

A formação de "grupos primitivos" (Lenhard, 1971, p.107.), como a família, pode ser considerada como a manifestação da necessidade do convívio social pelo ser humano. Este grupamento de pessoas não pode ser concebido de uma forma estanque, pois as relações pessoais (entre os seus membros) e sociais (com os demais indivíduos e grupos) que ocorrem, influenciam na vida de cada membro.

Os conceitos de domicílio e família apresentam-se, em muitas situações, relacionados, como se pode verificar, na pesquisa em dicionários do século XVII, realizada por Jean- Louis Flaindrin apud Sardenberg (1997, p.9), na Inglaterra. A família apresentava-se como sinônimo de "household (casa ou unidade doméstica)³", sendo comum utilizar-se deste termo para designar os indivíduos que residiam num mesmo ambiente "sob a autoridade de um mesmo chefe⁴".

Essa interação entre os termos, que se dá numa fase do ciclo de existência, está mais no sentido da família ocupar um determinado espaço. Este ambiente comum não é suficiente para existir a família. Isto porque como salienta Durham (1983a, p.27):

³ Sardenberg, 1997

⁴ idem, 1997

"...grupos domésticos, sendo unidades residenciais, tanto podem se restringir aos membros de uma família como se ampliar pela inclusão de pessoas não relacionadas por parentesco ou afinidades (como escravos, serviçais, agregados de diferentes tipos). Podem, inclusive, ser formados exclusivamente por pessoas não aparentadas (como é o caso, por exemplo, de república de estudantes), não sendo, nesse caso, famílias. Finalmente, grupos residenciais podem não ser nem famílias, nem grupos domésticos, como ocorre quando jovens habitam a casa dos homens, mas comem com suas famílias e contribuem para a dispensa doméstica."

Assim, pode-se perceber que tais definições são flexíveis, pois variam no processo histórico, a partir das transformações sócio-econômicas e culturais ocorridas. Ambos os termos estão relacionados com o convívio ou espaço ocupados pelo ser humano. Esse é influenciador e influenciado pela sociedade, não se podendo elaborar teorias, definições ou conceitos rígidos e imutáveis.

A mulher, como membro da família e sócio-culturalmente instituída da responsabilidade de cuidar dos demais, desempenha diferentes papéis que são perpassados por relações de desigualdade. A divisão sexual do trabalho, tanto no âmbito produtivo quanto reprodutivo reforçam esta desigualdade. Entretanto, deve-se salientar que a expressão dessas situações variam em intensidade de uma sociedade para outra e a depender do contexto histórico.

A reprodução das relações de desigualdade manifestam-se, também, na elaboração de políticas de saúde direcionadas aos aspectos reprodutivos. Os problemas de saúde e até a manutenção das dessemelhanças alicerçam-se numa assistência voltada ao ciclo gravídico-puerperal ou idade reprodutiva, como refletido nos programas de saúde direcionados a atender esta população. As mulheres são receptoras, em muitos casos passivos, dos saberes transmitidos pelos (as) profissionais de saúde, entre eles (as) a equipe de enfermagem.

Essa assistência individualizada e fragmentada associada à concepção da família como repressora e reprodutora de relações desiguais entre seus membros, muitas vezes para ocultar as lutas de classe, inviabilizou algumas das tentativas para alicerçar as ações de saúde a partir deste grupo. As políticas sociais até o momento, com sua grande maioria, como afirma Vasconcelos (1999, p. 8)

"...grande maioria visava ao atendimento individualizado das pessoas, desconsiderando o universo familiar e comunitário em que vivem, o que reflete a ideologia mercantil hegemônica, para a qual a iniciativa individual em prol dos interesses particulares é a base do progresso e do bem-estar social".

As precárias condições de vida da maioria da população, o sucateamento dos serviços públicos de saúde que não satisfaziam às reais necessidades individuais e coletivas da sociedade e a existência de um modelo assistencial excludente desencadearam reações da sociedade civil organizada, como as propostas pelo Movimento da Reforma Sanitária. Para Melo; Araújo (1994, p.3) refletindo-se o modelo médico assistencial privatista, adotado até então observa-se que ele era,

"... hegemônico no conjunto das práticas sanitárias, tendo como objetivo de trabalho o corpo anátomo-fisiológico". É instrumentalizado pelo conhecimento clínico, centrado no atendimento individual e revelado na organização dos serviços de saúde através do atendimento a demanda espontânea. A intervenção fundamentada na clínica, ainda que eficaz para solução de alguns problemas individuais, não tem sido capaz de responder a problemas coletivos existentes e a novos problemas de saúde que surgem a cada dia".

O movimento de reforma, que se constituiu num processo dinâmico e inacabado que concebe o social inerente ao processo saúde/doença rompe, de acordo com Cohn (1989, p.124) a "dicotomia prevenção-cura na construção de um novo objeto de estudo, a medicina social, na sua referência à realidade brasileira". A proposta de

modelo assistencial a ser construído teve como base o saber epidemiológico, o qual para Melo, Araújo (1994, p.4)

"...historicamente subordinado ao modelo clínico, apreende coletivamente o processo saúde- doença, incluindo a análise de probabilidade de ocorrência de um evento mórbido na população. Este modelo, também fundamenta intervenções que ultrapassam o plano individual, e que reforça o caráter coletivo das necessidades de saúde, e ressalta a sua determinação histórica e social".

Na Rede Básica de Saúde, inicia-se um processo de transição, alicerçado por um suporte técnico associado a um referencial teórico que se fundamenta na integração das ciências sociais e na clínica. A reorganização das práticas de saúde, através de algumas estratégias, como a Vigilância à Saúde, Descentralização com ênfase na Municipalização e Atenção à Saúde da Família (Bahia, 1998), seria a concretização desta transição.

A partir dos anos 90, o setor saúde revaloriza a atenção à família, pois as repercussões dos problemas coletivos afetam o perfil epidemiológico. Ferrari; Kaloustian (1994, p.12) consideram que a família vem a ser concebida numa nova perspectiva metodológica, na qual é "percebida não apenas como simples somatório de comportamentos, anseios e demandas individuais, mas sim como um processo interagente da vida e das trajetórias individuais de cada um de seus integrantes". O uso do domicílio, como espaço de práticas de saúde, reassume papel relevante na prestação da assistência à saúde.

Nesse processo de revalorização do domicílio, outros agentes são re-inseridos no trabalho, como a enfermeira e auxiliar de enfermagem. Estes profissionais apresentam uma considerável experiência de atividades junto à família e no domicílio, em atividades alicerçadas na estratégia de atenção primária à saúde.

A mulher e as práticas de saúde no espaço domiciliar

A mulher desempenha um papel na sociedade, segundo Durham (1983a ,p.7) que *está* "condicionada por uma divisão sexual do trabalho que se institucionaliza e se reproduz no âmbito familiar". A perspectiva biológica justifica a divisão sexual do trabalho e os papéis definidos para as mulheres, pela capacidade reprodutiva, na qual a mulher permanece por nove meses gestando um ser que, futuramente, servirá como força de trabalho. Outro aspecto considerado é a força física maior na maioria dos homens em relação às mulheres. Entretanto, os argumentos da reprodução e a supremacia física não são suficientes para legitimar a dominação masculina.

O cuidado à saúde por ser uma atividade milenar, desenvolvida tanto no ambiente institucionalizado quanto no doméstico, geralmente por mulheres, foi atribuído por muito tempo como próprio da natureza feminina. Para Lopes (1996,p.58) a "... idéia do 'natural' para explicar a longa inquestionabilidade da dicotomia trabalho-de-homem/ trabalho-de-mulher, e os cuidados de saúde são, nesse caso, uma boa ilustração".

A organização do trabalho apresenta-se como produtiva e reprodutiva, sendo a primeira relacionada à produção de valores de troca, que ocorre no meio público, enquanto a outra envolve a produção de valores de uso (trabalho doméstico) e a reprodução da espécie, dando-se no meio privado (Pires, 1998, Bessa; Ferreira, 1999, Combes; Haicault, 1986). As atividades extradomiciliares, cabiam ao sexo masculino, devido à sua constituição física. Por outro lado, o sexo feminino, em decorrência da capacidade reprodutiva e das

questões relacionadas à maternidade, responsabilizou-se pelas tarefas intra-domiciliares, o espaço privado.

Refletindo sobre as relações desta divisão e o senso comum pode-se afirmar que a produção estaria submetida à reprodução, pois a necessidade da fabricação de valores de troca é para possibilitar a subsistência do ser humano. Combes; Haicault (1986, p.25) consideram que, "o surgimento e o desenvolvimento de um modo de produção que transforma o próprio ser humano numa mercadoria apenas confirmam (e simbolizam) a subordinação da reprodução à produção, fato anterior ao capitalismo e capaz de sobreviver a ele". Poder-se-ia, assim, afirmar que o trabalho realizado no meio extra-domiciliar subordina o intra-domiciliar. A lógica do sistema impõem mais valor ao produto e aos meios para obtê-lo do que aos agentes responsáveis.

A divisão sexual de trabalho, onde a designação do espaço público para o sexo masculino e o espaço domiciliar e privado para o feminino, fortalece as relações de desigualdade de gênero e a submissão das mulheres. De acordo com Durham (1983b), foi através do capitalismo que se estabeleceu essa cisão. Entretanto, a mesma autora considera que a situação da mulher não estava baseada apenas nessa separação espacial. Uma vez que, a mulher passa a vivenciar uma contradição a "percepção de sua igualdade enquanto indivíduo na esfera do mercado e de sua desigualdade enquanto mulher, ancorada na esfera doméstica"(idem, p.34).

A posição desigual e submissa acentua-se com o decorrer dos tempos e transformações econômicas que afetam, de forma diferenciada, os países em desenvolvimento, pois não apenas as mulheres de classe popular, trabalham

para auxiliar na renda familiar, mas, também, as da classe média. Outros aspectos do trabalho domiciliar evidenciam desigualdades pois, apesar do salário ser encarado pela sociedade como indispensável para a subsistência da família, não é valorizado, quando produzido a partir do trabalho informal e no domicílio, representando importante contribuição à renda familiar.

A acumulação de jornadas de trabalho é encarada como natural, e inerente ao sexo feminino - ao retornar para casa, após um período de trabalho produtivo, a mulher ainda realiza os afazeres domésticos.

Nesse processo de divisão da produção, os agentes designados para executarem as tarefas são determinados pelos papéis sexuais, sócio-culturalmente construídos. A destinação feminina para a realização dos serviços relacionados com a reprodução fundamenta-se em diferenças anátomo-biológicas, que justificam papéis sexuais diferentes (Bessa, 1997, Durham, 1983a e b). As diferenças desencadeiam relações desiguais de gênero, baseadas em explicações naturalizantes de cunho sócio-histórico.

O trabalho reprodutivo exercido pelas mulheres desenvolve-se no espaço domiciliar e envolve a reprodução da força de trabalho e as atividades relacionadas com o cuidado no processo saúde/doença de crianças, adultos e velhos. Bessa (1997, p.99) coloca que a força produtiva da mulher é desvalorizada e marcada por desigualdades, desencadeia-se como "resultado de um processo histórico e de manutenção de uma ideologia que permite que existam exploradores e explorados, empregadores e empregados, atividades mais valorizadas e menos valorizadas e, que, privilegia na mulher, o seu papel reprodutivo". Desta forma, é

concebida como reprodutora, no sentido biológico e educacional da força de trabalho. No primeiro caso, pela sua capacidade biológica e, no segundo, por ficar encarregada dos primeiros cuidados e preparo da mão-de-obra para o trabalho.

A divisão sexual do trabalho reafirma portanto que trabalho manual é destinado ao sexo feminino, e o intelectual, ao masculino. As explicações que salientam esta diferenciação desigual são muitas, entre elas, os atributos "inerentes" e indispensáveis a um sexo para a realização de uma determinada atividade.

No caso do trabalho feminino, destaca-se, mais precisamente, o cuidado, como processo saúde/doença. Estas qualidades não estão na ordem dos conhecimentos técnico-científicos mas, sim, espirituais. Pode-se citar, características, como paciência, lealdade, desinteresse, entre outros, considerados essenciais (Lopes, 1996, p.65). Os masculinos envolvem habilidades e qualidades, como inteligência, criatividade e iniciativa.

As diferenças sócio-histórico-culturalmente estabelecidas são utilizadas como justificativa para a perpetuação de desigualdades. Colocam a mulher e o trabalho por ela desenvolvido numa posição de desvantagem e, até mesmo invisibilidade, já que não promovem reconhecimento e valorização da labuta no espaço domiciliar.

O cuidado, sendo uma atividade desenvolvida também no domicílio, apresenta características e envolve habilidades estabelecidas como inerentes ao sexo feminino. Sendo o espaço domiciliar reservado à mulher, o cuidado

constitui-se num trabalho feminino, realizado a partir das atividades ligadas à educação das crianças, preparo de alimentos, atenção para promoção do "bem-estar" dos membros da família e demais residentes, entre outras ligadas à manutenção e reprodução da vida.

De acordo com Heilborn (1991, p.29)

"Se homens e mulheres como integrantes da cultura estão submetidos às mesmas convenções sociais, ainda que papéis distintos, a mulher é, por assim dizer, capturada uma segunda vez na malha de sua suposta naturalidade. Na medida em que a família implica necessariamente uma divisão sexual do trabalho, o cuidado com a prole é sempre destinado às mulheres e este se situa para além do papel propriamente reprodutivo, mas ainda assim recebe uma carga simbólica de atributo pré-social da condição feminina".

As políticas para ações de saúde à mulher tradicionalmente são voltadas ao ciclo gravídico-puerperal, não sendo priorizada a possibilidade de adoecimento provocado pelo trabalho realizado, tanto economicamente produtivo quanto doméstico. A visita domiciliar, instrumento de assistência, institucionalizada no Brasil, aproximadamente em 1919, caracterizou-se por ser uma atividade desenvolvida por enfermeiras, que tinham como objetivo o trabalho preventivo (Mazza, 1994). As ações desenvolvidas, durante a visita, reforçavam a atenção voltada à capacidade reprodutiva da mulher, pouco considerando a complexidade da assistência ao sexo feminino.

Diante deste contexto, os espaços de relevância na assistência, até a década de 40, eram o domicílio e os consultórios médicos. O uso do domicílio, como espaço das práticas, passa por um quase desaparecimento, a partir da década de 50, sendo utilizado apenas em algumas ações de saúde pública (Pires, 1998). Destarte, não se pode esquecer que os paradigmas do modelo

assistencial, vigente em cada período, influenciaram as ações executadas na visita domiciliar.

Nas décadas de 60 e 70, a visita domiciliar era utilizada no Programa de Interiorização da Assistência a Saúde e Saneamento- PIASS e no Programa Materno Infantil- PMI numa perspectiva de reprodutora dos paradigmas do modelo referido. Nestes programas, a enfermeira desempenha funções de treinamento e supervisão das atividades dos agentes. A assistência é implementada pelas auxiliares, atendentes e visitadoras sanitárias, afastando a enfermeira do cuidado direto.

As práticas institucionalizadas de saúde da mulher no espaço domiciliar, desenvolvidas nos anos 70 e 80, caracterizavam-se por uma atenção voltada ao período gravídico-puerperal e ao primeiro ano de vida da criança. A mulher não era vista como um sujeito social com necessidades e potencialidades. Esta forma de assistência poderia contribuir com a perpetuação do perfil sócio-cultural que destina o sexo feminino à gravidez e ao domicílio, viabilizando a reprodução das desigualdade de gênero.

O domicílio volta a ser revalorizado na década de 80, através da visita domiciliar e das ações implementadas no desenvolvimento da mesma. As políticas deste período, como destaca Pires (1998, p.88), apresentam-se

"...a partir dos anos 80, com os programas de extensão de cobertura patrocinados pela OMS para alguns países subdesenvolvidos, retornam as visitas domiciliares realizadas por pessoas treinadas ou por profissionais de enfermagem que realizam, predominantemente, ações de controle epidemiológico. Atualmente, o atendimento domiciliar também ocorre em alguns municípios, regiões ou países que recuperaram o papel do médico de família/ou inseriram o atendimento às famílias como unidade assistencial em saúde".

Esta nova postura assumida reflete a nova percepção do processo saúde/doença, que envolve aspectos não apenas biológicos, mas também sócio-econômico-culturais. A pessoa assistida não é separada da realidade em que vive, sendo o domicílio o ambiente produtor/reprodutor das transformações, reassume uma posição de destaque para promoção e prevenção.

Além de espaço de orientação preventiva e continuidade da assistência para atenção de nível primário, o ambiente domiciliar também é utilizado para implementação e continuidade do cuidado terapêutico realizado no espaço hospitalar. Esta modalidade de atenção à saúde é conhecida, hoje, como "Home Care".

Neste tipo de assistência à saúde, Lacerda apud Santos, et all (1999, p.229), considera que o "cuidado domiciliar"⁵ constitui-se de um "... serviço de acompanhamento, tratamento, recuperação e reabilitação de pacientes, de diferentes faixas etárias, em resposta à sua necessidade e de seus familiares, providenciando efetivo funcionamento do contexto domiciliar". Assim, a influência das condições sócio-econômico-culturais do grupo familiar que está sendo assistido influenciam no plano de cuidados elaborados e pode vir a dificultar a alta da internação domiciliar⁶ (UNIMED, 1998a).

Esta forma de organização da assistência apresenta como possíveis benefícios "a extensão da internação hospitalar, mais barato, socialmente mais humano com a conseqüente reintegração do paciente ao seu meio familiar e menor risco em relação às tão

⁵ Neste parágrafo, entende-se cuidado domiciliar como tradução para *Home Care*.

⁶ Segundo Calçado (1998,p.18), "internação domiciliar, além de utilizar o serviço de assistência de enfermagem, se responsabiliza por toda infra-estrutura necessária para o restabelecimento do paciente".

temíveis infecções hospitalares" (UNIMED, 1998b, p.12). Entretanto, não se pode deixar de mencionar que tais vantagens são mais favoráveis aos planos e convênios de saúde do que à família, já que esta assume os gastos com alimentação, com o enfermo, além do serviço de internamento contratado.

Esta contextualização sobre o objeto de estudo - as práticas de saúde da mulher no domicílio - reafirmam a necessidade de ampliar as pesquisas que permitam a compreensão deste espaço como reprodutor de desigualdades de gênero, viabilizando, assim, a realização desta pesquisa.

O domicílio e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Ao ser priorizada nas políticas de saúde atuais, a família reflete as mudanças rumo à melhoria na assistência, ocorrendo transformações para um modelo epidemiológico viabilizador de um Sistema Único de Saúde efetivo e eficiente (Vasconcelos, 1999). Nesse processo, as novas perspectivas de assistência, através de propostas, e planos, como a descentralização e a formação de distritos sanitários ativos, são fundamentais. O domicílio, ambiente de convívio, local das relações familiares e onde algumas práticas de cuidado são realizadas nesta proposta de atenção, reassume valor como espaço de trabalho em saúde.

Das mudanças propostas pelo Movimento de Reforma Sanitária, até chegar à proposição do Programa de Saúde da Família (PSF), considera-se a Vigilância à Saúde como a principal estratégia para o enfrentamento dos problemas de saúde, no âmbito SUS. Conforme Mendes (1995), esta estratégia

refere-se a um conjunto de ações interinstitucionais desenvolvidas de forma articulada e continuada sobre uma microárea para o enfrentamento privilegiado de problemas, atuando sobre situações de risco, dano e seqüela para indivíduos, ambientes coletivos e meio ambiente. Desta forma, a organização das ações da Vigilância utiliza, como instrumentos: o enfoque por problema; a organização do sistema geográfico de informação; o planejamento estratégico situacional e a programação local.

Outra estratégia de operacionalização desta reforma é a Descentralização, com ênfase na Municipalização. O Distrito Sanitário, segundo Paim (1995, p.201), não perceberia a "medicina como um conjunto de recursos técnico-científicos não articulados com o social", seria organizacional, gerencial e assistencial dos serviços de saúde, pois levaria em consideração a base populacional, o perfil epidemiológico e a hierarquização das ações. Desta forma, o papel do Distrito seria o de base operacional do nível local, para construção do SUS, portanto microespaço de luta política entre atores sociais, portadores de diferentes projetos.

Este processo de construção do SUS, utiliza-se de estratégias como o Programa de Agentes Comunitários- PACS. Este é compreendido como estratégia intermediária para o Programa de Saúde da Família- PSF, onde o profissional irá à comunidade, visando-a implementar atividades preventivas, educativas e curativas, conseqüentemente, avançando para as áreas de abrangência e viabilizando a articulação com os serviços.

Desta maneira, o PSF, segundo Fonsêca (1998, p.399) "surge como uma estratégia de atenção primária e elemento integrador dos outros níveis de atenção, visto que as Unidades Primárias de Saúde serão portas de entrada para um sistema organizado hierarquicamente", tornando possível a mudança da atenção à doença para a promoção da saúde num contexto social.

Em Salvador, as atividades dos PACS foram iniciadas em 1998, há aproximadamente dois anos e do PSF para o ano de 2000. A equipe do PACS apresenta como membros, no nível das unidades de saúde, o/a enfermeiro (a) supervisor (a)/ instrutor (a) e Agentes Comunitários de Saúde- ACS. Na etapa de implantação, ocorreu a seleção dos (as) enfermeiros (as) e dos (as) ACS. Neste programa, segundo o Ministério da Saúde (Brasil,1991, p.7) o trabalho da enfermeira (o), é

"...articulado e de acordo com as orientações da coordenação estadual, regional e municipal; trabalhar durante 20 ou 40 horas por grupo de 20 a 40 (no máximo) de agentes, respectivamente. De acordo com o número de agentes, no município, haverá um ou mais instrutores/supervisores; organizar e executar a capacitação dos agentes comunitários de saúde, visando à profissionalização; promover reciclagens periódicas; realizar supervisões sistemáticas em campo; consolidar, analisar, divulgar e enviar para o nível regional, os dados específicos do programa; repassar dados inerentes as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde ao Sistema de Informação Geral do SUS".

Estas atividades destacam como principais encargos da enfermeira a supervisão e capacitação do(a)s ACS. Então, a situação da visita domiciliar para a enfermagem fica restrita à supervisão das realizadas pelos agentes.

Os agentes deverão receber da enfermeira-supervisora orientações sobre as responsabilidades do grupo, para com a comunidade, identificação com os setores e distribuição dos setores censitários. Vale ressaltar que esses agentes são membros da mesma comunidade o que ameniza as dificuldades apontadas

por Nogueira e Serpa da Fonsêca apud Mazza (1994, p.62) em relação ao uso da visita domiciliar como instrumento para assistência à saúde:

"É um método relativamente caro, comparado com outros, pois depende da utilização de pessoal treinado e muitas vezes requer transporte. Pequeno rendimento em relação a outros métodos, pois é gasto muito tempo não só na execução da visita, como também na locomoção do profissional e, posteriormente, na avaliação da visita domiciliária. Os afazeres da dona de casa ou mesmo a sua ausência por trabalhar fora, podem impedir ou dificultar a prestação deste tipo de assistência".

Para o desenvolvimento das atividades, os(a) ACS deverão passar por um processo de reconhecimento das áreas e distribuição das microáreas, onde não trabalham; deverão realizar visitas às microáreas com a construção do mapa vivo; além das discussões sobre territorialização. A realização das atividades não devem ser estanques, mas concomitantes e permanentes, diante cada mudança de morador ou construção de domicílios. Após o processo de territorialização, os agentes comunitários realizam o cadastramento das famílias das suas respectivas áreas, utilizando a ficha A (anexo- 1), que contém dados de identificação da família, condições financeiras, número de moradores do domicílio. Estas atividades possibilitam a identificação de problemas. Este reconhecimento leva em consideração critérios, como, relevância, magnitude, urgência e factibilidade.

Os agentes também preenchem a ficha B (anexo- 2), que diz respeito às gestantes, incentivando-as a realizarem o pré-natal regularmente e o planejamento familiar. Na ficha C, realiza-se a pesagem e o acompanhamento do cartão de vacinação das crianças menores de 5 anos. Na ficha D (anexo- 3), os ACS registram suas atividades diárias, a fim de serem avaliadas pelo próprio agente e a enfermeira supervisora, na perspectiva do alcance das metas estabelecidas para cada mês de atuação. Além dessas fichas, há outras

(fichas B) que abrangem problemas de saúde detectados, como a hipertensão, diabetes, tuberculose (anexo- 4).

Deve-se salientar que os ACS não estão sendo preparados para substituírem profissionais de saúde, pois a intenção é que ocupem um lugar específico neste novo modelo de organização dos serviços de saúde. Sendo assim, os agentes tornam-se responsáveis por empreenderem o primeiro contato com a população a ser assistida, transmitindo informações simplificadas de saúde, com base nos princípios de prevenção, promoção da saúde coletiva articulando o domicílio com as unidades de saúde. Conseqüentemente, esses indivíduos contribuiriam para a redução dos índices de morbi-mortalidade das comunidades (Brasil, 1991).

A assistência à mulher, até recentemente, prestada pelos serviços de saúde na Rede Básica apresentava como espaço de maior relevância de ação, a unidade básica de saúde. O atendimento caracterizava-se por um direcionamento maior ao pré-natal e planejamento familiar. Diante desta nova proposta de serviço a assistência passa a valorizar o domicílio.

O domicílio, local onde as práticas de saúde são desenvolvidas, não pode ser concebido de forma linear, pois incorreria na possibilidade de estereotipá-lo, negligenciá-lo ou supervalorizá-lo, num determinado padrão de espaço. Ao se propor o PSF e PACS, é necessário reconhecê-lo, não dissociado do meio público, já que produz/reproduz relações cujas conseqüências interferem no coletivo (Trad; Bastos, 1998).

As práticas implementadas pelos profissionais de saúde no domicílio interferem no comportamento dos moradores pois, como refere Donabedian apud Trad; Bastos, (1998, p.431) "é de se esperar que uma interação mais intensa entre agentes de saúde e famílias, a partir das ações específicas do programa, produza modificações no próprio contexto familiar". Reflexões sobre as práticas no domicílio levaram-me a questionar: Como se dão as práticas dos ACS no domicílio? Estas práticas estão reproduzindo as relações de desigualdade nas orientações à família?

METODOLOGIA

As mudanças de comportamento e relações vivenciadas no espaço domiciliar são reflexos de conflitos permanentes. Sendo assim, no intuito de melhor conhecer e analisar a realidade que está sendo construída na implantação e implementação do PACS, este estudo foi qualitativo (Triviños, 1987).

A abordagem qualitativa contribui para uma apreciação mais ampla e confiável da realidade estudada, considerando que

"...a realidade social é qualitativa e os acontecimentos são dados primeiramente como qualidades em dois níveis: ..., como um vivido absoluto e único incapaz de ser captado pela ciência, e..., enquanto experiência vivida em nível de forma, sobretudo da linguagem que a prática científica visa transformar em conceitos". (Granger apud Minayo; Sanches 1993,p.245)

O referencial teórico-filosófico utilizado neste estudo é o Materialismo Histórico Dialético pois, segundo *Triviños* (1992,p.51),

"...o materialismo dialético é a base filosófica do marxismo e, como tal, realiza a tentativa de buscar explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento."

"...o materialismo histórico é a ciência filosófica do marxismo que estuda as leis sociológicas que caracterizam a vida da sociedade, de sua evolução histórica e da prática social dos homens, no desenvolvimento da humanidade". (idem, 1992, p.51)

Campo de Pesquisa

O município de Salvador, local onde a pesquisa foi realizada, capital do Estado da Bahia está localizado na Região Litorânea do Estado, sendo um dos municípios da Baía de Todos os Santos. A população corresponde a 2.440.828 hab., sendo 2439823 (99,96%) residentes da área urbana (dados preliminares do Censo 2000- IBGE).

A cidade apresenta como "vocação econômica" atividades ligadas principalmente ao setor terciário, tendo os serviços ligados ao turismo e ao comércio as maiores concentrações de mão-de-obra (site da Prefeitura Municipal de Salvador, 2000). Os serviços de saúde, encontram-se em processo de municipalização, tendo suas atividades coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde. Este processo de reorganização do SUS, apresenta os serviços descentralizados em Distritos Sanitários, Cabula- Beiru, Subúrbio- Ferroviário, Brotas, Cazajeiras, Pau da Lima, São Caetano, Itapagipe, Itapuã, Centro Histórico, Liberdade, Boca do Rio e Barra/Rio Vermelho (Ferreira, 1996, p.57).

Esta pesquisa apresentou como "locus" o Distrito Sanitário Barra/Rio Vermelho, espaço de operacionalização de estratégias de integração das atividades de ensino, pesquisa e extensão da Universidade Federal da Bahia, mediante convênio entre esta instituição de ensino e a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Esse Distrito abrange 4(quatro) regiões administrativas da cidade de Salvador, contando com Centros de Saúde tipo III, Unidade de Saúde Mental, Centro de Atenção Especial (CAE III), Postos de Saúde, Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador - CESAT e Centro de Tratamento de Abuso de Drogas - CETAD, além de hospitais classificados como geral e de emergência. A área concentra, ainda, muitos equipamentos de alta densidade tecnológica (consultórios, clínicas, hospitais gerais) pertencentes ao setor privado, contratado e credenciado do SUS.

Essas unidades articulam-se, entre si, de acordo com a Resolução CIS-BA/03/88 que orienta os mecanismos de "Referência e de Contra-Referência" dos usuários. Entretanto, este sistema apresenta-se pouco efetivo na realidade estudada. A população não tem garantia de atendimento, tanto na unidade de saúde de referência do bairro, como nas externas. O retorno ao centro não assegura que será atendido pelo(a) mesmo(a) profissional que encaminhou, logo produz uma "quebra" na continuidade da assistência.

Essa situação reflete os problemas enfrentados pela Secretária Municipal de Saúde em relação à municipalização e descentralização do sistema. A falta de infra-estrutura e de pessoal no distrito e unidade de saúde dificulta a implementação da prática, mesmo que de acordo com Nascimento (2000, p.97), as unidades do bairro ofertem

"...assistência clínica geral; assistência à saúde do idoso; assistência à saúde da mulher; assistência à saúde da (o) adolescente, e da criança; controle de hipertensão arterial; assistência odontológica e farmacêutica. Além disso, dispõem de serviço de Vigilância Epidemiológica".

No Distrito, situa-se, ainda, um complexo universitário composto das Escolas de Enfermagem e de Nutrição; das Faculdades de Medicina, Odontologia, Veterinária e Farmácia; do Instituto de Ciências da Saúde e do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Todas estas instituições de ensino superior utilizam-no como *laboratório* para o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão (incluindo assistência).

Entre os centros de saúde deste distrito está o 9º Centro do Nordeste de Amaralina. Este bairro situa-se numa área urbana limitada em seus três lados pelo Parque da Cidade, a Avenida (do Vale) Juracy Magalhães Júnior e as Avenidas Visconde de Itaboray, Manuel Dias da Silva e Amaralina (Figura- 1 e Mapa- 1). Sua constituição corresponde ao Vale das Pedrinhas (porção baixa), Santa Cruz e, parte da Chapada do Rio Vermelho (Nascimento, 2000).

Assim, para esta conformação, é comum agentes de um centro serem responsáveis por um lado da rua e outro de centro diferente ser responsável pelo lado oposto. Além desse fato, lado ou ruas transversais não são cobertas pelo PACS pois, de acordo com o Distrito, apenas 30% do bairro está inserido. Há promessas de ampliação e contratação de mais ACS, mas até o momento do término do estudo isto não havia se dado.

A partir dos dados coletados por ACS e registrados no Consolidado das Famílias Cadastradas do ano de 2000, mês outubro- Modelo Geral, a comunidade cadastrada pelo Programa corresponde, aproximadamente, a 3374 famílias, sendo atendidas pelos (as) agentes, em torno de 1653 homens e 1721 mulheres, nas diversas faixas etárias. Os domicílios destas famílias

apresentam-se concentrados no tipo de casa de tijolo/ adobe (3353), contudo existem algumas construções em taipa revestida (6), madeira (5) e material aproveitado (5).

O abastecimento de água dá-se por meio da rede pública, com 3293 ligações domiciliares, outras formas não identificadas (80) e uma família retira água de poço ou nascente. O tratamento de água, em sua maioria, é a filtração (2437), além de alguns cadastros referirem fervura (214) e cloração (57). Todavia, mesmo com os trabalhos desenvolvidos pelo Projeto Baía Azul, existem 666 casas que não apresentam tratamento para a água consumida.

A coleta de lixo é realizada pela Prefeitura Municipal, através de empresa contratada, abrangendo 3341 domicílios. Em algumas situações o lixo é deixado a céu aberto (30) e, em um dos domicílios, realiza-se a queima ou é enterrado. O sistema de esgotamento sanitário atende 3278 domicílios, encontrando-se, também, fossa (43) e esgoto a céu aberto (53). A grande maioria dos domicílios possui energia elétrica, tendo sua origem regulamentada por serviço prestado pela empresa, responsável ou adquirida através de "gatos".

Nas famílias cadastradas, as principais causas de morbidade são a hipertensão e diabetes. Entretanto, há alguns casos de tuberculose e hanseníase e, apesar do trabalho diário e próximo dos ACS, são dificilmente informados pelos familiares.

Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada nos domicílios cuja área de abrangência pertence ao Centro do Nordeste da Amaralina (9º Centro). A escolha por esta Unidade deu-se por ter sido local de prática, durante a graduação em Enfermagem e realização de pesquisa de Iniciação Científica. A coleta foi realizada no período de fevereiro a abril de 2001, com a participação diária nas atividades realizadas nos domicílios e no centro, a partir de duas técnicas; a observação participante e entrevista semi-estruturada.

a) Observação Participante

Definida por Schwartz ; Schwartz (1995) apud Minayo (1998, p.135) como

"...um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a 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 do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto". (1955)

As visitas domiciliares realizadas pelas (os) agentes, foram por mim acompanhadas, registrando-se os fatos em um diário de campo, num período correspondente a 11 semanas. Desta maneira, através da "informalidade aparente" dessa técnica, foram feitas apreciações dos trabalhos sobre a Assistência à Mulher realizados pelas (os) agentes com as famílias; as dificuldades e facilidades encontradas; as orientações, articulação do domicílio com a Unidade de Saúde; identificação do informante- chave* e a quem eram delegadas as responsabilidades pelo cuidado.

* Pessoa identificada pelo agente comunitário de saúde como detentora de maior número de informações sobre o processo saúde/ doença dos membros da família.

b) Entrevistas semi-estruturadas

Ciente do valor da fala como reveladora das dinâmicas sócio-históricoculturais, o emprego desta técnica para obtenção de dados foi apropriado. Isso pode ser confirmado através da formulação de Triviños (1987, p. 146) sobre a entrevista semi-estruturada, definida como,

"...aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que , em seguida, oferecem campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa".

Foram realizadas entrevistas com 10 agentes, com uso de gravador, após um período inicial de convívio, de aproximadamente dois meses no campo. O horário dependeu da disponibilidade deles (as), utilizando-se um roteiro semi-estruturado (anexo 5).

Ambas as técnicas não apresentam um fim em si mesmas, pois sua relação é de interdependência. Ao observar, visualizamos o contexto e as atitudes comportamentais dos indivíduos inseridos nele e ao entrevistar ouvimos a fala dos sujeitos sobre o campo e suas dinâmicas.

Tratamento e Análise dos Dados

Os dados obtidos, a partir das técnicas utilizadas, foram tratados através da análise de conteúdos, conforme Minayo. Esta autora baseia-se no referencial de Bardin (1979,p.72), como,

"Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores

(quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens".

Nesta opção de análise de dados, há idéia de que não existe consenso nem ponto de chegada, no processo de construção do conhecimento, pois se constrói numa relação dinâmica entre a razão dos que o fazem e a experiência que surge na realidade concreta. O produto final da análise dessa pesquisa deve ser encarada de forma provisória e aproximativa (Minayo, 1992).

A análise dos dados buscou contemplar as práticas de saúde desenvolvidas pelas (os) ACS no domicílio voltadas à Mulher. Desta maneira, tornou-se possível identificá-las, perceber se há articulação com o atendimento das Unidades de saúde e analisar se reproduzem relações de desigualdade de gênero através de categorias empíricas, construídas a partir dos dados coletados.

A proposta para tratamento e análise de dados, de acordo com Análise de Conteúdos, utilizou para operacionalização a técnica de análise temática. Esta se apresenta em três etapas, baseado no proposto por Minayo (1992, p.208-211) e Gomes (1994, p.76): a) a organização do material a ser analisado, através de leituras com a intenção de conhecer o material e estabelecer a unidade de registro; b) o estabelecimento de categorias; c) o desvelamento do conteúdo.

Foram construídas categorias e subcategorias empíricas:

a) os significados de visita pelo ACS, compreendendo as subcategorias-articulação com os serviços de saúde e o acolhimento no domicílio;

b) as práticas de saúde no domicílio e reprodução das desigualdades de gênero, englobando a mulher como única cuidadora e a reprodução de estereótipos sexistas

Sujeitos do Estudo

A aproximação com os sujeitos, com a intenção de realizar essa pesquisa deu-se, inicialmente, com a construção do perfil sócio-demográfico dos (as) ACS. Este contato inicial ocorreu com agentes dos três centros de saúde que atendem ao bairro (9º Centro, 15º Centro e Unidade Médico Odontológica da Santa Cruz). Nesta fase exploratória, realizaram-se os primeiros contatos com o Distrito Sanitário, encaminhando ofícios para realização da pesquisa e apresentando o desenvolvimento do projeto de dissertação neste bairro.

Neste primeiro momento, concomitantemente, foram feitos contatos com a coordenação da disciplina Estágio Curricular (ENF 162). Isto se deu para viabilizar o acompanhamento e supervisão do estágio na Rede Básica das graduandas (os) do curso de Enfermagem da UFBA do semestre de 2000.2. Outra forma de aproximação utilizada foi a realização de visitas domiciliares junto com as/os ACS à comunidade, antes do período oficial de coleta.

Por corresponderem a um contingente superior a 64 agentes em todo Distrito, optou-se por trabalhar com apenas uma das equipes do PACS, constituída por 19 agentes no 9º Centro de Saúde. Estabeleceu-se os seguintes critérios de seleção:

- Desempenharem a função de ACS há um ano ou mais;

- Não terem se afastado, neste período, das atividades realizadas por um período superior a uma semana, a exceção das férias;
- Terem participado ativamente do preenchimento das primeiras 4 fichas (A, B, C e D);
- Desejarem participar da pesquisa.

O número de indivíduos participantes do estudo foi limitado pelo critério de saturação das informações obtidas. Para atender às especificidades éticas da Resolução 196/96, relacionadas à pesquisa com seres humanos foram encaminhados ofícios e resumo do projeto, ao Distrito Sanitário, à Coordenação do Programa e à enfermeira supervisora dos ACS envolvidos.

Os termos de consentimento (anexo 6) dos sujeitos que participaram do estudo, foram apresentados, esclarecendo que haveria duas cópias. Uma a ser entregue ao sujeito e outra para posterior permissibilidade de publicação da pesquisa. Nestes documentos de aproximação e de consentimento para realização do trabalho foram salientados o sigilo relacionado aos sujeitos envolvidos e à disponibilidade da pesquisadora para realização de algum trabalho e posterior apresentação do relatório da investigação.

Outro aspecto ético observado foi o local para a realização das entrevistas para preservar a privacidade. Tendo em vista que, em nenhuma hipótese, deve-se constranger as pessoas que foram envolvidas, as entrevistas foram realizadas na sala de reunião utilizada pelos (as) ACS e na destinada ao programa, locais reservados, a portas fechadas e com a presença exclusiva da/do agente e da pesquisadora.

A caracterização sócio- demográfica dos sujeitos participantes corresponde a um recorte do perfil construído para os agentes dos três centros que atendem o bairro. Os/As agentes envolvidos na pesquisa perfizeram um total de dez, sendo 5 homens e 5 mulheres. A realização da coleta com o mesmo número de agentes de ambos os sexos foi intencional, pois supôs-se a existência de diferenças nas práticas realizadas.

Destes, todos são naturais de Salvador, com faixa etária que variou de 20 a 40 anos. Sendo, entre 20-25 anos (30%), entre 31-35 anos (50%), 26-30 anos (10%) e os outros 36-40 anos (10%).

Em relação ao estado civil, sete solteiros, hum casada e dois vivem com companheiro (a). Destes (as), quatro têm filhos, 25% têm um casal e os demais apenas um filho (a). Quanto à escolaridade, 80% dos ACS tinham o 2º grau completo e 20%, o 3º grau incompleto.

A moradia de todos os entrevistados era própria, de alvenaria, com 4 ou mais cômodos. Todos os ACS referiram possuir banheiro próprio, o esgoto e a água canalizada. A coleta de lixo, no entanto, é referida por 80% dos sujeitos, sendo realizada na rua onde reside, casa a casa, e os demais informam que depositam na caixa coletora de uma rua próxima.

Em relação ao número de residentes na casa, varia de dois a sete pessoas, a maior frequência é de cinco moradores (30%), seguido de três moradores (20%) e seis moradores (20%). Moram, em sua maioria, com esposo (a) e filhos e, em alguns casos, também com pais, irmãos, tia e sobrinha.

Diante do observado, a percepção de família não pode ser estabelecida sob moldes rígidos e limitantes, devido à infinidade de possibilidades de estruturas, organização e relações. Elsen (1994, p.97) coloca que "cada família é um conceito único, no sentido de existência, de história e de limitações e possibilidades". Logo, por vivenciarem uma realidade semelhante à população atendida, os/as ACS aproximam-se da mesma. Contudo, as condições de moradia e escolaridade diferenciam e até distanciam os/as agentes do contexto, por se encontrarem em melhores condições sócio-econômica-culturais em relação às famílias.

Quanto à experiência anterior, na área de saúde, 60% dos entrevistados não possuíam contato com atividades de saúde. Os demais dividem-se em 3 auxiliares de enfermagem e uma técnica de patologia clínica.

Todos os entrevistados apresentam um ano ou mais de desempenho como agente comunitário, sendo 90% a mais de dois anos e 10% com um ano. Deve-se destacar que a maior frequência no número de famílias assistidas por cada ACS é de 200 (50%), os demais apresentam 123 (10%), 168 (10%) e 185 a 187 famílias (30%).

Quadro 1: Perfil Sócio-Demográfico de Agentes Comunitários de Saúde participantes do Estudo. Salvador- Ba. Fevereiro/ Abril- 2001

ACS	Sexo	Faixa Etária	Grau de Escolaridade	Situação Conjugal	N.º de Filhos	Forma de coleta*	N.º de pessoas que mora na residência	Com quem mora	Trabalho remunerado anterior	Experiência anterior na área de saúde	Tempo de trabalho como ACS	N.º de Famílias sob sua Responsabilidade
01	Masculino	31-35	3º grau incompleto	Casado	2	Caixa coletora	4	Esposa e filhos	Comerciário	Sim	Mais de 2 anos	200
02	Masculino	26-30	2º grau completo	Solteira	-	Casa a casa	6	Pais	-	Não	1 ano	168
03	Feminino	31-35	2º grau completo	Casado	1	Casa a casa	3	Esposo e filhos	Professor	Não	2 anos	186
04	Feminino	20-25	2º grau completo	Solteira	-	Casa a casa	5	Pais e irmãos	Auxiliar de corte costura	Não	Mais de 2 anos	200
05	Feminino	20-25	2º grau completo	Solteira	-	Casa a casa	5	Pais	Atendente de consultório odontológico	Sim	Mais de 2 anos	185
06	Masculino	31-35	2º grau completo	Solteira	-	Casa a casa	5	Pais	Auxiliar de cozinha	Sim	Mais de 2 anos	200
07	Masculino	31-35	2º grau completo	Solteira	-	Casa a casa	2	Tia	Vigilante	Não	Mais de 2 anos	187
08	Feminino	36-40	3º grau incompleto	Vive com companheiro	1	Caixa coletora	3	Esposo e filhos	Comerciária	Não	Mais de 2 anos	123
09	Masculino	20-25	2º grau completo	Vive com companheiro	1	Casa a casa	7	Pais, esposa e filhos	-	Não	Mais de 2 anos	200
10	Feminino	31-35	2º grau completo	Solteira	-	Casa a casa	6	Irmão e sobrinha	Auxiliar de enfermagem	Sim	2 anos	200

* Forma de coleta- corresponde ao recolhimento do lixo pela empresa de limpeza pública, podendo ser casa a casa ou caixa coletora localizada nas proximidades do domicílio.

OS SIGNIFICADOS DA VISITA DOMICILIAR PARA ACS

A visita é reconhecida como o início do trabalho do(a) ACS. Esta atividade corresponde ao comparecimento no domicílio, tendo como um dos objetivos orientar as pessoas que aí residem sobre o cuidado com a saúde. O trabalho é realizado através de informações de prevenção e promoção possibilitando, conseqüentemente, o contato da população com a unidade.

A visita do(a) ACS desperta, na população, a lembrança de praticarem, as ações de promoção e prevenção orientadas no domicílio. Barros, Silva e Christófaro, (1991, p.7), destacam, também que, por meio do trabalho gerado durante a visita seria melhorada "a capacidade da população em cuidar de sua saúde". Assim, atinge-se um maior número de pessoas, garantindo-se que as informações cheguem ao domicílio, pois há aquelas que, por deficiência do serviço ou motivos sócio-culturais, não o procuram.

A existência de uma rotina no desenvolvimento de uma visita, assemelha-se à proposta elaborada por Queiroz e Egry (1983) que compreende a identificação do centro de referência e da família⁷, intenção da prática, registro dos dados e avaliação da visita. Também busca-se informações gerais em relação aos recursos e às associações da comunidade, porém não são registrada nas fichas utilizadas pelas (os) ACS.

⁷ Incluindo endereço, características dos elementos do grupo, descrição das condições de moradia e sócio- econômica, e situação de atendimento junto ao Sistema de Saúde, ciência e uso dos recursos e associações da comunidade.

No programa, a realização desta atividade é diária e consecutiva para implementação das práticas, sendo instrumento principal do trabalho. Esta continuidade e sucessividade possibilita que os questionamentos e respostas não sejam repetitivos a cada visita, pois já foram dadas informações anteriormente.

Este instrumento de assistência, por se constituir uma atividade constante e encadeada, permite que os dados coletados "in loco" e nas fontes secundárias apresentem uma seqüência de ações. A visita apresenta etapas, que, inicialmente, correspondem à detecção do problema, à busca de soluções (envolvendo o encaminhamento ao serviço) e ao posterior retorno para verificar o resultado da prática implementada, como ilustra a fala seguinte.

"Visita domiciliar para mim é você visitar as outras pessoas. Então, para mim é chegar na casa do cadastrado, saber como é que vai a família, conversar sobre as doenças, saber se tem alguém doente, se tem alguma criança com febre, conversar também sobre medidas anticonceptivas, falar sobre remédios para não engravidar, se estiver em período fértil, ver como vai a família, se a família vai bem, ver se tem alguém com problema." (ACS 07)

Outro aspecto observado em relação à visita é o tempo gasto para realizá-la. De acordo com Mazza (1994) constitui-se um recurso de uso limitado, por apresentar pouco rendimento comparado aos demais métodos. Entretanto, as/os agentes não consideram rigidamente este critério para medir a permanência na residência, mas, sim, a necessidade da família. Levando-se em consideração que este modo de assistência não é esporádico, porém diário

e consecutivo, a obtenção de informações pode ser até fragmentada sem comprometer o trabalho.

Ao apreciar o tempo da visita, considerou-se outros aspectos. Entre eles, os referentes às atividades a serem desenvolvidas e a disponibilidade/disposição da informante chave em atender a/ao agente. A tarefa pode ser implementada com uma duração pequena, a fim de possibilitar a realização de outras e minimizar os óbices físicos da área assistida, como no caso da pesagem das crianças menores de 2 anos em que a/o agente carrega a balança de pesagem.

"O tempo gasto na visita depende muito. Isso vai depender da visita, isso vai depender da necessidade da família." (ACS 08)

"Se a gente for fazer uma contagem do tempo da visita, a gente leva uma hora ou até uma manhã inteira. Eu acredito que a gente leva uma hora no domicílio. Quando é para pesar, a gente leva uns 15 min. Senão, a gente perde muito tempo e não conseguir fazer muita coisa, pois aquele peso dificulta muito o trabalho, porque minha área tem muita ladeira." (ACS 05)

"Em relação ao tempo, a depender da disposição pode durar de 20 à 30 minutos, tem vez que tem de ser uma visita rápida, mas tem vez que dura 1 hora." (ACS 06)

"Na visita eu gasto de 15 a 20 minutos e vai depender da pessoa, se a pessoa estiver muito ocupada, por exemplo, se estiver fazendo comida, lavando roupa, precisa ir pegar a criança na escola, então eu gasto de 30 -37 minutos." (ACS 07)

O uso da visita domiciliar na proposta atual, como instrumento de trabalho, amenizou algumas limitações detectadas nesta técnica em períodos anteriores. A realização da mesma por membros da comunidade, a maior periodicidade e consecutividade podem ser encaradas como soluções para as dificuldades levantadas por Mazza (1994). Todavia, questões ligadas à receptividade e disponibilidade dos moradores continuam a pesar na implementação desta técnica.

A visita representa uma valorização do uso do domicílio como espaço de práticas de saúde. Este instrumento, ao ser implementado para estratégia de saúde da família possibilita conhecer a realidade e o estado de saúde da população.

Este fato é diferente da situação vivenciada quando as pessoas vão ao posto e o profissional de saúde as atende. Ao conhecer a realidade da clientela, torna-se possível avaliar as condições de vida que interferem na saúde e realizar a prática mais adequada à saúde do grupo familiar.

"A visita domiciliar como o próprio nome diz, é uma visita no domicílio, vamos à casa da pessoa, para dar instruções sobre conceitos básicos sobre saúde também prevenção de doenças, seja ela de qualquer tipo. Então, na visita domiciliar, visitamos as pessoas em sua própria casa, vamos saber dela como ela está de saúde, e a saúde da família. Saber daquela pessoa, que nos está atendendo, como é o meio físico em que ela vive, o que propicia a saúde, e, a partir dessas informações, damos orientações necessárias para ela." (ACS 02)

"Em relação à importância das visitas, só a comunidade ver um agente é motivo deles lembrarem que tem alguma coisa que eles precisam fazer."
(ACS 04)

"Eu acho que a visita domiciliar é importante, pois tem pessoas que não vão ao médico, outras que estão tomando um remédio e precisam de alguém para orientá-las. Então, eu acho importante a gente estar sempre ali lembrando dos remédios que devem tomar." (ACS 05)

O domicílio ocupa posição de realce nas políticas atuais como em algumas anteriores. De acordo com Araújo, et al. (2000, p.117) os "programas de saúde pública sempre enfatizaram ações de promoção e prevenção voltadas para grupos familiares em seus domicílios, quase sempre vinculados à atuação em atendimento a demandas específicas".

Na proposta atual, a reorganização dos serviços a partir do domicílio é direcionado para atenção primária. Esta se alicerça na assistência domiciliar de cunho preventivo e de promoção à saúde. Nesta perspectiva, o espaço domiciliar reassume valor na implementação de práticas institucionalizadas.

O domicílio é encarado como um ambiente importante e constante na assistência prestada. As práticas institucionalizadas, aí implementadas, não são esporádicas e fragmentadas, atendendo a um caso específico. Estas apresentam-se ligadas a programas, mas procuram atender a todos os problemas detectados de forma concomitante.

Entretanto, como considera Araújo, et al. (2000, p.122) "o modelo de saúde vigente, em processo de transformação, carece de profundas revisões paradigmáticas, de modo que a doença deixe de ser o principal alvo de atenção, cedendo lugar à promoção da saúde e à prevenção de agravos". Isto é indispensável pois ao valorizar o domicílio

como espaço de práticas estimula-se articulações com os serviços, que não se encontram preparados para atender à demanda ampliada e satisfazer as necessidades de saúde das famílias.

Articulação com o Serviço de Saúde

O PACS é reconhecido como uma forma de descentralização e um provável responsável de redução dos índices de morbi-mortalidade (Brasil, 1991) e de gravidez na adolescência . De acordo com Martins (1996,p.42), "a participação de ACS parece produzir impacto significativos com ações pontuais e simplificadas, mais relevantes em termos de saúde pública".

A atuação intermediária do ACS no processo de articulação com o serviço dá-se através dos encaminhamentos feitos e a marcação da consulta/ cartão. O primeiro elemento no processo de contato com a unidade de saúde faz-se a partir da necessidade detectada ou relatada pela família.

Esse processo corresponde às orientações sobre o funcionamento dos serviços, na maior parte dos casos. Todavia, fornecer informações sobre o centro de saúde sem realizar a marcação da consulta/cartão pode não ser considerada como aproximação dos usuários da Unidade.

"Nós encaminhamos as pessoas à unidade de saúde, a qual a gente pertence. Eles passam pela triagem, lá embaixo, a depender da necessidade; se ele for portador de alguma doença, como diabetes, hipertensão, ele vai ser acompanhado aqui, no posto, e não deixando de participar de nossos encontros, como encontro de diabéticos, hipertensos." (ACS 01)

A marcação de consultas no centro de saúde, realizada pelos ACS é uma outra forma de resolução dos problemas encontrados, já que há uma dificuldade constante de vagas. Os ACS estabelecem alguns critérios para as marcações, pois não há possibilidade de atender a todos. Desta forma, o estabelecimento de um perfil para o usuário obter a vaga por agentes, baseia-se em evitar desigualdades para com aqueles que enfrentam as filas.

"Eu faço marcação de consultas, de cartões na minha área, mas não de todos. Por exemplo, eu chego numa casa que tem uma puérpera com dois filhos pequenos, mais um, sem estar na escola para vir ao posto de saúde tem que trazer todo mundo, ai fica difícil. Como tem vezes que precisa trazer a criança ao pediatra, eu pego trago o registro, faço o cartão, marco."(ACS 03)

"Outro caso é o de pessoas que têm dificuldade de locomoção, problemas nas pernas, pois o bairro é muito acidentado, tem muita ladeira, escada, é uma facilidade para as pessoas, ao invés de dar duas viagens, já está com o cartão marcado." (ACS 03)

"Em relação à garantia do atendimento eu tenho mais facilidade de marcar estas consultas do que elas, mas a demanda é muito grande e as vagas são poucas, é muito pouco médico clínico para atender a essa comunidade." (ACS 10)

"Às vezes, as pessoas ficam muito acomodados também, dizendo que eu posso marcar por elas, então tem gente que pede, faça isso para mim, vê se tem médico, marque esta consulta, eu acho isso injusto você marcar uma consulta de uma pessoa que está assistindo TV e outras que chegam aqui 4 horas da manhã não conseguem." (ACS 09)

Os usuários contemplados com marcação ou consulta estão impossibilitados de ir ao posto, por vários motivos, tais como idade e

dificuldades de locomoção, mulheres com filhos pequenos que não têm com quem deixar. Em ambos os casos, não têm alguém que possa ir marcar, e adolescentes que desejam se consultar, sem o conhecimento dos familiares.

Esta situação coloca a intervenção do/da ACS, que obtém a marcação da consulta /cartão com mais facilidade. Isto é reforçado porque, em muitos casos, as pessoas da comunidade vêm ao posto, no horário informado e não conseguem vagas. Estes trabalhadores justificam que também passam por dificuldades, contudo contam com a "boa vontade " de alguns trabalhadores.

"As pessoas que a gente pega cartão para marcamos são das famílias que nós cadastramos. Algumas que precisam, pedem para a gente marcar, porque não podem marcar. Acham que temos sempre a garantia do atendimento. Se as pessoas forem para marcar, elas têm garantia, se elas chegarem naquele horário marcado elas conseguem marcar." (ACS 07)

A garantia de atendimento apresenta-se ligada à obtenção de vaga. Assim, o fator determinante para verificação do atendimento será a vaga, mesmo que a qualidade da assistência seja deficiente.

Já que a garantia é baseada na oferta de vagas, este aspecto é afetado pela demanda ser maior que a quantidade concedida pelo serviço. A demanda espontânea supera a proposta de oferta organizada, a qual seria adequada ao planejamento local para o Distrito Sanitário. Para Paim (1995, p.211), a estrutura de oferta-organizada ocorreria por meio de "ações programáticas para as necessidades de saúde epidemiologicamente identificadas, simultaneamente, captar usuários provenientes da demanda espontânea". Mesmo que as unidades de saúde

apresentem-se reestruturadas, com presença do SAME⁸ e utilizando prontuário- família os "paradigmas orientadores" da assistência ainda correspondem ao modelo assistencial de base clínica (Paim, 1995).

Além desta perspectiva, uma justificativa apresentada pelos/as agentes encontram-se na deficiência do quadro de trabalhadores na unidade de saúde. Este número reduzido reflete-se no fato do trabalhadores de saúde terem se aposentado, pedido demissão ou transferência para outro estabelecimento e não haver contratação ou re- colocação de outros.

"Não há garantia dele chegar e ser atendido, a garantia que ele vai ter é se chegar lá e marcar para um dia determinado e fazer. Assim, atingiu seu objetivo, ir ao médico, ser consultada, fazer seu preventivo, um planejamento familiar." (ACS 03)

"Não há garantia do atendimento, pois há uma defazagem dos profissionais, são muitos poucos, e tem gente que atende muito mal." (ACS 08)

O processo de articulação também pode sofrer interferência de outros aspectos relacionados à organização dos serviços. A falta de infra-estrutura e a dificuldade de obter equipamentos e veículos⁹ para realização de atividades são apontadas pelos/as ACS como um obstáculo na implementação de uma prática de qualidade.

O excesso de burocracia das instâncias administrativas para solução de problemas do Programa e solicitação de material é considerado como empecilho na aplicação das práticas. Mishima et al. (1992) ao fazer uma

⁸ Serviço de Arquivo Médico e Estatístico.

apreciação sobre a supervisão de enfermagem para com o trabalho realizado por ACS destaca, exatamente, a falta de autonomia vivenciada por esta categoria. Tal reflexão pode ser transportada para o programa em si, isto porque a enfermagem é o contato com as instâncias superiores e o desenvolvimento das práticas envolvem infra-estruturas que necessitam de intermediação entre o nível local, municipal e central.

"Nós também não temos uma ambulância aqui, o distrito tem uma ambulância. Então a gente tem que agendar e esta ambulância tem que ser para todo o distrito, então uma outra dificuldade é esta." (ACS 08)

"A dificuldade que a gente tem, é aqui no posto de saúde, pois a gente vem no posto sente aquela dificuldade de se conseguir, passa para o outro distrito para ver se tem. Então a gente passa pela comunidade como mentiroso, muitos desistiram do trabalho por causa disso, achando que é uma propaganda enganosa, acredito que a maior parte dos problemas não foi resolvido, porque eles não querem que resolva, eles dificultam muito o trabalho da gente." (ACS 06)

"Uma outra dificuldade é que não existe auxílio dos órgãos competentes para desenvolvimento de algumas de nossas atividades, para mudar até mesmo a situação da própria comunidade, no sentido de querer transformar uma realidade." (ACS 03)

Os problemas nas relações entre ACS e trabalhadores de serviços, também interferem na qualidade da assistência. Os conflitos entre agentes e trabalhadores são considerados originários da falta de informação dos mesmos sobre a real finalidade do PACS. Para alguns trabalhadores da unidade os ACS foram introduzidos no posto com a finalidade de substituí-los.

⁹ Transporte para doentes e para ocorrência de eventos fora da comunidade.

"A gente pergunta à pessoa: você já foi ao médico? A pessoa diz que não porque não tem mais ficha de consulta, e toda vez que eu vou não tem médico. Eu mando ir e elas não conseguem, e elas acabam perdendo a confiança em você, e você fica zangada, acaba se desentendendo com os trabalhadores. Eu acredito na verdade que nós nunca fomos bem vistos. Este programa veio com as melhores das intenções, mas muito mal estruturado, sem base." (ACS 04)

Tal situação não deveria acontecer, pois a etapa de implantação do PACS/PSF está ligada à sensibilização e divulgação do trabalho a ser desenvolvido pelas (os) ACS e a enfermeira(o). De acordo com o apresentado num dos manuais do Ministério da Saúde (Brasil, 1997, p.29), tanto a comunidade como os trabalhadores teriam sido preparados para a implantação do PACS.

"Considerada como a primeira etapa de discussão dos princípios e diretrizes de Saúde da Família e suas bases operacionais, visa disseminar as idéias centrais da proposta. É fundamental que os gestores, trabalhadores de saúde e a população possam compreender que Saúde da Família é uma proposta com grande potencial para transformar a forma de prestação da assistência básica, de acordo com as diretrizes operacionais e os aspectos de reorganização das práticas de trabalho".

A falta de atenção e a pouca importância dada às queixas da população são outras dificuldades enfrentadas no processo de assistência. Uma provável solução apontada pelas (os) agentes para minimizar os problemas referentes à qualidade no atendimento seria com a reciclagem dos trabalhadores da unidade de saúde.

"Eu acho que tem que reciclar estas profissionais, tecnicamente e de boas maneiras, uma ética profissional. Eu ganho pouco, mas faço meu trabalho com amor, e esqueço os nossos problemas, quando no trabalho." (ACS 08)

Mesmo com estas dificuldades detectadas, a relação dos serviços com o domicílio possibilita empreender mudanças na unidade. A partir do trabalho das (os) ACS, conhece-se a realidade e o relato das queixas quanto à qualidade do atendimento, assim a/o agente poderá promover discussões junto à gerência do Centro sobre a necessidade de mudanças.

Exemplo disso é o estabelecimento de um acordo com a administração do Centro para marcação de consulta/cartão pelos visitantes, dos casos selecionados. Entretanto, esta combinação não apresentou continuidade pelo déficit de trabalhadores de saúde.

"Para marcar a consulta para o cliente, a gente conversou com a diretora para fazer a marcação dos cadastrados." (ACS 07)

Em verdade, o PACS é concebido juntamente com o PSF como estratégias de reorganização dos serviços de saúde. Este programa funciona como intermediário e/ou concomitantemente com o de Saúde da Família, utilizando-se de unidades com este perfil. Entretanto, no distrito estudado, não há a articulação entre os programas, pois o PSF não foi implantado, logo os ACS atuam no limite de suas próprias ações.

A identificação de problemas pelas(os) agentes sem a existência de uma rede articulada e organizada, numa lógica diferenciada da atual, desencadeia situações de falta de garantia de atendimento.

Outro ponto de conflito diz respeito ao papel atualmente desempenhado pela enfermeira supervisora no Centro de Saúde e no acompanhamento mais sistematizado para as visitas realizadas pelos ACS. A ausência da enfermeira,

no desenvolvimento das atividades no domicílio, é um problema que, segundo os agentes, dificulta o seu trabalho. Isso se deve à necessidade das/dos ACS em acompanhar membros da comunidade e desejarem a realização de procedimentos específicos que não fazem parte de suas competências.

"Eu acho sem nexos visitar hipertensos sem tensiômetro. Eu acho isso demais, sei que nosso papel é de orientação e de prevenção, mas nós não podemos aferir, mas se tivesse uma pessoa e um tensiômetro para pelo menos um profissional, um auxiliar, ou a enfermeira supervisora estar acompanhando a gente." (ACS 03)

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde elaborado pelo Ministério da Saúde estabelece que preferencialmente o profissional de nível superior a supervisionar seja da área de enfermagem (o) ou sanitária. Em relação à realização da supervisão deve se dar de forma sistemática em campo (Mishima, 1992).

Nesta realidade apresentada, identifica-se a/o enfermeira (o) envolvida (o) em questões burocráticas. Ademais, as/os agentes não são esclarecidos que as visitas realizadas pela supervisora à área, pretende, em verdade, avaliar o desempenho dos mesmos e não a necessidade da família. A função da enfermeira, de acordo com o desenho do Programa, é burocrática, logo há uma definição sobre a responsabilidade pela supervisão das ações implementadas por ACS.

Outro problema identificado diz respeito à ausência das enfermeiras supervisoras nas visitas. De acordo com os critérios estabelecidos no programa, o profissional precisa ter vínculo com a rede de serviços públicos,

com jornada de 20 a 40 horas. No campo da pesquisa, no período de coleta, o turno correspondia a 20 horas. A realidade atende aos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, porém entra em conflito com a experiência anterior, quando a presença da enfermeira era mais constante. Estes conflitos talvez sejam gerados pelas indefinições do Programa.

O registro do perfil epidemiológico e dos determinantes de saúde também fazem parte das formas de articulação intermediadas pelos ACS. Estas informações são coletadas, registradas e enviadas mensalmente, na forma de um "consolidado" para o Distrito de referência.

"Eu vou para área, faço o levantamento dos dados, em relação aos problemas de saúde da área, faço também um levantamento da questão da violência, pois muita gente pensa que a violência é uma questão de polícia e não de saúde. Uma outra questão também é a questão da diabetes, a hipertensão também, então eu pego estes dados e levo ao posto de saúde." (ACS 08)

Os dados coletados, juntamente com as outras formas de articulação com o serviço refletem a finalidade da proposta do programa. Nesta, a população buscaria os serviços dando continuidade à capacidade de saber cuidar da própria saúde, a partir das práticas realizadas. Contudo, o sistema não está preparado para atender e assistir a comunidade na perspectiva de saúde, mas, sim, da doença.

A organização dos serviços ainda está baseada em cuidados voltados para perspectiva curativa, verticalizada e dissociada do contexto populacional. Logo, a reflexão apresentada por Mishima (1992, p.74) faz-se pertinente.

"Acontece que atualmente, os serviços de saúde, no Brasil, destacam-se por cuidar da doença e não da saúde, e menos ainda das pessoas e/ou da população com determinadas carências, necessidades e potencialidades em termos de saúde e de qualidade de vida. Será o ACS um instrumento racional dos serviços, bem como, o incentivador do controle efetivo que a população civil organizada deve manter sobre o sistema de saúde, tanto público quanto privado, nos vários níveis ou será este agente (caricaturando, num pólo oposto) um protagonista e triador de primeira linha dos serviços de saúde que só atendem doenças?"

Acolhimento no Domicílio

As práticas de saúde desenvolvidas pelos ACS não se limitam ao espaço físico do domicílio da família cadastrada. Esta situação é decorrente da prática desenvolvida aproximar o profissional da comunidade e este (a) ser morador do bairro. As pessoas procuram pela(o) ACS, mesmo fora da área de atuação²⁰ e do horário de trabalho.

Isto ocorre porque as visitas são programadas para serem realizadas mensalmente a cada família ou a depender da necessidade. Sendo assim, neste período não se retorna àquela casa. A/O profissional organiza-se para o atendimento porém a condição da atividade implementada e local de residência coloca em uma situação de disponibilidade de 24 horas. Araújo et al. (2000, p.118) em relação ao tema, discute que, "o cuidado dispensado à saúde no domicílio propicia à equipe de saúde da família, a inserção no cotidiano do cliente; identificando demandas e potencialidades da família, em um clima de parceria terapêutica". Este relacionamento propicia condições para a procura do ACS fora do domicílio do cadastrado.

A busca ao agente, além do estabelecido pelo programa, o domicílio da família, alicerça-se na percepção da clientela de que por ser trabalhador de um

¹⁰ Outros domicílio, ambiente de lazer e sua própria residência.

serviço de saúde poderá articular mais facilmente com os estabelecimentos de assistência. Já que a cumplicidade e entrosamento entre a população cadastrada e a/o ACS faz-se presente no desenvolvimento das práticas. As pessoas assistidas sentem-se livres e próximas para procurar a/o profissional em caso de urgência.

Esta solicitação promove, no(a) agente, atitudes como busca de resolução do problema se a situação for de urgência/emergência. Em outras circunstâncias, orienta a população a ir ao seu encontro na unidade ou esperar sua visita no horário de trabalho.

"Eu não moro na minha área de abrangência, mas eles me procuram em casa." (ACS 05)

"O povo me procura na minha casa, não sabem o que é Domingo , nem Sábado, nem feriado. A gente está passando na rua e param a gente, dizendo: 'espera aí que eu tenho uma coisa para te dizer'. E a gente tem que parar para explicar coisas de saúde. Às vezes, a gente sai, assim, no sábado e a pessoa quer saber algumas coisas. Aí eu digo que eu vou retornar Segunda ao trabalho e que depois eu procuro por ela, caso seja coisa não muito grave." (ACS 03)

"Quando nós estamos passando pela área, alguém nos solicita, nos chama e vamos procurar saber o que aconteceu o que eles estão precisando. As instruções serão dadas de acordo com as necessidades da família." (ACS 02)

"Eu moro na minha área, e as pessoas me procuram, fora do horário de trabalho. Neste caso, não são todas as pessoas, são aquelas que moram mais perto, pelo fato de eles saberem que eu sou de tal posto, então eles pedem para arrumar remédios, marcar consultas. Eles acham

que comigo é mais fácil conseguir as coisas, por exemplo, se tem alguma emergência, então eles acham que se eu for com eles para o HGE é mais fácil ser internado, porque eu conheço muita gente lá." (ACS 09)

Esta situação de transpor os limites do espaço da família atendida para o domicílio do/da profissional aparentemente não é prevista pelo programa. Outro aspecto observado é a troca de conhecimento e busca de ajuda com os vizinhos. Este também não é apreciado na proposta, pois se espera, principalmente, uma maior articulação com o serviço.

Uma consequência desta procura do/da trabalhador (a) é a perda da privacidade. A justificativa para isso está na importância do serviço prestado para as pessoas cadastradas. Não obstante, a requisição em locais e horários fora do exercício profissional pode gerar queixas do (a) próprio(a) profissional e seus familiares. Estas reclamações encontram-se fundamentadas na inconveniência do horário em que é solicitado o apoio ou comparecimento no domicílio da família.

"Eu não tenho mais privacidade, e eu ando estressada por causa disso. Porque, para você ter uma idéia, me acordaram 6:45 da manhã, e eu digo para elas que as coisas têm que ser feitas na hora certa e que muitas pensam que nós temos mais do que 8 horas de trabalho. E, se elas moram na área, vão bater em minha porta, às 11:30 da noite. Já levaram crianças embaixo de chuva para eu verificar a temperatura, para ver o que é que tinham; já bateram em minha porta para levar uma pessoa diabética no hospital que estava passando mal. Na verdade, a gente trabalha muito mais pois deveríamos trabalhar 8 horas e trabalhamos muito mais. Eu deixei de ter privacidade, eu sei que elas estão me procurando é porque elas estão realmente precisando, mas

você fica zangada que é o seu momento de descanso, mas, na verdade, é um momento em que eles precisam de você, e se não fosse tão necessário a gente não precisaria morar na área que a gente trabalha."
(ACS 09)

Os/As agentes em suas práticas preocupam-se, também, em esclarecer e salientar a população que a saúde é um direito. Assim, orientam a comunidade a se manifestar junto à administração do serviço ou por meio de seus representantes na comunidade - as queixas e as sugestões sobre a qualidade do atendimento.

"Então, nosso direito é esse dar a informação não só da saúde mas dos seus direitos e deveres."(ACS 01)

"No caso da vacina da gripe, muita gente diz que vai beber e vai fazer mal, e dizem que ficaram mais gripadas do que quando não tomaram. No caso, também, da reposição hormonal, muita gente não faz. Só estão começando a fazer agora, depois de muita conversa, demonstrando o lado bom do procedimento."(ACS 10)

De forma mais geral, em relação ao Programa, este passa em suas diretrizes as noções citadas por Merhy; Franco (1999, p.12) de

"...o Acolhimento, em primeiro lugar como a possibilidade de universalizar o acesso, abrir as portas da Unidade a todos os usuários que dela necessitarem. E ainda como a escuta qualificada do usuário, o compromisso com a resolução do seu problema de saúde, dar-lhe sempre uma resposta positiva e encaminhamentos seguros, quando necessários. O Vínculo baseia-se no estabelecimento de referências dos usuários a uma dada equipe de trabalhadores, e a responsabilização destes para com aqueles, no que diz respeito à produção do cuidado. Autonomização significa ter como resultado esperado da produção do cuidado, ganhos de autonomia do usuário para 'viver a vida'".

Entretanto, mesmo que as atividades realizadas pelas (os) ACS sejam diferentes das do serviço por partir do conhecimento do contexto, o atendimento não é capaz ainda de mudar o modelo hegemônico. A

reorganização do processo de trabalho até o momento não se faz presente, porque estas ferramentas não são suficientes para mudar a configuração do atendimento.

A articulação com o serviço enfrenta problemas de infra-estrutura e organizacional, pois não há garantias de um sistema eficaz de referência e contra-referência. O/A usuário não tem garantia de retorno ao mesmo profissional que o/a assistiu, no início do atendimento, no nível primário.

Uma característica constante no desenvolvimento das atividades é a necessidade de busca de novas informações por agentes. Isto porque através de novas informações e orientações a serem passadas à comunidade, a/o agente pode verificar o interesse das famílias e até o aprendizado das visitas anteriores. Assim, as capacitações fornecidas pelos trabalhadores que dão apoio, com as/os de enfermagem e as/os de odontologia, contribuem para o aperfeiçoamento das práticas realizadas no domicílio.

"Pois, eu venho sempre com coisas novas, pois a saúde é muito ampla, nos dá este espaço de não repetir as mesmas coisas nas visitas e dá para a gente repensar as visitas anteriores." (ACS 01)

Um fato que favorece o desenvolvimento das atividades é um certo grau de formação intelectual/consciência da população atendida, pois isto interfere na compreensão das orientações. O nível de escolaridade pode facilitar a realização dos cuidados com a saúde apresentados pelas (os) agentes comunitárias (os).

"Às vezes, o conhecimento que as pessoas têm, de maneira certa, vem a somar com os meus conhecimentos; às vezes, quando eu chego em uma casa que eles acham que é certo, eu passo a conversar com eles, explicando como deve ser, aí eles passam a me agradecer." (ACS 03)

Outra situação que interfere nas orientações é a resistência oferecida por algumas famílias. Isto é devido ao perfil cultural da população atendida. Este, em sua maioria, apresenta-se com baixo nível de instrução, além da influência dos conhecimentos empíricos passados por gerações. Os preceitos e conhecimentos dos "antigos" influenciam no comportamento dos jovens quanto à aceitação e aplicabilidade dos conhecimentos transmitidos por agentes.

As práticas, por serem realizadas no espaço domiciliar possibilitam uma melhor percepção e acompanhamento das reações da comunidade, podendo-se até apreciar a influência da cultura popular na implementação das ações pela comunidade. O uso das orientações é observada através do trabalho contínuo e da proximidade profissional da realidade familiar. Ademais, o uso do domicílio como espaço de práticas possibilita observar a manifestação da recusa por parte do grupo atendida em permanecer no Programa apresentado decorrente do choque cultural.

O convencimento é feito, utilizando argumentos científicos e até explicações extremistas para convencer a clientela. No processo da prática, as/os agentes são conscientes de que alguns membros das famílias cadastradas, em especial as/os idosas (os), baseiam a credibilidade nos conhecimentos transmitidos, a partir do significado concreto e vivenciado.

"Eu já enfrentei muitas dificuldades em relação a este choque cultural. Às vezes, você orienta sobre a importância do leite materno e, muitas vezes, os parentes dizem que não, que já deram engrossante para o filho e este não morreu. Aquilo choca muito." (ACS 07)

"Tenho muita dificuldade em relação ao choque cultural, pois muitas gente está doente, com pressão alta e acha que um chá resolve e não vão a um médico, porque a mãe tomava, a avó tomava. Então, as pessoas têm aquela resistência pois é um questão de cultura, então eu vou mostrando às pessoas a necessidade de procurar um médico, na unidade de saúde. Muita gente tinha esta resistência e hoje já está procurando um tratamento médico." (ACS 08)

"No caso da vacina da gripe, muita gente diz que vai beber e vai fazer mal, e dizem que ficaram mais gripadas do que quando não tomaram." (ACS 10)

A receptividade e o conhecimento da realidade são facilidades para utilização do domicílio como espaço de práticas de saúde. Ambos os aspectos auxiliam na implementação de uma assistência adequada à necessidade da clientela. Em relação à primeira, é considerada como consequência da /do agente ser membro da comunidade. Inicialmente, esta situação provocou certa resistência das famílias por não saber diferenciar a/o ACS dos demais trabalhadores que realizavam serviços na área, como os avaliadores do IBGE e agentes da Superintendência de Campanhas (SUCAM).

Todavia, a partir do reconhecimento do trabalho desenvolvido, este empecilho foi superado. O reconhecimento e a diferenciação deu-se, também, porque as/os ACS utilizam um uniforme padronizado que facilita a sua identificação.

A situação sócio-econômica e afetiva da família interfere na recepção da(o) agente. Os grupos domiciliares mais carentes, tanto financeira como emocionalmente, são mais receptivos e as práticas implementadas. Contudo, os domicílios em melhores condições negam-se a participar do Programa ou se apresentam pouco interessados na atenção prestada.

O fato do ACS residir na área de atuação, favorece a receptividade das famílias atendidas, gerando confiança e despertando a consciência de participação da comunidade. Estes profissionais, mesmo sendo residentes das áreas, não conheciam com profundidade a verdadeira situação do bairro, surpreendendo-se ao empreender o trabalho no domicílio.

O fato de morar no local, corresponde a um dos aspectos vantajosos que inviabilizam as limitações detectados por Mazza (1994) ao apreciar o uso da visita como instrumento de assistência. Isto pode ser ilustrado com as seguintes falas.

"Morar no bairro é uma facilidade pelo fato de eu não sair daqui e ir para outro bairro. Eu não vou conhecer a realidade de lá, quem sabe a realidade é a gente que mora aqui." (ACS 05)

"Morando no bairro, a facilidade é muito maior porque nós já conhecemos as ruas em que trabalhamos, pois estamos sempre transitando por elas. Não conhecíamos, entretanto, o interior das casas. Talvez, a gente tomasse um choque no começo, pois a gente pensava que conhecia a rua, mas a gente não conhecia os problemas daquela rua. Hoje, nós conhecemos os problemas, quando eu passo por ali eu já sei de tudo que acontece naquela rua." (ACS 01)

As dificuldades apresentadas correspondem à violência, a informações ligadas a doenças tidas como "tabu" e à possibilidade de acomodação das pessoas em relação à articulação com o serviço.

As situações de violência, decorrentes da situação sócio-econômica dificultam e até impossibilitam a locomoção dos agentes e comprometem o trabalho a ser realizado neste meio.

O fato das famílias atendidas terem entre seus membros pessoas que realizam atividades ilícitas, gera medo tanto das pessoas cadastradas quanto das/dos agentes. No caso dos familiares destes indivíduos, a reação baseia-se no receio de serem vítimas de vingança por parte de inimigos dos parentes.

"Também tem estas coisas de briga de rua. A gente fica limitado a ir quando tem estas brigas rua tal contra rua tal. Existem algumas situações que as mães não sabem que os filhos estão envolvidos ou sabem e têm medo. A gente chama as pessoas para fazerem atividades e elas dizem que não vão não, porque os filhos têm problemas e que os inimigos podem querer pegar alguém da família." (ACS 01)

Também existe a situação do ACS ser pouco conhecido pelo morador que o atenda, vindo a se negar a recebê-lo por desconfiar de suas intenções. Em relação à inquietação da profissional/ do profissional está na possibilidade de rechaço destes indivíduos, por discordarem das orientações fornecidas.

"A violência é uma dificuldade. Em muitas casas que a gente entra, percebe que há marginais na área. Às vezes, a gente entra no domicílio e está cheio de homens, sabendo que estão drogados e são traficantes. Muitas vezes, faço estas visitas sozinha. Então, se eu não for com uma

certa diplomacia, eles podem até me ameaçar. Muitas vezes, finjo que não estou vendo, e procuro tratá-los normalmente."(ACS 10)

Entretanto, na maioria dos casos, estas pessoas não importunam as/os agentes comunitários. Há até circunstâncias em que avisam que não se dirijam para a área devido a possíveis conflitos entre facções e/ou polícia. Mesmo cientes das possíveis relações de membros das famílias com "atividades ilegais", a qualidade de atendimento não é diferenciada pelo pessoal do programa.

Quando há um novo membro, os visitantes precisam deixar este se acostumar à sua presença. Estes indivíduos reconhecem o trabalho realizado e compreendem que as/os ACS não estão ali para denunciá-los, devido ao tempo de atuação do profissional junto à comunidade.

"Uma outra dificuldade é aquela questão da violência, pois tem muito tráfico de drogas. A gente tem que recuar um pouco, deixar a coisa acalmar. Às vezes, pedem que a gente se retire, se afaste pois tem algum estranho na área. A gente tem que deixar que se acostumem com a gente. Esta segunda situação não é muito contante, só se eu vir que está chovendo bala mesmo. Aí, eu não vou colocar, minha vida em risco e procuro me afastar. Entretanto, não deixei de visitar estas famílias que não me recebem bem, pelo contrário, eu sempre estou visitando, demonstrando o mesmo interesse que tenho pelas outras." (ACS 04)

"Nós já temos dois anos de trabalho. Então, a população gosta do trabalho do agente. Se tiver um grupinho de marginal, fumando ou conversando, a gente pede licença, passa e eles dão valor ao nosso trabalho. Agora, quando tem troca de tiros, eles pedem a gente para sair da área que pode ser perigoso." (ACS 07)

O receio da família de ceder informações, que possam vir a público sobre possíveis casos de tuberculose e hanseníase interfere no trabalho. Mesmo que os trabalhadores garantam o sigilo das informações, há dificuldades na obtenção de dados sobre estas patologias. Isto interfere na detecção de casos, podendo gerar disseminação destas patologias entre os membros da família.

"Meus amigos dizem que têm uma grande dificuldade em morar na área onde eles trabalham pois muitos da comunidade acham que vai gerar fofoca. Quando estão com tuberculose, não querem falar para que os vizinhos não falem dele." (ACS 06)

Outra dificuldade enfrentada é o possível comportamento acomodado de algumas pessoas em relação à busca do serviço para marcação de consultas/cartões. A presença da/do agente pode provocar esta conduta por ser um elemento do serviço. Talvez este contato passe à interpretação errônea de uma ação paternalista de atenção, na qual é tarefa da/do ACS obter vaga.

"Dificuldade é que por verem alguém da saúde vir aqui eles não têm vontade de se dirigir para o posto médico..." (ACS 02)

O conhecimento sobre o contexto domiciliar contribui na adequação das práticas de saúde à necessidade da situação. Deste modo, as atividades realizadas são coerentes e adequadas com a realidade social.

"As facilidades são muitas , principalmente com as famílias carentes. Elas abrem, só faltam puxar pelo braço para você entrar e eu já me sinto da casa. Elas abrem a porta, e perguntam, de uma forma invasiva. Eles aprenderam a perguntar. Querem que você encontre uma solução para tudo, têm muita consideração pela gente." (ACS 04)

"O bom é que vamos estar em um ambiente em que nós vamos ver, sentir quais são as atividades que praticaremos ali, que estão naquela domicílio." (ACS 02)

Outra vantagem trazida pelo programa está na oportunidade de emprego aos membros das comunidades assistidas. Isto contribui na redução de desemprego e se constitui no investimento para a qualidade da assistência com custeio baixo, possibilitando a aproximação do serviço com a comunidade, atendendo, assim, à proposta governamental. Para Martin et al. (1996,p.42),

"Enquanto respostas para o desafio de organização dos serviços de saúde com a resolubilidade e qualidade, no limite do tempo, a proposta PACS parece oferecer algumas vantagens, já que a incorporação dos trabalhadores é praticamente imediata, tem baixo custo e está vinculada aos elementos sócio-culturais das comunidades de abrangência, propiciando uma mediação entre a população e o serviço de saúde através, principalmente, de ações educativas e de promoção a saúde".

Todavia, a história do sistema de saúde brasileiro apresenta um perfil de "saúde pobre para pobres" (Mishima, 1992). A proposta de programas com retórica de participação popular pode ser interpretada com um retrocesso na formulação das políticas públicas. De acordo com Barros, Silva e Christóforo (1991, p.8) "como se sabe, os trabalhadores de saúde sem qualificação específica além de serem clientela cativa das instituições, recebem os mais baixos salários dos trabalhadores do setor. Não possuem identidade de categoria profissional e assim, não têm acesso aos Planos de Cargos e Salários".

Esta conjuntura relaciona-se a pouca qualificação, ausência de garantia de virem a ser absorvidos pela organização pública e baixa remuneração. Isto agrava a situação do sistema, inviabilizando a integralidade da assistência e indo de encontro à proposta de reorganização do sistema de saúde.

Além desta realidade, a perspectiva de formação/capacitação das/dos agentes em auxiliares de enfermagem proposta inicialmente pelo PNACS¹¹ (Brasil, 1991), não foi incorporada apesar das reflexões das entidades de classe da enfermagem. Por serem, atualmente, comparados à situação do atendente estão sujeitos a menores remunerações, decorrente da menor qualificação.

"Uma outra dificuldade é falta de incentivo do governo. Na verdade, a gente faz o trabalho mais por amor do que pelo dinheiro. O ACS ganha muito pouco, nós temos uma balança muito pesada para fazer as visitas." (ACS 08)

O trabalho propicia situações de envolvimento dos trabalhadores com a comunidade cadastrada. A postura de ouvinte das "queixas" de saúde e de problemas emocionais os/as colocam numa condição de "agregado", confiante da família. Esta relação influencia na prática não a restringindo-la aos aspectos biológicos contribuindo, assim, para a receptividade do grupo atendido.

"Muitas vezes, fazendo papel de psicóloga, a gente senta para conversar. Já fazemos parte deles, tem muitas outras coisas, a gente fala muita coisa além da saúde, como por exemplo a questão financeira." (ACS 05)

A falta de privacidade também é citada nas entrevistas feitas, podendo ser apreciada a partir de dois pontos de vista. Um, negativamente, por ser vivenciada pelas famílias, do ponto de vista estrutural. Esta exposição pública das intimidades está ligada às condições sócio-econômicas da casa, por serem

¹¹ PNACS- Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde.

próximas em todos os sentidos físicos. Noutra, é avaliada positivamente, porque viabiliza a troca de informações, viabiliza a ampliação da divulgação das orientações e obtenção de informações de saúde entre membros da comunidade.

"Uma outra facilidade é que uma vizinha, sempre ajuda a outra e diz que a vizinha me informou isto, que marcou uma consulta para mim, e fica perguntando à vizinha o que no posto tem, ou então bate na minha porta a qualquer hora e pergunta fulano me falou que você podia fazer isso para mim, ou que você poderia me informar melhor a respeito disso. Acho que uma outra facilidade é o boca a boca da vizinhança, eu já digo que é um agente especial comunitário, pois, muitas vezes, você não sabe o que está acontecendo e, sigilosamente, acaba sabendo com o vizinho, por exemplo, quando uma pessoa está com tuberculose, pois sabe que tem muito preconceito em relação a esta doença e não querem dizer e o vizinho vai e diz. Tem coisas que eu entro na casa fico na dúvida e o agente especial, como eu chamo, me diz o que está acontecendo ali." (ACS 04)

De acordo com o agente, a população percebe-o como o profissional indicado para resolver as deficiências do serviço, podendo interferir na realização das práticas no espaço domiciliar, embora com os limites de sua função. A proximidade e a função de intermediário entre a comunidade e o serviço, coloca a/o ACS na posição de ser cobrado pela falta de infra-estrutura e assistência falha, prestada pelo posto de saúde.

Esta situação pode gerar a perda da credibilidade do/da visitador (a), uma vez que seu papel é realizar uma atenção mais simplificada junto à família, podendo até detectar e notificar problemas na assistência prestada pelo

serviço. Contudo, não tem instrumentos para realizar alterações específicas e profundas no atendimento.

"A secretaria sempre manda cobrar do ACS os medicamentos, dizendo que vai mandar sulfato ferroso, xarope. Então, avisamos à comunidade que procure no serviço. Ela cobra que não tem e a gente não tem como fazer nada. A comunidade pergunta: "Os cartões do SUS que ainda não chegaram?". Novamente, ela cobra da gente. As dificuldades que a gente tem é dos problemas existentes, ali naquela casa, e que a gente não pode resolver." (ACS 06)

O contato direto com as dificuldades enfrentadas pela comunidade faz com que a/o ACS assumira uma postura pouco próxima da população assistida. A aceitação consciente de que é membro do grupo social e se encontra em situação de classe semelhante, ocorre em alguns casos e não interfere no trabalho realizado.

"E a maior dificuldade é que a gente chega num lugar e vê uma situação e não tem como resolver. Isso dói muito. Às vezes, você chega em uma casa e vê aquela situação, e você não pode fazer nada. Às vezes, não tem médico para encaminhar as pessoas. Uma vez, uma senhora sentiu-se mal e chegou ao posto. Não tinha um médico, um enfermeiro, que pudesse atendê-la. A gente não pode fazer nada quando isso ocorre. A maior dificuldade é esta." (ACS 05)

Os agentes referem sentir falta do apoio de trabalhadores de saúde e de outras áreas afins que contribuam na realização das práticas desenvolvidas no meio familiar. A avaliação realizada pela UNICEF (1990) no Ceará, identificou que as atividades implementadas pelos agentes são diversificadas e que

produzem resultados mais satisfatórios quando realizadas em ação conjunta com outros trabalhadores. Para Martins et al. (1996, p.40),

"Inúmeras publicações da Organização Mundial de Saúde enfatizam a factibilidade técnica e os resultados de melhora no estado de saúde das comunidades beneficiadas, destacando, entretanto, que é fundamental o trabalho em equipe, onde haja orientação, supervisão e apoio constante e contínuo, além de respaldo médico".

A participação de estudantes, professores e pesquisadores na área de atuação dos agentes pode ser utilizada para exemplificar esta forma de apoio prestado ao Programa. A troca de experiências faz-se através da capacitação técnica, de acordo com as necessidades identificadas das/dos ACS, bem como a realização de técnicas e procedimentos específicos. Essa disponibilidade para auxiliar, na prática, corresponde a uma permuta pela possibilidade de continuidade do processo de ensino-aprendizagem.

"Outra facilidade é as enfermeiras, estudantes de enfermagem que ajudam muito a gente na área, na visita domiciliar e nos reforça com tensiomêtro." (ACS 05)

"Eu chego na casa, por exemplo, e faço uma visita para os hipertensos, provavelmente, com algum estudante de enfermagem ou enfermeira, pois nós não sabemos verificar a pressão." (ACS 06)

Este auxílio dá-se, apenas, quando os graduandos e demais trabalhadores encontram-se em período escolar ou durante a realização desta pesquisa. Logo, esta conjuntura não corresponde a uma situação permanente e a necessidade de ajuda é relativamente minimizada.

"Uma dificuldade é que não conseguimos, por exemplo, acompanhar um hipertenso se não verificarmos a P.^a Não entra na minha cabeça, até

hoje, a gente não ter um tensiômetro. Acho que a gente deveria ter esse treinamento, para verificar pressão." (ACS 10)

Desta forma, as/os própria(o)s agentes detectam as limitações de sua prática e destacam a necessidade do auxílio de outros profissionais, para que possam prestá-la com qualidade. A preocupação com a implementação de ações de excelência está contida em todas as falas dos agentes e das agentes. Assim, faz-se necessário descrever as práticas de saúde.

PRÁTICAS DE SAÚDE NO DOMICÍLIO E REPRODUÇÃO DE DESIGUALDADES DE GÊNERO

As Práticas de Saúde, nesta pesquisa, correspondem ao conjunto de atividades educativas e ações de saúde¹³ desenvolvidas por ACS no espaço

¹³ Ações de saúde devem ser entendidas como por exemplo: pesagem de crianças menores de dois anos, distribuição de soro caseiro para combater a diarreia, fluoretação entre outros.

domiciliar. Estas correspondem às orientações individuais e coletivas, encaminhamentos à Unidades de Saúde e outras informações vinculadas à resolução de problemas de saúde. Araújo et al. (2000, p.118) reafirma a importância do domicílio neste processo por este ser "considerado o cenário onde ocorrem as relações sociais geradoras de conflitos e de outros fatores de risco de adoecer, sendo, também, o local privilegiado para o desenvolvimento de ações de promoção e manutenção da saúde".

A proposta do programa viabiliza a realização destas práticas no espaço domiciliar e, assim, objetiva aproximar a comunidade do serviço. Isto porque muitos membros da comunidade por sobrecarga de afazeres não buscam o serviço. Conseqüentemente, o uso do domicílio como espaço das práticas da saúde possibilita levar informações, orientações e cuidados com a saúde para um maior número de pessoas.

As práticas caracterizam-se por envolverem aspectos bio-psico-espirituais das famílias atendidas. Esta característica da assistência corresponde à interação do biológico com as condições sócio-econômica-culturais, isto porque a prática alicerça-se no conhecimento da realidade.

"Eu acho de extrema importância as nossas visitas na casa destas pessoas, é uma forma de alerta. Quando nós vamos na casa de uma pessoa que não está precisando de remédio mas está precisando de um apoio psicológico uma palavra espiritual."(ACS 04)

A compreensão de que o processo saúde/doença abrange fatores internos e externos do físico e da "vida" da comunidade influencia nas atividades

implementadas. O trabalho realizado parte da necessidade detectada através da observação e diálogos estabelecidos durante a visita.

"As atividades que eu realizo, eu converso com a pessoas, para saber se ela está passando por algum problema se ela está precisando de algum médico, se precisa de algum exame, remédio." (ACS 07)

Logo, a aproximação com a família e o contato diário propicia a prestação de atenção intensificada de acordo com o contexto, mesmo que as visitas apresentem um cronograma mensal e a depender da necessidade da família.

"Eu costumo voltar até 3 vezes à mesma casa em geral ou até mais quando há um necessidade. Por exemplo, sabemos que tem hipertensos e diabéticos teimosos, que não gostam de tomar o remédio e esquecem muito, então temos que passar lá todos os dias e perguntar se tomou o remédio, pedimos para olhar a cartela." (ACS 04)

As ações realizadas por ACS tomam como base os programas realizados nos serviços de saúde. Estes se caracterizam por atender populações específicas na perspectiva de promoção/preservação da saúde e controle de doenças transmissíveis. Sendo assim, podem reproduzir a lógica fundamentada no Modelo Médico Assistencial Curativista.

Algumas ações, atualmente, desenvolvidas correspondem às mesmas desenvolvidas pelos programas, das décadas de 70 e 80, os que utilizavam baixos custos. De acordo com Schraiber et al. (1990,p.45) Programa e Programação respectivamente seriam

"...a possibilidade de determinar quanto, como e qual a assistência médica a uma doença converge, potencializando-as e sendo potencializadas por elas, como outras técnicas de intervenção sobre o mesmo processo que não são de assistência médica'.

"...a noção de ação programática aplica-se à articulação de vários programas respeitantes a uma mesma população e a seus vários problemas e saúde/doença. Corresponde, portanto, à racionalidade organizadora do todo articulado do centro para a periferia e vice-versa, em toda uma estrutura sistemática única de assistência à saúde /doença. Nesta perspectiva, a assistência médica individual à doença reduz-se a um instrumento, dentre vários, às vezes o melhor e mais poderoso, outras vezes o pior e mais oneroso, para obter efeitos, associados à capacidade de previsão da técnica epidemiológica, no sentido de controlar para melhor o estado presente e futuro de saúde da população".

A epidemiologia, ciência que subsidiaria o trabalho, teria a atenção voltada ao processo saúde\doença e a coletividade. A padronização das ações proveria a igualdade entre os profissionais, promovendo, conseqüentemente, a descentralização da figura do médico e distribuição das funções em equipe.

Na proposta atual, mesmo havendo a preocupação de associar a realidade vivida e os aspectos sócio-econômico-culturais e espirituais com o processo saúde/doença, a descrição das práticas assemelha-se a apresentada pelo modelo hegemônico vigente, porque a atuação junto à comunidade reproduz ideologias de cuidado para qualidade da força de trabalho e reprodução desta. Comparativamente, a atenção manifesta-se similar à elaborada em Alma -Ata, na qual, de acordo com a Merhy; Franco (1999, p.11)

"...promoção da nutrição apropriada e provisão de água de boa qualidade, saneamento básico; atenção materno-infantil, inclusive planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças localmente endêmicas; educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle; e tratamento apropriado de doenças e lesões comuns".

A busca de sinais e sintomas de doenças infecto-contagiosas, como tuberculose e hanseníase, é uma das práticas realizadas. Nesse trabalho as/os agentes esclarecem sobre a importância de procurar o serviço, a possibilidade

de cura com o uso correto das terapias e as possíveis conseqüências do descumprimento dos mesmos.

"Na verdade, nós fazemos "controle da diabetes", detectamos as pessoas que estão com Bacilos de Koch, com tuberculose. Então, acompanhamos e encaminhamos para a unidade de saúde, ou uma unidade de referência e contra referência. Fazemos notificações preliminares, de acordo com o diagnóstico, que nós não podemos diagnosticar." (ACS 01)

Existe, também, por parte dos agentes, a necessidade de esclarecer que estas patologias podem ser debeladas e que as informações fornecidas não serão de conhecimento público. Este receio pelo conhecimento da existência de caso reflete os preconceitos e tabus das pessoas sobre estas enfermidades.

Também é prática de saúde realizada pelas(os) ACS, o controle de zoonoses. Este ocorre através de orientações sobre o cuidado com animais domésticos e o destino do lixo. No caso de cães e gatos, se as condições de saúde dos mesmos forem precárias, chama-se a "carrocinha". A agente, o agente tem a preocupação de esclarecer a família que os animais serão sacrificados.

"Em relação às atividades que a gente realiza no domicílio, eu, por exemplo, além das de prevenção e orientação, faço um encaminhamento para o posto de saúde, pois só o médico pode diagnosticar alguma coisa. Se tiver uma enfermeira, verifica a pressão. Houve momentos em que eu ligava para virem buscar os cães, explicando à família que poderiam passar doenças para a vizinhança e para eles mesmos, dentro de casa, deixando claro para estas pessoas que os cães iriam ser sacrificados." (ACS 04)

Com relação ao destino do lixo informa-se sobre a possibilidade do aparecimento de formigas, baratas, roedores e aracnídeos (aranhas e escorpiões) e as doenças que estes podem transmitir. Esta prática gera situações que podem ser interpretadas, de acordo com Merhy; Franco (1999, p.22) como "excessiva intromissão do Estado na vida das pessoas, limitando sobremaneira seu grau de privacidade e liberdade", mesmo que o programa esteja repleto de "boas intenções".

A educação para a saúde destaca a importância da higiene pessoal e bucal. Nesta última realiza-se atividades de escovação, trabalho desenvolvido junto a estudantes e professores de odontologia. Após treinamento fornecido pelos (as) acadêmicos (as), a flouretação é realizada por ACS. O material necessário é adquirido pelas (os) ACS e o custo subsidiado pela coordenação do Programa.

Outro assunto abordado, é o saneamento básico, destacando a utilização de água potável e o destino dos dejetos. Informam que a água a ser consumida deve ser fervida, caso não seja filtrada. Percebe-se a necessidade de construção de ligações de esgotos intradomiciliares com o sistema oferecido pela Prefeitura ou a instalação de fossas sépticas.

Os agentes reconhecem as dificuldades e compreende que o seu trabalho funciona como um modificador da situação, porém não é o único necessário e suficiente para alterar o contexto. Isto, porque, mesmo conhecendo a realidade sócio-econômica, as orientações envolvem ações que requerem gastos que muitas vezes não existem nem para subsistência da família. As ações

implementadas ainda refletem o cunho "higienista", levando-se pouco em consideração as condições de vida das famílias cadastradas.

As orientações para redução de risco por violência também faz parte do conjunto de práticas realizadas pelas (os) agentes, por esta se constituir num problema de Saúde Pública. As atividades envolvem a participação dos jovens em projetos, como a Horta, caminhadas e palestras sobre temas atuais e que despertam seu interesse.

"A gente faz palestras sobre DST, principalmente com os adolescentes, incentivando-os a se cuidarem; falamos, também, sobre a violência, uma vez que aqui no Nordeste a violência é muito grande." (ACS 05)

"Nós temos tentado mudar isto, temos este trabalho da horta que você presencia, no qual os meninos vêm pela questão da violência, para evitar envolver-se." (ACS 01)

Os agentes desenvolvem, ainda, o trabalho fora do domicílio, ao organizar caminhadas para jovens e idosos, festas de confraternização¹⁴ e palestras, tanto em locais cedidos pela comunidade como na Unidade de Saúde. A participação da população, nestas atividades extra-domiciliares, é utilizada pelas (os) ACS como parâmetro de verificação da receptividade à sua presença e valorização das práticas que desenvolvem.

"Realizamos, também, palestras com adolescentes, gestantes, falando do momento inicial da gravidez até o momento do parto. Fazemos, também, para os hipertensos e os diabéticos, mostrando para eles a importância das caminhada, aproveitamos também para falar da importância das caminhadas dos exercícios. As caminhadas com os

¹⁴ Como Dia das Mães, São João e Natal.

hipertensos normalmente são acompanhada por um professor que reforça mais a necessidade de realizá-las. Fazemos palestra para adolescente, levamos eles para uma sala, normalmente falando sobre a vida sexual, DST, gravidez na adolescência, violência que é muito grande aqui e da importância deles na sociedade hoje e no futuro." (ACS 04)

A saúde do adulto envolve as ações educativas voltadas às doenças crônico-degenerativas, como diabetes e hipertensão. A atenção relaciona-se com a orientação quanto à busca do médico clínico e/ou enfermeira (o) responsável pelo programa no serviço. No caso da presença de trabalhadores e/ou estudantes ocorre a aferição da tensão arterial. O incentivo ao uso e o acompanhamento da administração correta dos medicamentos fazem parte das ações executadas. As orientações destacam, também, a importância da prática de hábitos saudáveis, com o propósito de promover a qualidade de vida.

"Muitas vezes nós vamos nas casas pesar as crianças, acompanhar diabéticos, hipertensos, gestantes." (ACS 02)

"Na casa, a gente entra e acompanha a criança, pesa esta criança e vê se está no peso ideal, e diz para a mãe se aumentou, se diminuiu. A gente olha o cartão da vacina, se está em dia se não está, porque muitas vezes a mãe esquece, e a gente tem que lembrar. No caso de hipertenso, a gente, todo mês, está lá quando a gente pode, vai com a enfermeira, verificar a TA, ver se está fazendo a dieta, ver como está a alimentação dele, incentivando a caminhar. Vemos, também, o diabético; tudo isso é muito importante. Falamos, também, sobre o planejamento familiar, sobre o lixo, sobre a dengue, orientar sobre a água parada." (ACS 05)

"Então, a gente faz todo o acompanhamento, vê o tipo de alimentação que ele está comendo, verifica os remédios, a gente procura se tem um medicamento no posto, a gente faz a caridade de marcar consulta no posto, para passar por um médico clínico para ver como ele está, e depois a gente volta, depois de um mês, para ver como ele está. Então, damos toda orientação a ele." (ACS 06)

Através do cadastro, identifica-se as doenças crônico-degenerativas, como diabetes e hipertensão que são freqüentes na faixa etária acima dos 40 anos. Este perfil pode representar as precárias condições de qualidade de vida da comunidade atendida e as possíveis limitações das ações desenvolvidas. Além das questões culturais, os aspectos sócio-econômicos e a dificuldade de articulação com o serviço podem ser estabelecidos como obstáculos para continuidade da assistência prestada pelas (os) ACS.

A Mulher: única cuidadora

Nestas práticas voltadas para o cuidado dos membros da família, a mulher é a encarregada de desenvolvê-las e fornecer as informações necessárias para continuidade da assistência. Esta responsabilização da mulher estaria ligada a aspectos sócio-econômico-histórico-culturais, pois o domicílio é caracterizado espaço feminino e privado. Moraes (1998, p.63) afirma que tais aspectos influenciam na construção dos papéis sexuais e sociais desempenhados por ambos os sexos ao historiar que

"Os homens iam à caça, pesca e guerra a fim de expandir os seus domínios territoriais. As mulheres ficavam no ambiente doméstico por serem socialmente responsáveis pela reprodução e perpetuação da espécie. Cabia às mulheres os cuidados das crianças, idosos, plantas e animais domésticos a fim de manter e preservar a vida da espécie. Era por meio das tarefas relacionadas ao cuidar que as mulheres asseguravam a

continuidade da vida, com atividades indispensáveis ao desenvolvimento vital do ser vivo".

Esta divisão sexual do trabalho apresenta-se baseada nas diferenças anátomo-biológicas entre os sexos, favorecendo as masculinas em detrimento das femininas. Para a mesma autora (1998, p.13) "a capacidade de reprodução das mulheres e a força física dos homens decidiram seus lugares na distribuição das tarefas, cabendo às mulheres as atividades do âmbito domiciliar". O fato da capacidade reprodutiva e os cuidados reservados aos filhos limitarem a movimentação do sexo feminino contribuem na designação do espaço domiciliar, privado.

O binômio mãe-filho é destacado nas práticas desenvolvidas, pois as orientações sobre a atenção voltada à saúde da criança são destinadas à mulher. O/A ACS responsabiliza-a para regulamentação do cartão de vacina, de acordo com o esquema do Ministério da Saúde. Também, reforçam na mulher a percepção de que precisa abdicar de si pela criança, pois a amamentação exclusiva permitirá ao filho o crescimento forte e saudável.

A descrição das orientações ligadas à saúde da criança corresponde à pesagem até 2 anos de idade e acompanhamento/cobrança da imunização. O estímulo ao aleitamento materno dá-se, durante a assistência à mãe, no período gravídico puerperal e nos primeiros seis meses de vida do bebê. O cuidado com a infância perpassa, de forma subentendida, uma ideologia de desenvolvimento de seres humanos saudáveis.

Se a criança fica doente é descuido exclusivo da mãe. Desta forma, os/as agentes desconsideram a figura masculina e dos outros membros da família, no processo de cuidar. A amamentação é encarada pelo sexo feminino não

apenas como prova de amor materno, mas, também, como escravização. Logo, de acordo com Almeida (1996, p.44) "apesar de se reconhecer a importância do aleitamento materno, a mulher de hoje que amamenta vive uma contradição entre querer e poder amamentar". O trabalho doméstico é transferido por estes/as trabalhadores de saúde para o sexo feminino, num padrão tradicional, no qual a mulher é incumbida de toda a responsabilidade.

"'Ela é a dona do lar', então ela tem um conhecimento um pouco a mais do que cada pessoa, não seja só do marido como dela e como também dos filhos, e também porque a maior parte delas fica em casa." (ACS 02)

"A gente orienta muito as puérperas. Falamos como elas devem segurar o seu filho, a posição boa para amamentar. Falamos, também, sobre a questão da criança, sobre o cartão de vacinas. Quando a gente fala da mulher, da puérpera, a gente fala, também, a respeito da criança, já dá a informação junta; falamos da importância do leite materno, da vacina, falamos do teste do pezinho, então a gente está sempre falando do dia, do horário em que elas devem vir trazer suas crianças para o teste do pezinho, das vacinas." (ACS 05)

"A higiene... Às vezes, quando eu vejo que as crianças estão descalças, eu pergunto para ela porque que a criança está descalça."(ACS 10)

Desta forma, cabe à mulher o cuidado para manutenção da vida, o qual não é reconhecido sócio-histórico-culturalmente por ser concebido como inerente à natureza feminina. Ademais, a invisibilidade do trabalho doméstico desenvolvido pelo sexo feminino e a sobrecarga de responsabilidades, atividades domésticas acrescidas do papel de mantenedora da saúde na atenção primária, termina por reproduzir relações de desigualdade de gênero. Logo, de acordo com De Los Ríos (1993, p.15)

"A construção de gênero incide, assim mesmo, na quantidade e qualidade da participação de homens e mulheres dentro das esferas formal e informal da saúde em virtude da divisão sexual do trabalho, por exemplo, nos modelos de atenção primária em saúde e, em particular, nos aspectos relacionados com a participação social, a mulher continua desenvolvendo um papel fundamental na "produção" da saúde. a mulher é a responsável de servir a água, preparar os alimentos nutritivos, levar os filhos para vacinar, cuidar das crianças, dos enfermos e dos anciões, manter a higiene do lugar, etc., no entanto, a falta de visibilidade e valorização social e econômica do trabalho da mulher no domicílio conduz a uma falsa avaliação de seu tempo disponível e cria expectativas desmedidas com respeito a suas possibilidades de participação no desenvolvimento da saúde comunitária. A partir deste ângulo, a participação comunitária em saúde, mas propicia formas equitativas de responsabilidade social frente a saúde coletiva, resulta num mecanismo que reproduz e perpetua a designação social de funções de acordo com o sexo do indivíduo". (T.A.)¹⁴

Como foi registrado até o momento, a mulher apresenta-se como a responsável pelo cuidado com a saúde do companheiro e demais membros da família. Esta condição é delegada pelos companheiros e reproduzida pelas (os) agentes, por colocá-las como informantes-chaves. Explicações para esta incumbência baseia-se na maior facilidade de encontrá-las em casa, a receptividade e até razões de cunho divino, naturais do sexo.

"Ela é que é responsável. Eu não estou tirando a responsabilidade do marido, mas a gente se dirige mais à mulher. Eu acho que é um dom que Deus deu à mulher ser responsável com a casa. Imagine um homem tomando conta da cozinha(há, há...). É um dom da mulher mesmo, porque não combina em nada o homem, estando na cozinha, cuidando dos filhos, mas eu acho que a mulher combina mais com isto. Esta mulher informante, é uma mulher mãe, companheira, esposa, segura aquilo que ela fala, realista." (ACS 05)

¹⁴ "La construcción de género incide, asimismo, en la cantidad e calidad de la participación de hombres y mujeres dentro de las esferas formal e informal de la salud.en virtud de la división sexual del trabajo, por ejemplo, en los modelos de atención primaria en salud y, en particular, en los aspectos relacionados con la participación social, a la mujer se le continúa asignando un papel fundamental en la " producción" de la salud.La mujer es la responsable de hervir el agua, preparar alimentos nutritivos, llevar a los hijos a vacunar, cuidar a los niños, los enfermos y los ancianos, mantener la higiene del hogar, etc. sin embargo, la falta de visibilidad y valoración social y económica del trabajo de la mujer en el hogar conduce a una falsa evaluación de su tiempo disponible y crea expectativas desmedidas com respecto a sus posibilidades de participación en el desarrollo de la salud comunitaria. Desde este ángulo, la participación comunitária en salud, más que propiciar formas equitativas de responsabilidad

Isto de acordo com Pizurki (1988, p.11) apresenta como

"Uma explicação vincula este o fato das formas de diferenciação de funções por razão do gênero, diferenciação imbuída aos indivíduos desde seu nascimento mediante um processo de aprendizagem e de condicionamento social. Em sua maior parte, esta diferenciação não está condicionada biologicamente nem é uma necessidade social, porém durante muito tempo e em muitas culturas tem sido entendida como tal pelos indivíduos e as autoridades institucionais. A diferenciação de funções por razão de gênero está associada, melhor, as diferenças reprodutivas entre os sexos, e se transmite por intermédio dos hábitos, os costumes e a educação, até perpetuar a noção de que as mulheres são particularmente aptas para as tarefas 'femininas' e os homens para as 'masculinas' ". (T.A.)¹⁵

Os cuidados com a saúde são considerados uma tarefa feminina por corresponder a uma atividade implementada no meio privado, o domicílio, e contribuir para a reprodução. Embora a dona da casa saia para trabalhar e o homem fique em casa, ele não é o consultado, como informante, mas, sim, outra mulher ou a própria dona, quando retorna do emprego, designando-a, assim, como cuidadora. Embora reconhecendo que se trata de uma construção sócio-cultural, esta apreciação da condição feminina ainda espelha o papel da mulher no cuidar da saúde da família.

"Esta escolha da mulher informante, foi por causa dela estar mais tempo dentro de casa, e saber mais da vida de cada um ali dentro." (ACS 09)

O homem pode apresentar-se como informante-chave se for considerado como participante na atenção à família junto com a mulher. Caso haja

social frente a la salud colectiva, resulta en un mecanismo que reproduce y perpetúa la asignación social de funciones de acuerdo con el sexo de los individuos".

¹⁵ "Una explicación vincula este hecho a las formas de diferenciación de funciones por razón del género, diferenciación imbuída a los individuos desde su nacimiento mediante un proceso de aprendizaje y de condicionamiento social. En su mayor parte, esta diferenciación no está condicionada biológicamente ni es una necesidad social, aunque durante mucho tiempo y en muchas culturas há sido entendida como tal por los individuos y las autoridades institucionales. La diferenciación de funciones por razón del género está asociada, más bien, a las diferencias reproductivas entre los sexos, y se transmite por conducto de los hábitos, las costumbres y la educación, hasta perpetuar la noción de que las mujeres son particularmente aptas para las tareas 'femininas' y los hombres para las 'masculinas' "

convicção, ao fornecer as informações ou coincidirem com as femininas, este será encarado como fornecedor de dados. Entretanto, a falta de convicção, a indisponibilidade para responder as perguntas dos/das agentes e a falta de detalhamento das informações reduz a viabilidade do homem como informante.

"Em relação à saúde da família quando o homem dá as informações, vai depender muito. Tem vez que ele dá aquela informação correta, tem aquela facilidade, a gente vê que ele está com aquela disponibilidade de passar as coisas." (ACS 06)

"Eu retorno àquele domicílio para que sejam confirmadas por outras pessoas, porque o homem é muito evasivo, a mulher é mais detalhista." (ACS 10)

A mulher é designada como reprodutora e cuidadora da força de trabalho, logo necessita "gozar" de bom estado de saúde para dar à luz mão-de-obra provavelmente saudável e potencial. Destarte, as políticas de saúde voltadas para este sexo reforçaram preocupações com o ciclo gravídico-puerperal e a capacidade reprodutiva. No Brasil, isto não se faz diferente, pois mesmo havendo algumas ações voltadas ao processo saúde/doença, respeitando as questões sócio-históricas e econômicas, além da perspectiva da maternidade, a atenção principal sempre reforçava os cuidados com a gravidez.

Esse contexto evidencia que as diferenças sexuais são utilizadas na promoção de desigualdades, colocando a mulher numa posição de oprimida/submissa e o homem, opressor/dominador. Fonseca (2000, p. 11) aponta que gênero, "o sexo social e historicamente construído é produto das relações sociais entre homens e mulheres e deve ser entendido como elemento constitutivo dessas mesmas relações, nas quais as diferenças são apresentadas como naturais e inquestionáveis".

O gênero não pode ser utilizado isoladamente no desenvolvimento da análise sobre o processo saúde/doença e a designação da mulher como cuidadora, pois incorreria no erro de supervalorizar um aspecto em detrimento de outro. Oliveira (1991, p.3) salienta que

"O gênero, no entanto, não pode nem deve ser tratado como fato simples e natural. O Gênero, tanto como categoria analítica, quanto processo social, é relacional. São relações entre homens e mulheres, processos complexos e instáveis, constituídos por e através de partes interrelacionadas, são interdependentes, ou seja, cada parte não tem significado ou existência sem as outras. As relações de gênero são divisões e atribuições diferenciadas e, "por enquanto", assimétricas de traços e capacidades humanas".

Destarte, a reprodução das relações de desigualdade de gênero foram apreciadas, a partir das práticas de saúde da mulher, desenvolvidas no domicílio, por agentes comunitários. No PACS, os princípios que norteiam a atenção a esta clientela não fogem ao perfil das práticas implementadas na atualidade. Estas são voltadas ao ciclo gravídico-puerperal, cuidados preventivos para com o aparelho reprodutor, incluindo as mamas, orientações sobre menopausa e climatério e ações para melhoria da qualidade de vida, a fim de contornar e minimizar os sinais e sintomas das doenças crônico-degenerativas.

"Nós estamos fazendo reuniões com mulheres sobre câncer de mama, câncer de útero. Então assuntos que venham a ser úteis na saúde da mulher, como estas que eu citei. Geralmente, a gente dá informações sobre planejamento familiar no domicílio, saindo de casa em casa, ou através de reuniões, ou encaminhando para o posto médico, que tem, este serviço no posto e pedimos que elas venham ao posto para receber este serviço, para ter um pouco mais de conhecimento e para que o médico possa acompanhá-la." (ACS 02)

"Tem muitas mulheres que são diabéticas, hipertensas e a gente orienta estas mulheres em casa mesmo, pois muitas não podem ir à reunião. A gente orienta, também, em relação ao horário, dizendo que é importante que tome o remédio no horário certo, falamos que se tem pressão alta não deve comer sal, que ande, que faça caminhada."(ACS 03)

"Além do trabalho do planejamento familiar, a gente fala sobre o aleitamento materno, fazemos trabalho com a puérpera, voltamos depois que ela teve a criança para ver como está ela e a criança. Muitas delas não voltam para o médico não fazem o exame ginecológico para ver como estão. Trabalhamos também com as gestantes, pois é muito difícil a gestante, no início da gravidez, ter ido ao posto fazer o pré-natal. Eu oriento sobre a importância do pré-natal, das vacinas das crianças e do exame do pezinho."(ACS 06)

Entre as práticas implementadas, há, também, uma atenção especialmente dispensada ao planejamento familiar, no referente à contracepção. A consideração de que as mulheres engravidam por desejarem, mesmo conhecendo os métodos anticoncepcionais reflete a ideologia de responsabilizar exclusivamente o sexo feminino do controle da natalidade.

"Muitas delas conhecem os métodos de não engravidar, os anticoncepcionais, mas, por teimosia, por desinteresse, não vêm ao posto e, quando a gente volta na casa, já está grávida. Muitas querem tirar, fazer o aborto, mas a gente diz que isso não é bom." (ACS 06)

O fato da capacidade reprodutiva da mulher depender da presença do homem parece não ser considerado. Mesmo que em pesquisa, como a realizada por Ferreira et al. (1997, p.253), haja concordância da participação de ambos os sexos, na utilização de métodos contraceptivos, as mulheres são as responsabilizadas.

"Segundo a maioria das mulheres (46%) e homens (54%) pesquisadas(os), a responsabilidade pelo uso dos métodos contraceptivos deve ser dividida entre ambos, mulheres e homens. Cerca de 44% das mulheres, atribuíram a responsabilidade pelo uso dos métodos contraceptivos às próprias mulheres, principalmente, porque, segundo essas mulheres, sobre elas tem recaído a responsabilidade pelo cuidado com os filhos, e o homem não tem assumido o seu papel reprodutivo com responsabilidade. Já os homens (38%) entenderam que somente a mulher é responsável pelo uso do método. Eles justificaram que essa alternativa é verdadeira porque existem mais métodos disponíveis para as mulheres e porque elas são mais responsáveis".

A anticoncepção apresentada a comunidade por agentes comunitários envolve também o interesse destes trabalhadores para que haja a participação masculina. Entretanto esta não ocorre pela ausência no domicílio ou por indisponibilidade/receptividade. Oliveira (1991, p.8) considera que

"...ao afirmar como socialmente reconhecido apenas o papel da mulher como reprodutora, esse discurso mantém, assim, a hierarquia dos papéis dentro da família, onde o pai constitui a autoridade máxima, cabendo o papel de administradora do espaço doméstico à mãe que, juntamente com os filhos, constitui o elo fraco dessa teia de relações de poder".

As práticas voltadas ao planejamento familiar destacam o controle da natalidade através da anticoncepção como meio de amenizar as condições de vida. A percepção de que um menor número de filhos envolve menores custos à renda familiar é apresentada às mulheres como razão da contracepção - para as agentes e os agentes, quanto menor a família, menor o gasto.

"A gente faz planejamento familiar, porque tem muita gente tendo muitos filhos sem condições de criá-los." (ACS 05)

Esta percepção pode ser concebida como reflexo dos interesses de organizações que lucram com os métodos contraceptivos. Segundo Oliveira (1991, p.12)

"...a questão populacional não deve ser vista como algo que se resolve com o mero incremento de distribuição de métodos anticoncepcionais, mesmo se esta vem sendo a prática corrente no país, onde a política de distribuição de anticoncepcionais tem sido controlada basicamente pelas companhias farmacêuticas multinacionais, pela rede privada, pela medicina de grupo e por instituições de planejamento familiar".

O desconhecimento do uso, a não utilização dos métodos contraceptivos tem como um provável resultado a realização do aborto. A orientação passada pelo (a) agente salienta que este procedimento não é uma forma de anticoncepção. Também, repassa-se para a mulher a perspectiva de ser um prejuízo espiritual e físico. O destaque maior fica para o corpo biológico porque as que realizam não retornam ao serviço para submeter-se à revisão.

"A questão do aborto é uma coisa muito freqüente na comunidade porque, pela falta de condições, muitas mulheres engravidam. Muitas não fazem um planejamento familiar e querem dar cabo daquilo, querem abortar de qualquer jeito. Eu mesmo falo para ela que esta questão do aborto é um prejuízo muito grande para ela, tanto no plano espiritual quanto no material. Talvez, no material, seja muito maior, pois ela faz o aborto e a preocupação é só em abortar, elas não vão fazer uma prevenção uterina. Elas não vão fazer um check up, muitas abortam em casa e em casa mesmo elas ficam. Quando vão a uma maternidade é porque elas já estão para morrer, e elas relatam que é uma coisa horrível." (ACS 01)

Mais uma vez as orientações sobre a contracepção recaem sobre a responsabilidade feminina. Se ela engravida e aborta, as desvantagens são exclusivamente vivenciadas pela mesma.

O uso do preservativo também faz parte das práticas direcionadas ao planejamento familiar. Nestas, este método de barreira é apresentado também como meio de prevenção e proteção contra DST/AIDS.

A utilização da camisinha masculina é especialmente estimulada, quando a mulher relata a infidelidade do companheiro. As/Os agentes reforçam a

orientação para as mulheres, sobrecarregando-as de mais esta responsabilidade, pois o homem é pouco receptivo às orientações. Em alguns casos, aconselham-no a realizar exames preventivos a fim de detectar DST/AIDS, buscando tratamento.

"...quando elas dizem que os maridos têm outras parceiras ou a que nos atende é a amante, mesmo que elas não vejam problema nenhum, pois a mulher dele vai até lá e vice-versa a gente fala que ela deve se prevenir, pedimos para ela mandar ele fazer outros exames, para ver se ele tem alguma doença sexualmente transmissível pois, como ele troca muito de parceiras, nós não podemos saber como está a vida da companheira dele ou das suas parceiras." (ACS 01)

Neste contexto, a mulher vivencia uma situação de resignação, pois sócio-culturalmente, apresenta um perfil de docilidade, submissão e dependência da figura masculina. Já, o homem tem sua virilidade comprovada, assim como sua masculinidade reforçada. De acordo com Fucs (1993, p. 26-29)

"As relações extraconjugais são usuais e esperadas, servindo-lhes como prova da manutenção de poder, de sua desejabilidade e capacidade de sedução. Representa, também, um meio de auto-afirmação, de demonstração pública de sua masculinidade, além de lhes gerar a sensação de que continuam soltos e independentes, sem aprisionamento algum."

A presença da infidelidade conjugal e a conseqüente necessidade de negociação para o uso da camisinha, reforça a idéia do despreparo dos ACS para trabalhar com problemas mais complexos, que comportaria a ação de outros profissionais.

Reprodução de Estereótipos Sexistas

As práticas de saúde da mulher envolvem, também, questões ligadas à higiene e ao relacionamento com o parceiro. A higiene é destacada como essencial para a mulher ser atraente ao sexo oposto. Já em relação ao companheiro, as práticas possibilitam o desabafo sobre o relacionamento e outros problemas que a afligem. Isto ocorre porque a/o agente é percebida (o) como um "agregado" da família.

"Estamos sempre incentivando para que elas se cuidem, porque o marido trabalha e elas acabam falando tudo para gente, passando todas as informações, sobre tudo da Família. É a mulher que fala mais sobre isso." (ACS 05)

A saúde da mulher, a partir das práticas implementadas por ACS foi apreciada, até o momento, com maior destaque para tópicos de atenção voltados ao ciclo gravídico-puerperal e ao planejamento familiar.

De acordo com Laurenti (1997), mesmo que os indicadores de saúde evidenciem maiores índices de mortalidade para o homem, são as mulheres que apresentam altos valores de morbidade. Talvez tais conclusões estejam ligadas ao fato de ser o sexo feminino o que mais procure os serviços de saúde.

As prováveis causas de morbi-mortalidade estão ligadas não apenas aos aspectos biológicos, mas, também, a fatores culturais e sociais. Os comportamentos específicos de mulheres e homens, na perspectiva de gênero, podem justificar as diferenças nos índices dos indicadores de saúde. Assim, para Laurenti (1997, p.93) "é inegável a existência do fator biológico, porém, o enfoque de

gênero não pode deixar de ser considerado, quando se deseja caracterizar e analisar a saúde do homem e da mulher".

Em relação à maior presença feminina, nos serviços de saúde, associa-se a aspectos de gênero, pois de acordo com Adams; Benson apud Laurenti (1997, p.93):

"O fato de caber à mulher, em geral, acompanhar crianças, adolescentes e idosos a esses serviços de saúde, além de, em determinado período de sua vida, freqüentar o pré-natal, faz com que ela se torne, provavelmente, mais predisposta à utilização desses serviços. Essa alta morbidade de demanda, frente à baixa mortalidade, que pode parecer paradoxal, tem sido descrita, também, em inquéritos de morbidade, em particular nos Estados Unidos, onde foi mostrado que as mulheres apresentavam maior índice de episódios agudos de doenças, maior tempo de restrição de atividades por doenças, maior número de internações hospitalares, de visitas a médicos, bem como, maior número de dias que permaneceram acamadas por doença".

Verificou-se que as orientações dos ACS à saúde da mulher, tinham como foco a atividade reprodutiva, de modo mais específico o pré-natal, o puerpério e a prevenção de câncer cérvico-uterino e de mamas. Estas atividades nos serviços de saúde são priorizadas, mesmo que as avaliações do PAISM realizadas por Costa (1992) demonstrem que não houve um grande incremento deste programa na maioria dos Estados.

No trabalho dos ACS há uma prioridade neste sentido já que uma das fichas de preenchimento obrigatório destina-se ao cadastramento de gestantes. Mesmo com os limites impostos pela falta de preparo específico a prioridade a este grupo é sem dúvida uma medida acertada que poderá diminuir os índices de morbidade e mortalidade materna ainda elevados em Salvador.

Elaborando-se as políticas de saúde voltadas para esta clientela, levou-se em consideração o perfil epidemiológico. Neste, as principais causas de mortalidade, para o período de 1979-1995, na Bahia, foram as doenças

cardiovasculares, as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório. Os óbitos conseqüentes por causas externas, principalmente acidente de trânsito e violência, apresentaram crescimento no índices. A morbidade para o sexo feminino apresenta, para 1996, as complicações da gravidez, do parto e do puerpério como a aproximadamente metade dos casos de internação (Aquino, 2000).

O cuidado com os demais membros da família, poderá ser realizado em detrimento do seu auto-cuidado, respaldando-se a segundo plano, comportamentos e atitudes que elevariam seu estado de saúde.

"A responsabilidade só dela não , mas eu acho que ela tem um papel importante com sua saúde; falamos do cuidado que ela tem consigo própria, pois se a gente não se gostar quem vai gostar." (ACS 10)

"A responsabilidade eu acho que é do médico também, às vezes as mulheres, elas não fazem um exame das mamas e aí o médico tem que orientar a fazer este exame. Muitos médicos também não orientam bem estas mulheres, elas vão fazer um preventivo e, chegando lá, não fazem o exame das mamas, é responsabilidade dos médicos também." (ACS 05)

Os agentes reconhecem que a saúde das mulheres deveria ser de responsabilidade de toda a família.

"A responsabilidade pela saúde da mulher não é só dela, depende dos dois tanto do marido quanto da mulher, porque uma mulher estando bem com a saúde ela vai estar de bem com a vida." (ACS 01)

"Acredito que existem outras coisas que não depende só da mulher mas também, do homem também, acredito assim a saúde não depende só de

uma pessoa mas da coletividade, do grupo, dentro família e até mesmo dentro e fora do ambiente familiar. "(ACS 02)

Reconhecem, entretanto, que fazem pouco contato com os homens, que não apenas por encontrá-los pouco no espaço domiciliar, mas também por haver por parte destes, pouca colaboração para dar informações consistentes sobre a saúde dos demais membros da família.

Mesmo reconhecendo que o processo saúde/doença não é restrito aos aspectos biológicos, mas que envolve questões sociais, econômicas e psicológicas os ACS, priorizam para as orientações aos aspectos físicos. Há uma prioridade também para articulação com o serviço mais uma vez reiterando um dos objetivos do Programa de aproximação da comunidade da unidade.

"O que eu entendo por práticas de saúde da mulher, é tudo aquilo que você tem que colocar em prática mesmo, pois você sabe que tudo aquilo que coloca para o seu bem-estar, para melhorar sua condição de vida tanto social quanto psicológica, vai ter uma repercussão muito importante na sua vida. "(ACS 04)

As mulheres são as principais solicitantes de vagas, pois por serem designadas como cuidadoras necessitam de assistência para os demais membros da família e para si mesma. São elas, também, as maiores interessadas em tornar parte nas atividades de lazer desenvolvidas por ACS, tanto no domicílio como fora dele. Entretanto, a distância, os afazeres domésticos e a falta de garantia de atendimento muitas vezes desestimula a

participação nestas práticas, principalmente no caso de mulheres grávidas e idosas.

Na realização da pesquisa com agentes mulheres e homens não foram detectadas diferenças na implementação das práticas, havendo algumas situações especiais expressas por um sexo e não pelo outro. A auto-estima e a facilidade de comunicação gerada por ser do mesmo sexo da informante-chave é relatada pelas agentes mulheres. Em relação a auto-estima feminina é detectada como um fator a ser trabalhado a fim de possibilitar e até melhorar as condições de vida e relacional da mulher, porque ao se estimular o cuidado com a higiene e aparência da mulher não se esta visando a sua auto realização, mas sim do parceiro.

A mulher precisa preocupa-se em ser "bonita", "sedutora", para garantir a fidelidade masculina e, conseqüentemente, sua felicidade. A responsabilidade pela infidelidade do companheiro está na mulher, porque ela não se cuida física e mentalmente. Desta forma, se houver traição ocorreu por culpa dela. A atenção consigo mesma não é para satisfazê-la, mas, sim, para manter o parceiro.

"Como hoje eu já adquiri um grau de intimidade com elas, eu reclamo muito se chegar e ver que estão despenteadas, sujas. Falo muito do amor próprio... Normalmente são mulheres casadas ou adolescentes que se tornaram mães recentemente. Então, eu digo para elas se cuidarem, irem arrumar os cabelos, fazer as unhas pois, quando os maridos chegam e as vêem desarrumadas, vão procurar outras bonitinhas na rua." (ACS 04)

"Orientamos a elas estarem nos serviços de saúde, pelo menos uma vez no ano, fazer um preventivo, falamos para ela se valorizar. Às vezes, o marido chega em casa e fala: "Você está muito acabada". O marido não gosta de ver a mulher acabada, e a gente fala para ela se cuidar para o marido." (ACS 05)

"A prática de saúde da mulher é ela cuidar dela, da saúde dela, da mente dela, pois uma mulher que não se cuida, não é uma mulher, é o que leva o parceiro a procurar outra mulher na rua, porque aquela mulher não se cuidou." (ACS 07)

Assim, reforça-se ideologias em que a mulher precisa ter um homem ao lado para ser reconhecida e feliz. A presença masculina é fator necessário e suficiente na vida do sexo feminino.

O fato da trabalhadora de saúde e a informante serem do mesmo sexo é apresentado como um fator contribuinte no processo da prática no domicílio. Essa situação transmite a conotação de que no processo de assistência, a comunicação, pode ser vista como confiança. Já os homens/agentes não consideram a diferença sexual um empecilho na comunicação.

"Nós convidamos os homens a participarem das palestras. Eu conto 2 homens que compareceram. As mulheres no entanto, pelo fato de sermos mulheres e nos entendermos melhor, fica mais fácil a comunicação."(ACS 04)

"A facilidade da mulher de falar é que ela se abre melhor para outra mulher." (ACS 07)

A violência doméstica é detectada nas informações fornecidas pelo agentes homens. Nestes casos, é clara a limitação dos mesmos, sobre como devem agir, optando por não envolvimento na contenda.

"Às vezes, é uma briga de marido e mulher e a gente tem que se calar. A gente chega assim naquela hora, e se a gente não tiver aquele profissionalismo, eles tentam jogar a gente até dentro da briga, e eu acho que isso é um pouco de dificuldade." (ACS 02)

A violência doméstica apresenta-se como mais uma manifestação das desigualdades de gênero, pois a mulher não tem controle de sua vida e seu principal agressor é o companheiro (Souza; Ferreira, 2000). No espaço domiciliar, a/o agente enfrenta o despreparo para agir diante de situações de violência doméstica. Assim, preferem se omitir e se retirar da residência, porque, em alguns casos, durante o conflito, podem solicitar o seu envolvimento. Como retornarão ao domicílio, em outras oportunidades, abstêm-se de opinar para não comprometer as visitas e práticas subseqüentes.

"Dificuldades... não é bem uma dificuldade. Talvez, a gente não esteja bem preparada, pois quando a gente entra no domicílio de uma pessoa a gente ouve tanta coisa que isso influencia na saúde das pessoas. Às vezes é uma briga de marido e mulher e a gente tem que se calar." (ACS 02)

A atitude destes trabalhadores representa o posicionamento social, de que os problemas familiares, domésticos, são de interesse e responsabilidade exclusiva de seus membros. Desta forma, as agentes e os agentes não promovem ações para a autonomia da mulher. Esta situação reafirma a

necessidade de apoio de outros trabalhadores capacitados para empreenderem atividades junto a família.

O sentimento de impotência diante da realidade domiciliar está presente no trabalho das (os) ACS. A falta de meios para mudar as condições sócio-econômicas das famílias atendidas os afligem. A sensação de debilidade para obter a resolução dos problemas de saúde que surgem também é sentida.

O espaço domiciliar apresenta problemas profundos, por se visualizar o contexto vivencial da comunidade atendida. A impossibilidade de resolução de problemas mínimos e o convívio com os dramas humanos, em muitos casos, não necessariamente problemas de saúde, fazem parte do trabalho das (os) agentes. Sendo assim, a/o ACS necessita realizar uma filtragem do que é problema de saúde e o que pode vir a ser resolvido por ela/ele.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visita domiciliar apresenta-se no Programa de Agentes Comunitários de Saúde como instrumento de assistência, sendo realizada de forma freqüente e consecutiva. O cronograma de realização baseia-se na necessidade da família e na atividade de acompanhamento a ser realizado mensalmente. Diferenciando das propostas anteriores de utilização desta técnica, a assistência atende ao coletivo e/ou ao indivíduo, na medida em que busca atender todos os membros da família.

Na proposta atual de assistência à saúde da família, ao fazer uso da visita, o domicílio é utilizado como espaço de práticas institucionalizadas. A sua utilização oportuniza o conhecimento da realidade, pela proximidade e visualização do contexto familiar, contribuindo, assim, para o alcance de alguns dos objetivos do PACS⁵⁶.

A conseqüente articulação com os serviços é realizada através dos encaminhamentos ao centro e da marcação de cartão/consultas de casos específicos pelo (a) agente. Entretanto, este processo pouco apresenta garantia de atendimento, devido aos altos índices de demanda espontânea e falta de profissionais ou distribuição das vagas inadequadamente. Tal situação não deveria ocorrer porque a proposta do PACS baseia-se na epidemiologia, a

⁵⁶ Capacitar a população a cuidar da própria saúde e promover a articulação com o serviço de saúde.

qual um dos processos seria a sobreposição da oferta organizada sobre a demanda espontânea.

O crescimento no número de usuários em busca do centro de saúde já era um acontecimento esperado. O progresso do Programa implementado e a organização do sistema equipararia a procura à oferta, sem deixar de existir uma pequena proporção de demanda espontânea. Além deste fato, o sistema de referência e contra referência afiançaria a continuidade do acompanhamento do usuário através dos outros níveis de assistência.

A realidade vivenciada, entretanto, não condiz com o esperado. As explicações para isto podem estar no fato de haver pouco tempo de implantação do programa ou do mesmo se manter "aprisionado" ao modelo médico-hegemônico. Ademais, as mudanças propostas na organização do sistema não garantem melhora na qualidade do atendimento. Merhy; Franco (1999, p.20) colocam que

"...o fato de apenas para modificar a estrutura, não se garante que a relação dos profissionais com os usuários seja também realizada sobre novos parâmetros de trabalho no território das tecnologias de saúde, de civilidade acolhimento e construção de processo mais comprometidos com os usuários, seus cuidados e curas."

A obtenção da vaga é interpretada pela população e pelo(a)s agentes como a garantia de atendimento, mesmo que a qualidade da assistência seja pouca. O programa propõem a mudança na organização dos serviços, mas é necessário também interferir na qualidade da assistência prestada aos usuários.

Outro aspecto observado nesse processo de articulação, é o papel da enfermagem no programa. Isto porque este(a)s profissionais contribuem com a

prática da (o) agente ao atuar como intermediário entre o(a) agente , o serviço e os demais níveis de coordenação. De acordo com Solla et al. (1996, p.13)

" O instrutor/supervisor deve ser a pessoa de referência para a atuação do ACS, orientando as suas atividades; alguém que o forma, recicla, atualiza. Trata-se, enfim, de um profissional que, possuindo uma formação muito mais abrangente, é capaz de dar ao ACS segurança para o desenvolvimento das intervenções necessárias. Deve, também, ser o sujeito facilitador da integração do ACS com os serviços de saúde, o elemento orientador e coordenador das decisões importantes a serem tomadas pelo programa no nível municipal, adequando-o às características epidemiológicas e sócio-econômicas verificadas na população-alvo, indicando prioridades a serem assumidas."

Entretanto, a enfermeira desenvolve um trabalho mais burocrático, consolidando dados e/ou respondendo requisições da coordenação do que realizando visitas sistemáticas junto aos agentes. Isso é consequência da verticalização do Programa, que limita as iniciativas, contrapondo-se, assim, à proposta de reorganização do sistema.

Mesmo assim, o PACS através das ações desenvolvidas vem promovendo alterações, como melhora no registro das informações possibilitando, conseqüentemente, conhecer a realidade sobre o perfil epidemiológico da população. Desta forma, segundo Merhy; Franco (1999, p.28)

" O acolhimento ao usuário, através da escuta qualificada, o compromisso em resolver seu problema de saúde, a criatividade posta a serviço do outro e ainda, a capacidade de estabelecer vínculo, formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde, com potência para mudança do modelo e a produção do cuidado e da cura, visando à recuperação ou aos ganhos de autonomia dos usuários-indivíduos ou coletivos, bem como da proteção e defesa da sua vida. Os pequenos atos do cotidiano dão perfil novo à assistência, quando articulados entre trabalhadores e usuários, numa dada situação onde um e outro colocam-se como sujeitos de um mesmo processo, da produção da saúde."

A prática desenvolvida para promoção/prevenção da saúde é realizada pela (o) ACS. Esta é executada por ser um profissional desvinculado de uma categoria, não possuindo segurança e garantia de espaço no contexto social. Segundo Capella et al. (1988, p.166)

" A prática organizada de uma categoria é que garante e assegura o seu espaço na sociedade. Há, porém, necessidade de legislação que atenda aos interesses de uma profissão em todas as suas questões, sejam elas profissionais, trabalhistas ou de organização, para que esta prática seja legitimada em toda sua totalidade."

A(o)s agentes atuam como trabalhadores sem qualificação profissional, implementando práticas semelhantes e aproximadas da enfermagem. Esta situação gera polêmica, já que esta profissão, em sua história, vem absorvendo profissionais sem formação teórico-científica. A semelhança das atividades desenvolvidas com as tarefas domésticas de cuidado pode ser uma justificativa para estas situações, pois são atividades consideradas empíricas e de fácil assimilação, sendo possível de ser realizada por qualquer indivíduo (Martins, et al., 1996)

Esta realidade histórica contrapõem-se às lutas da categoria profissional de enfermagem em prol do reconhecimento e da valorização através da qualificação técnica. Sendo a situação da agente /do agente possível de ser comparada ao atendente, uma futura absorção retroageria nas conquistas obtidas, representando o retorno de pessoal sem formação. Entre as vitórias alcançadas, está a limitação da atuação dos atendentes. Até 1996, teria sua atuação limitada, a partir da Lei 7498, sancionada em 1986 (Bezerra; Guerra; Guedes, 1998).

A ciência de que a capacitação técnica é indispensável para qualquer atividade desenvolvida justifica mais uma vez a necessidade da formação do(a)s ACS. Tais profissionais são os primeiros a serem consultados sobre a assistência a ser prestada à família. A situação de serem residentes da área

colocam-nos na posição de articuladores em emergências, também, com o serviço. De acordo com Fernandes (1993, p.138)

" Devido ao fato destes profissionais morarem na comunidade, podem atuar também de forma decisiva em situações de emergência, dando os primeiros socorros e, eventualmente, executando procedimentos terapêuticos, quando não é possível a presença do médico. Para isto, é necessário, evidentemente, que tenha uma formação técnica adequada."

Deve-se destacar que as colocações apresentadas, em verdade, reconhecem o trabalho desenvolvido pela(o)s agentes comunitários e percebem as limitações do mesmo. A capacitação oferecida, atualmente, a estes ACS não substitui, em nenhuma hipótese, a formação teórico- prática da equipe de enfermagem. Destarte, as lutas trabalhistas deste(a)s profissionais precisam envolver, também, o requerimento do aperfeiçoamento profissionalizante. Diante do exposto, não é possível menosprezar a necessidade do fortalecimento destes profissionais, na obtenção de um lugar no processo de reorganização dos sistemas de saúde.

Estas correspondem a atividades básicas voltadas ao acompanhamento do desenvolvimento e crescimento das crianças e o estímulo à imunização; orientação à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal; controle de doenças diarreicas com distribuição de soro caseiro, e fiscalização de infecções respiratórias agudas. Além destas, controle de doenças infecto-contagiosas, crônico degenerativas e zoonoses; realização de palestras e atividades em prol da qualidade de vida (Barros et al. 1991).

Todas estas correspondem às ações programáticas, de cunho epidemiológico. Entretanto, a sua implementação ainda não conseguiu desfazer a supremacia do modelo médico- hegemônico. A proposta atual

reconhece que o problema está no processo de trabalho, mas não consegue resolvê-lo. Conseqüentemente, atua, produzindo procedimentos, ao invés do cuidado e da cura (Merhy; Franco, 1999).

A mulher é responsável por executar as práticas no domicílio. Esta, por desenvolver os serviços domésticos e ser sócio-histórico-culturalmente designada como cuidadora, nesta proposta, vivencia, também, relações de desigualdade de gênero. A dependência demorada para o desenvolvimento das crianças e a relação da capacidade reprodutiva com os cuidados com o meio privado e seus residentes, constitui-se numa designação feita pelo masculino, e também pelo cultural.

"... essa dependência física tão demorada é agravada pela absoluta necessidade de treinamento cultural sistemática para transformar o bebê num ser humano. Isso significa que, apesar de as mulheres muito raramente terem partos múltiplos, passam grande parte da vida adulta cuidando de mais de uma criança, de idades diferentes. Essas peculiaridades biológicas e culturais do processo reprodutivo dos seres humanos e o peso que elas representam para as mulheres certamente estabelecem condicionantes para a elaboração da divisão sexual do trabalho. E o fato de essa tarefa tender a ser atribuída basicamente às mães não pode ser visto como simples imposição masculina, mas constitui uma elaboração cultural que se constrói sobre tendências e características que a espécie humana compartilha com outros mamíferos e que são bem pronunciadas nos antropóides, nossos parentes mais próximos-dependência prolongada das crias em relação às mães." (Durham, 1983b, p.18)

A participação masculina não é desconsiderada, o entrosamento com a/o agente e a convicção do homem na transmissão das informações funciona como aspectos de avaliação da aceitabilidade do seu envolvimento na saúde da família. A percepção de que a saúde é uma responsabilidade de todos, homens e mulheres, é detectada na prática desenvolvida por ACS. Entretanto, o sexo masculino, apresenta-se ausente e ocioso na realização das atividades domésticas. A situação detectada por Corrêa em sua pesquisa (1991, p.189), assemelha-se ao loco estudado.

" Numa rápida visita aos bairros populares transparece a luta contínua das mulheres, enquanto os homens estão ausentes, quando não ociosos. Ao mesmo tempo, observa-se, nas camadas populares, a existência de uma rígida divisão sexual de papeis e de atividades..."

Outro aspecto é a percepção dos agentes homens de que ser de sexo diferente da informante-chave, não interfere nas práticas desenvolvidas. Para as agentes mulheres, esta condição é mais um elemento facilitador do desenvolvimento das atividades.

O processo saúde/doença do sexo feminino precisa ser concebido numa perspectiva de fenômeno social. Assim, conceber a mulher como trabalhadora de valores de uso e de troca corresponde a formar idéias sobre a saúde feminina numa expectativa cidadã, como elemento social, histórico e cultural capaz de mudar o contexto social.

"... a amplitude da compreensão da saúde da mulher subjaz às possibilidades de interpretação do seu processo saúde-doença enquanto fenômeno social. De um lado, enquanto saúde materna, saúde reprodutiva, "saúde feminina", o objeto do processo de trabalho em saúde tem por finalidade manter a capacidade reprodutiva da mulher para produção e reprodução dos corpos sociais (força de trabalho), quantitativamente dentro de limites que não atentem contra a ordem social instituída. Mesmo numa compreensão mais ampliada, que concebe a mulher enquanto trabalhadora, a finalidade ainda se reporta ao desempenho de sua função social como suporte para o sistema capitalista. Somente a concepção de saúde da mulher subjacente à visão de cidadania e de direitos sociais transforma em objeto o seu perfil de saúde-doença com a finalidade de torná-la cidadã, sujeito de transformação social." (Fonseca, 2000, p.14)

A situação encontrada é passível de mudança, especialmente, quando profissionais envolvidos manifestam reflexões sobre a condição feminina e a necessidade/possibilidade de envolvimento masculino no processo do cuidado. A transformação não envolve apenas as práticas realizadas por este contingente de trabalhadores. As políticas e ideologias que perpetuam a reprodução de uma concepção do sexo feminino como reprodutor de força de trabalho precisam ser revertidas.

O trabalho da agente, do agente é reconhecidamente útil, no processo de atendimento aos usuários. Todavia, apresenta limitações para lidar com a complexidade dos problemas que envolvem as famílias e seus membros, especialmente a mulher. Desta forma, reafirma-se a inquestionável necessidade de apoio de outros profissionais, na implementação das práticas por ACS. A partir disto, talvez seja possível promover mudanças na assistência prestada à mulher.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel, ROCHA, Semiramis Melani. **O Trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997, 296p.

ALMEIDA, Marisa Silva. **Sentimentos femininos : o significado do desmame precoce para as mulheres**. Salvador, 1996, 188f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem, na área de concentração de Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher) apresentada na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

ALVES, Zélia Maria Mebdes Biasoli. Relações familiares. In: **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v.8, n.2 , p.229-241, mai./ago. 1999.

AQUINO, Estela Maria Leão; et al.. Bahia. BERQUÓ, Elza S., CUNHA, Estela Maria G.P. da. **Morbidade e Mortalidade Feminina- 1979-1995**. Campinas: UNICAMP, 2000. p.41-57.

ARAÚJO, Maria Risoneide Negreiros et.al. Saúde da família: Cuidado no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n. especial, , dez. 2000, p.117-122.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Departamento de Vigilância da Saúde. **Plano Diretor para o Desenvolvimento da Saúde no Estado da Bahia**. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Dez/1998. 50p.

BAHIA. Site oficial da Secretaria Estadual de Saúde.<http://www.saude.ba.gov.br/int_acoes_prog.html> . Acesso em 18 de janeiro de 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa : Edições 70, 1979, 226p.

BARREIRA, Ieda de Alencar. **A enfermeira ananéri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose**. 335p. Tese de Doutorado em Enfermagem apresentada na Escola de Enfermagem Ana Nery- UFRJ, 1992.

BARROS, Stella Maria P. F. ; SILVA, Nair Fábio da. ; CHRISTÓFARO , Maria Auxiliadora C. Recursos Humanos De Saúde: Um Desafio Estratégico para a Qualidade da Assistência de Saúde e para a Organização do SUS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, jan/mar. 1991, p.7-9.

BESSA, Lucineide Frota. **Condições de Trabalho de Parteiras Tradicionais: algumas características no contexto domiciliar rural**. 186f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem, na área de concentração de Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher) apresentada na Escola de Enfermagem da UFBA, 1997.

BESSA, Lucineide Frota; FERREIRA, Silva Lúcia. **Mulheres e Parteiras- contribuindo ao estudo do trabalho feminino em contexto domiciliar rural**. Salvador: GRAFUFBA, 1999. 121p.

BEZERRA, Martins Marília et.al.. Atendente de enfermagem: por que? Até quando? **Revista brasileira de enfermagem**, v.51, n.1, p.77-92, jan./mar., 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações. **Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991,18p.

BRASIL. Site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística .
<<http://www.ibge.net/ibge/estatistica/população/censo2000/sinopse.php?tipo=21&paginaatual=1&uf=29&letra=S>> Acesso em 18 de janeiro de 2001.

BRASIL. Site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<<http://www.ibge.net/ibge/estatistica/população/censo2000/sinopse.php?tipo=22&paginaatual=1&uf=29&letra=S>>. Acesso em 18 de janeiro de 2001.

BRASIL. Site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística BRASIL. Site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística <ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_indicadores_Sociais_2000/>. Acesso em 18 de janeiro de 2001.

CAPELLA, Beatriz Beduschi et. al.. Profissionalização da enfermagem: uma necessidade social. In: **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, n.41, p. 161-168, abr./jun., 1988.

COHN, Amélia. Caminhos da Reforma Sanitária. **Lua Nova- Revista de Cultura e Política**. N.19, nov./1989. p.123-140.

COMBES, Daniele, HAUCAULT, Monique. Produção e reprodução: relações de sexos e d classes. In: KARTCHEVSKY-BULPORT, André et al. **O sexo do trabalho**. Rio de Janeiro: paz e Terra. 1986. p.23-43.

COORDENADORIA DE MULTIMÍDIA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR. Site oficial da Prefeitura Municipal de Salvador. Disponível em <<http://www.pms.ba.gov.br/indexN800.html>>. Acesso em 18 de janeiro de 2001.

CORRÊA, Sonia. Educação sanitária e ambiental: O papel da mulher e a responsabilidade dos agentes. In: Brasil. Instituto Brasileiro de Administração Municipal. **Mulher e políticas públicas**. Rio de Janeiro, 1991, p.181-208.

COSTA, Ana Maria. **O PAISM**: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada. 1992 (trabalho resultante de pesquisa subsidiada pela comissão de cidadania e reprodução), 67p.

CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. **Organização de Serviços de Assistência Domiciliária de Enfermagem**. 145p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) apresentada na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1991.

DE LOS RIOS, Rebecca. Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción. In: **Genero, mujer y salud**: en las américas. Editado por Elsa Gómez Gómez.- Washington, D.C. : OPS, 1993, p.3-18.

DURHAM, Eunice R. Família e reprodução humana. In: **Perspectivas antropológicas da mulher 3**. Rio de Janeiro: ZAHAR editores, 1983b, p.13-44.

DURHAM, Eunice Ribeiro. A Família e a Mulher. **Cadernos C.E.R.U.** n.18, p. 7-47. maio, 1983a.

FERNANDES, João Cláudio L. Agentes de saúde em comunidades urbanas. **Caderno de saúde pública**, v.8, n.2, p.134-139, abr/jun. 1993.

FERRARI, Mário, KALOUSTIAN, Sílvio Monoug. Introdução. In: KALOUSTIAN, Sílvio Monoug (org.). **Família Brasileira: a base de tudo**. São Paulo: Cortez, 1994, p. 11-15.

FERREIRA, Silva Lúcia. A Mulher e os Serviços Públicos de Saúde. In: ALMEIDA, Maria Cecília Puntel, ROCHA, Semiramis Melani. **O Trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.p.175-227

FERREIRA, Sílvia Lúcia et. al.. Opiniões de mulheres e homens a respeito da utilização dos métodos contraceptivos. **Texto contexto em enfermagem**. v.6, n.1, p.246-259, jan./abr. 1997.

FERREIRA, Sílvia Lúcia. **A Mulher e os Serviços Públicos de Saúde: Análise do processo de trabalho em unidades básicas de Salvador- Ba**. 207p. Tese apresentada no Programa de Doutorado Interunidades das Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo- USP, para obtenção do título de Doutora. 1994.

FERREIRA, Sílvia Lúcia; BESSA, Lucineide Frota. **Mulheres e Parteiras: contribuição ao estudo do trabalho feminino em contexto domiciliar rural**. Salvador, GRAUFBA, 1999,124p.

FONSÊCA, Maria Imaculada Ferreira da. Programa de Saúde da Família e o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde: estratégias de intervenção no Modelo Assistencial. In : Congresso Brasileiro de Enfermagem, 50, Salvador, 20-25 de setembro de 1998. **Anais...** Salvador : ABEN, 1998. p.398-399

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa de. Saúde pública, Saúde Coletiva e Saúde da Mulher: Reflexões para a prática generificada em saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador. v.13, n.1/2, abr/out 2000. p.7-14.

FUCS, Gilda Bacal. **Homem-Mulher: encontros e desencontros**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. p.26-29.1993.

GOMES, Romeu. A análise de dados da pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Sousa(org). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis-Rio de Janeiro, Vozes, 1994, p.67-80.

HEILBORN, Maria Luiza. Gênero e condição feminina: uma abordagem antropológica. In: **Mulher e políticas pública**. Rio de Janeiro. BRASIL. Instituto brasileiro de administração municipal: UNICEF, 1991, 23-37p.

LAURENTI, Ruy. Perfil Epidemiológico da saúde do Homem na região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero. In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 5, Águas de Lindóia. 25-29 de agosto de 1997. **Anais ... ABRASCO**, 1997, p.91-112.

LENHARD, Rudolf. Grupos Primários e Secundários. In: LENHARD, Rudolf. **Sociologia Geral**. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1971, p.107-112.

LOPES, Marta Julia Lopes. Divisão do Trabalho e relações sociais de sexo: pensando na realidade das trabalhadoras do cuidado. In: LOPES, Marta Julia Lopes, MEYER, Dagmar Estermann, WALDOW, Vera Regina. **Gênero e Saúde**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1996. p.55-75.

MARTINS, Cleide Lavieri et.al. Agentes comunitários nos serviços de saúde pública: Elementos para uma discussão. **Revista Saúde em Debate**, Londrina/PR, Junho, 1996, p.38-43.

MAZZA, Márcia Maria Porto Rossetto. A visita domiciliar como instrumento de assistência de saúde. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo. v.4, n.2, p.60-68, jul./dez., 1994.

MELO, Cristina. Enfermagem: teoria e prática para construir qual Sistema de Saúde? **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v.5, n.1. p.21-29, out./1992.

MELO, Cristina; ARAÚJO, Maria Jenny S. **A Nova Prática de Enfermagem no Sistema Único de Saúde**. Associação Brasileira de Enfermagem. Comissão Permanente de Serviço de Enfermagem. Série: Documento, n. 3, 1994, 13p.

MENDES, Eugênio Vilaça. As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a Construção da Hegemonia do Projeto Neoliberal. In; MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário- o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS**. Salvador: HUCITEC-ABRASCO, 1995. p. 19-85.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial**. Campinas. 1999,29p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza & SANCHES, Odécio. Quantitativo- Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**. n.9, v.3, p.239-48, jul./set. 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Fase de Trabalho de Campo. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo- Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1998. p. 105-196.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Famílias hoje: O começo da conversa. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.8, n.2, p.211-219, mai./ago.1999.

MISHIMA, Silvana Martins et. al. **Agentes Comunitários de Saúde: Bom Para o Ceará... Bom Para o Brasil?**. Saúde em Debate, n 37/ Dezembro, 1992, p.70-75.

MORAES, Maria Auxiladora Marciel de. **O legado histórico das mulheres provedoras de cuidado**. 1998. 193p. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade Federal de São Paulo.

NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. **Assistência de enfermagem na perspectiva de Gênero** - Concepções de mulheres em um centro de saúde/ Salvador-Ba. 2000. 223p. Tese de doutorado apresentada na Escola de Enfermagem Anna Néry da Universidade Estadual de Rio de Janeiro.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O Trabalho em Serviço de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário**. Projeto GERUS. Brasília. Ministério da Saúde, 1995. p. 241-244.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci. O Gênero na saúde: **Auto-determinação Reprodutiva das Mulheres**. Trabalho apresentado no XV reunião anual da associação Nacional de pós -graduação em ciências Sociais- Caxambú, Minas Gerais, 1991, p.1-13.

PAIM, Jairnilson Silva. A reorganização das práticas de saúde em Distritos Sanitários. In: MENDES, Eugênio Vilaça(org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995. p.187-200.

PEREIRA, Susan Martins. Atenção integral à saúde da mulher In: SILVA, Lígia Maria Vieira (org.). **Saúde Coletiva- Textos Didáticos**. Salvador: Centro Editorial da UFBA, 1994. p.203-211.

PINTO, Vitor Gomes. Serviços Básicos de Saúde: a experiência do PIASS. **A Saúde do Brasil**. n.1, v.2, p.74-80, abr./jun., 1983.

PIRES, Denise. O processo de trabalho em saúde- uma breve caracterização histórica. In: PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social- CUT; Annablume, 1998, p. 81-102.

PIZURKI, Helena et.al.. **La Contribucion de las Mujeres al Desarrollo Nacional de la Salud**.In:Funcion de las mujeres en la asistencia sanitaria. Organizacion Mundial de la Salud: Ginebra, 1988, p.11-27.

QUEIROZ, Vilma machado de.; EGRY, Emiko Yoshikawa. Modelo de plano de visita domiciliária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 1983, p.205-211.

SACCONI, Luís Antônio. **Nossa Gramática**- teoria e prática. São paulo: Atual, 1983. 430p.

SALVADOR. **Consolidado dos dados de outubro 2000- Zona de Informação-7** Secretaria de Assistência à Saúde/ COSAC- DATASUS, Secretaria Municipal de Saúde, Sistema de Informação de Atenção Básica.

SANTOS, Beatriz Regina Lara dos, et al.. O Processo de Construção de um Programa de Cuidado de Enfermagem Domiciliar. **Anais do 51 Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Florianópolis: ABEN, 1999. p.225-234.

SARDENBERG, Cecília M. B. E. A Família, como vai? Mudanças nos padrões de família e no papel da mulher. **Bahia Análise e Dados**. Salvador, v.7, n.2, p. 5-15. set. 1997.

SCHRAIBER, Lilia Blima.(org) et.al. **Programação em Saúde Hoje**. Editora hucitec, São Paulo, 1990,p.226.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. **As políticas de saúde**: o Brasil no contexto das reformas neoliberais. Conferência proferida no 52º . Congresso brasileiro de enfermagem em Recife, Pernambuco, outubro de 2000, p.1-10.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira et. al.. O PACS na Bahia: Avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. In: **Saúde em debate**, Londrina, PR, n.51, junho, 1996, p.4-15.

SOUSA, Vera Lúcia Costa. **A violência conjugal e sua influência na decisão da mulher pelo aborto**. 147f. Dissertação (Mestrado na Área de Concentração de Saúde da Mulher) apresentada na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. 2000

SOUZA, Vera Lúcia Costa; FERREIRA, Sílvia Lúcia. Influência da violência conjugal sobre a decisão de abortar. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.53, n.3, p.375-386 , jul./set. 2000.

TRAD, Leny Alves Bonfim, BASTOS, Ana Cecília de Souza. O Impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família(PSF): uma proposta de avaliação. **Caderno de Saúde Pública**. n.14, v.2, p.429-435. Abr./Jun., 1998.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.175p.

TYRRELL, Maria Antonieta Rubio; CARVALHO, Vilma de. **Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil**: impacto político social e inserção da enfermagem. Rio de Janeiro, 1993. 267p.

UNICEF, Programa de Agentes de Saúde do Ceará. Fortaleza, setembro, 1990.60p.

UNIMED. Home Vida - atualidade e futuro. **Revista Brasileira de Homecare**. Salvador. v.5, n.35. fev. 1998a. p.14.

UNIMED. Perspectiva da Assistência no Brasil. **Revista Brasileira de Homecare**. Salvador. v.4, n.40. ago. 1998b. p.12.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A priorização da família nas políticas de saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.23, n.53, p.6-19, set./dez. 1999.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

AGUIAR, Neuma. Introdução- para uma revisão das ciências humanas no Brasil desde a perspectiva das mulheres. In: AGUIAR, Neuma (org.). **Gênero e Ciências Humanas: desafio às ciências desde a perspectiva das mulheres.** Rio de Janeiro: Record- Rosa dos tempos, 1997. p.9-30.

ALTHOFF, Coleta Rinaldi. Dimensionando o espaço da família, no âmbito do público e do privado. **Cogitare Enfermagem.** Curitiba. V.1, n.2, p.35-38. Jul./dez. 1996.

ARIÈS, Philippe. **História Social da criança e da Família.** Tradução Dorá Flaksman. Rio de Janeiro: Guanabara/ Koogan. 1981, 279p.

BARBIERI, Teresita de. **Sobre a categoria gênero: uma introdução teórico-metodológica.** Tradução Antonia Lewinsky. Recife: S.O.S. corpo, setembro/1993. Traduzido de: Sobre la categori género. Una introduccio teórico metodológica. 19p.

BRAGA, José Carlos de Souza, PAULA, Sérgio Góes de. **Saúde e Previdência: estudos de Política Social.** São Paulo: HUCITEC, 1986.224p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. Resolução n.º 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Revista Bioética,** Rio de Janeiro, Conselho Federal de Medicina, v.4, p.15-25, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997, 36p.

BRUSCHINI ,Cristina , SARTI, Cynthia. Relações de Gênero. In: **Transa Legal,** São Paulo: ECOS, 1992. p.7-28.

CALÇADO, Jacqueline C. de Oliveira. O Profissional na Assistência Domiciliar. **Revista Brasileira de Homecare.** Salvador. v.5, n.35. fev. 1998. p.18.

CHIANCA, Tânia Couto Machado. O Sistema Único se Saúde: a proposta de viabilização e a inserção da enfermagem. **Revista Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, n.44, p.48-54, set. 1994.

DANIEL, Liliana Felcher. A Observação. In: DANIEL, Liliana Felcher. **A Enfermagem Planejada.** São Paulo: Cortez e Moraes. 1979. p.28-38.

DE LOS RIOS, Rebeca, GÓMEZ, Elsa. A mulher face à saúde e ao desenvolvimento- um enfoque alternativo. **3 Reunião Internacional sobre Atenção Primária de saúde.** Havana: OPS/OMS. 1991. p.3-19.

ELSEN, Ingrid. Desafios da Enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, Lydia Ignes Rossi (coord.). **Marcos para a prática de enfermagem com Famílias.** Florianópolis: Editora da UFSC. p. 61- 77. 1994.

- ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. São Paulo: Global, Tradução José Silveira Paes, 1984. 237p.
- GOLDBERG, Maria Amélia Azevedo et. Al.. Concepções sobre o papel da mulher no trabalho, na política e na família. **Caderno de pesquisa**, Fundação Carlos Chagas, n.15, p.86-124.
- GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. O Processo Tecnológico do Trabalho em Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**. N.º 4, p.97-102, 1991.
- GUEDES, M^a. Eunice Figueiredo. Gênero- o que é isso? **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**. N.º 1,2,3. 1995. ANO V.
- HORTALE, Virginia Alonso, PEDROZA, Manoela, ROSA, Maria Luiza Garcia. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1,p.231-239 , jan./mar. 2000.
- KERGOAT, Danièle. **Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho**. In: LOPES, Marta Julia Lopes, MEYER, Dagmar Estermann, WALDOW, Vera Regina. **Gênero e Saúde**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1996. p.76-105.
- LAURENTI, Rui. Mortalidade Materna no Brasil: Faltam dados e uma assistência digna. **Jornal da Redesaúde**. nº 15, p. 3-4, Maio, 1998.
- LIMA, Fernando Flexa de, CALÇADO, Jacqueline C. de Oliveira. Home Care- uma nova oportunidade para os profissionais de enfermagem. **Revista Brasileira de Homecare**. Salvador. v.4, n.40. ago. 1998. p.23.
- LLOBET, Carme Valls et al. **Cada vez vivimos más pero... vivimos mejor?** In: La revolución de las canas: reflexiones y experiencias sobre el envejecer de las mujeres. Org. Adriana gomés. V.4 Chile: Rede de Salud de las mujeres latinoamericanas y del caribe. 1999. p. 18-24.
- LUCHESE, Patrícia Tavares Ribeiro. **Avaliação da Gestão Descentralizada no SUS no Município**- uma proposta metodológica. 2000, 5p.
- LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. A análise de dados algumas questões relacionadas à objetividade e à validade nas abordagens qualitativas. In: LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. **Pesquisa em educação: Abordagens Qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.p.45-53.
- LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental. In: LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. **Pesquisa em educação: Abordagens Qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. p.25-44.
- LUTZ, Elvira, VERA, Gilda. **Climatério/ menopausia em la mitad de la vida: mantener la alegría de vivir**. In: La revolución de las canas: reflexiones y

experiencias sobre el enjener de las muieres. Org. Adriana gomés. V.4 Chile: Rede de Salud de las mujeres latinoamerecinas y del caribe. 1999. p. 64-73

MERHY, Emersom Elias. **O Capitalismo e a Saúde Pública**- a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo. Campinas: Papyrus, 1987. 134p.

MORIN, Edgar. A noção de sujeito. In: SCHNITMAN, Dora Fried (org.) **Novos paradigmas, ciltura e subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1996. Parte 1, Cap. 2, p.45-58.

MORIN, Edgar. Cumputo ergo sum (a noção de sujeito). In: MORIN, Edgar. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 1998. p.323-327.

NASCIMENTO, Enilda Rosendo do, FERREIRA, Silvia Lúcia. Desigualdades de Gênero: reflexões sobre saúde da mulher. In: COSTA, Ana Alice Alcantara, ALVES, Ivira Iracema Alves. **Ritos, Mitos e Fatos. Mulher e Gênero na Bahia**. Salvador: NEIM/UFBA, 1997. p.79-90.

NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. **Gênero e Enfermagem**. Salvador, Bahia, 1996.100p.

NUNES, Cristiane Abdon. **A Formação em Saúde Coletiva e as Práticas de Saúde em Programas Comunitários**. 137f. Dissertação(Mestrado em Saúde Comunitária) apresentada no Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, 1999.

OLIVEIRA, Jaime Antônio de Araújo, TEIXEIRA, Sônia M. Fluery. **(Im) previdência Social**- 60 anos de História do Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em saúde Coletiva, 1985. 360p.

ORGANIZACIÓN NO GUBERNAMENTAL DE DESAROLLO COLECTIVO MUJER, SALUD Y MEDICINA SOCIAL. **Manual Guía para la realización del Curso-Taller Salud de la Mujer, Calidad de la Atención y Género**. Chile: Ediciones LOM Ltda. 1996. 137p.

OSIS, Maria José Martins Duarte, PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Saúde Reprodutiva na América Latina. Rio de Janeiro, v.14 (supl. 1),pp. 25-32,1998 .

PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais In: SILVA, Lígia Maria Vieira (org.). **Saúde Coletiva- Textos Didáticos**. Salvador: Centro Editorial da UFBA, 1994.p.61-81.

PAIM, Jairnilson Silva. Determinantes da Situação de Saúde no Brasil. In: SILVA, Lígia Maria Vieira (org.). **Saúde Coletiva- Textos Didáticos**. Salvador: Centro Editorial da UFBA, 1994.p.47-59.

- PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista Saúde Pública**. N.º. 32, v. 4, p. 299-316. 1998.
- PEREIRA, Wilza Rocha; SILVA, Graciette Borges da. A Mulher, o Trabalho e a Enfermagem Profissional- Algumas reconsiderações sob a ótica do gênero. **Revista Texto e Contexto Enfermagem UFSC**. Florianópolis, v.6, n.º 1, p.18-32, jan./abr. 1997.
- PIMENTEL, Sílvia, PANDJIARJIAN, Valéria. Discriminar para não Discriminar. **Jornal da Redesaúde**. n.21, set. 2000, p.3-5.
- PINHEIRO, José Mendes. O SUS e o desafio neocorporativismo. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n.44, p.4-8, set. 1994.
- PINTO, Vitor Gomes. Serviços Básicos de Saúde: a experiência do PIASS. **A Saúde do Brasil**. n.1, v.2, p.74-80, abr./jun., 1983.
- PIRES, Denise. **Hegemonia Médica na Saúde e Enfermagem – Brasil 1500 a 1930**. São Paulo : Cortez, 1989.156p.
- RODRIGUES, Maria Socorro Pereira, LEOPARDI, Maria Tereza. **O método de análise de conteúdo**: Uma versão para enfermeiros. Fortaleza, Fundação Cearense de pesquisa e cultura, 1999, 118p.
- SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. Tradução Guacira Lopes Louro. **Revista Educação e Realidade**. Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, v.20, n.2, p.71-99, jul./dez.1995.
- SCOTT, Joan. Prefácio a Gender and Politics of History. **Cadernos Pagu**. N.3, 1994. p. 11-27.
- SILVA, Lígia Maria Vieira da; FORMIGLI, Vera Lúcia Almeida. **Avaliação em saúde**: limites e perspectivas. Salvador; Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva; 1993. 28 p.
- SOARES, Laura Tavares Ribeiro. **As Atuais Políticas De Saúde: O Brasil no Contexto das Reformas Neoliberais**. 52 Congresso Brasileiro de Enfermagem em Recife, Pernambuco, outubro de 2000, p.1-10.
- VERDERESE, Olga. **Análisis de la Enfermería em la América Latina**. 24p.
- VIANNA, Cláudia Pereira; LIMA, Miriam Morelli; RIDENTI, Sandra; PEGARARO, Thereza Chriatina. **O Uso Analítico do Gênero**: balanço crítico contemporâneos. s.d.

ANEXOS

Anexo- 6

Termo de Consentimento



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 TELEFAX: (0XX71) 332-4452- FONE: 245-8366 RAMAL: 354/355
 E-mail: pgenf@ufba.br

Salvador, de _____ de 2001

Prezado (a) Senhor (a) Agente Comunitário de Saúde,

Pelo presente, solicito sua participação, como sujeito, na coleta de dados da pesquisa " Práticas de Saúde da Mulher no Espaço Domiciliar: análise a partir de Agentes Comunitários de Saúde ". Este estudo busca analisar as práticas de saúde que estão sendo desenvolvidas pelas (os) ACS do Distrito Sanitário Docente Assistencial Barra/ Rio Vermelho voltadas para à Mulher no espaço domiciliar.

Sua participação será de forma consciente, livre e voluntária, constando de dois momentos. O primeiro de observação das atividades realizadas principalmente as voltadas à mulher, e o segundo, a realização de uma entrevista gravada. Devo destacar que não estou interessada em avaliar seu desempenho ou o Programa ao qual esta ligado (a). Comprometo-me a garantir sua privacidade, anonimato, sigilo no uso das informações obtidas e liberdade de aceitar sua saída em qualquer momento do processo de coleta de dados.

Desde de já agradeço a colaboração e afirmo o debate dos dados coletados com V.Sa., posteriormente, como também minha disponibilidade para o desenvolvendo atividades. Como obtenção de material útil a realização de seu trabalho.

Atenciosamente, _____

Aceito: _____

Anexo- 5

Roteiro de Entrevista

Universidade Federal da Bahia

Escola de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação- Mestrado

Pesquisa: Práticas de saúde da Mulher no Espaço Domiciliar: análise a partir de Agentes Comunitários de Saúde

Pesquisadoras: Patrícia Figueiredo Marques e Silvia Lúcia Ferreira

Data: ____/____/____

ROTEIRO DE ENTREVISTA- ACS

Identificação: _____

- 1- Fale-me sobre visita domiciliar.
- 2- Fale-me sobre as práticas de saúde dirigidas à mulher realizadas no domicílio?
- 3- Por que você se dirige mais à mulher para obter informações sobre os membros da família quando faz a visita?
- 4- Quando é o homem que responde as perguntas sobre à saúde da família, você considera estas informações viáveis ou retorna aquele domicílio para que sejam confirmadas por outra pessoa?
- 5- Para você, quais são as facilidades e dificuldades na utilização do domicílio como espaço das práticas de saúde do agente?
- 6- Como é feita a articulação entre as práticas de saúde no domicílio e o serviço de saúde?

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

- A quem a/o ACS se dirige para obter informações sobre a família.

- A quem é delegada a responsabilidade do cuidado.
- Informações dadas ao homem e a mulher no domicílio.
- Identificação das práticas desenvolvidas na visita.
- Detectar facilidades e dificuldades na utilização do domicílio, como espaço de práticas.
- Identificação de como se dá a articulação das práticas desenvolvidas no domicílio com o atendimento das Unidades de Saúde.

ROTEIRO AUXILIAR PARA ENTREVISTA

- 1- Importância; descrição, tempo gasto, atividades.
- 2- Descrição das práticas (cada um), modo como é feito, responsabilidade da mulher
- 3- Quem é está mulher identificada pelo ACS (caracterizando)
- 6- Encaminhamentos, marcação de consulta e cartões, garantia de atendimento pelo serviço.