



Aletheia

ISSN: 1413-0394

mscarlotto@ulbra.br

Universidade Luterana do Brasil

Brasil

Coin-Carvalho, João Eduardo; Federico Esposito, Fabiana Cristina  
Desafios nas ações de atenção primária: estudo sobre a instalação de programa de visitas  
domiciliares para mães adolescentes  
Aletheia, núm. 37, enero-abril, 2012, pp. 149-161  
Universidade Luterana do Brasil  
Canoas, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115026222009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



## **Desafios nas ações de atenção primária: estudo sobre a instalação de programa de visitas domiciliares para mães adolescentes**

**João Eduardo Coin-Carvalho  
Fabiana Cristina Federico Esposito**

**Resumo:** A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca se confirmar como intervenção emancipadora e transformadora dos sujeitos, consideradas a preocupação com o acolhimento e a especificidade da atenção, como no caso mães adolescentes. O objetivo deste trabalho foi estudar as condições para a implantação de um programa de visitadoras domiciliares para adolescentes puérperas em parceria com ESF. O trabalho teve como participantes 84 moradores e 15 profissionais de saúde, ao longo de 51 encontros e reuniões. Os resultados revelam mulheres e funcionários que se acusam mutuamente de “invasores”, confrontando duas perspectivas em relação ao lugar da ação de saúde: a “UBS”, marcada pelo controle técnico-institucional, e o “Posto”, patrimônio da comunidade. Concluímos que a formação específica de profissionais e estudos sobre as histórias das relações entre a comunidade e os serviços públicos são pontos de partida que profissionais e comunidade possam se reconhecer como parceiros das ações de saúde.

**Palavras-chave:** estratégia saúde da família, visitas domiciliares, maternidade adolescente.

### **Challenges in primary care actions: A study on the installation of a program of home visiting for teenage mothers**

**Abstract:** The Family Health Strategy intends to be a liberating and transforming action for social subjects, dealing with clients' reception and specific attention, as in the case of teenage mothers. The aim of this work was to study the conditions for conducting a home visiting program for adolescent mothers in partnership with a FHS team. The study participants were 84 residents and 15 health professionals, over 51 meetings and gatherings. The results reveal that women and health professionals accuse each other of “invaders”, comparing two approaches in relation to the place of a health action: the “Unidade Basica de Saude”, within a technical and institutional remark, and the “Posto”, a community heritage. We conclude that specific professional training must join studies about the history of relationships between community and public health services are a starting point to conduct professionals and community residents as partners of health actions.

**Keywords:** family healthcare strategy, home visiting, adolescent motherhood.

### **Desafíos en las acciones de atención primaria: un estudio sobre la instalación de un programa de visitas domiciliarias a madres adolescentes**

**Resumen:** La Estrategia Salud de la Familia busca una acción liberadora de los sujetos sociales, considerando la preocupación por la acogida y la especificidad de la atención, como en el caso de adolescentes madres. El objetivo de esta investigación fue estudiar las condiciones para la aplicación de un programa de visitas domiciliarias para adolescentes puérperas, en colaboración con equipo ESF. Los participantes del estudio fueron 84 moradoras y 15 profesionales de salud, durante 51 encuentros. Los resultados revelan que las mujeres y los empleados se acusan mutuamente de “invasores”, construyendo lugares para la acción sanitaria: la “UBS”, marcada

por el control técnico, y el “Posto”, patrimonio de la comunidad. Así, entendemos la importancia de unirse la formación profesional específica y lo estudio de las historias de relaciones entre la comunidad y los servicios públicos como punto de partida para que los profesionales y la comunidad pueden ser socios de las acciones de salud.

**Palabras clave:** estrategia salud de la familia, visita domiciliaria, maternidad adolescente.

---

## Introdução

As intervenções em saúde em sua dimensão coletiva consideram a assistência à saúde como uma interferência consciente pelo conjunto dos profissionais de saúde no processo saúde-doença de uma dada coletividade, objetivando o desenvolvimento de uma consciência crítica por parte dos usuários, para que estes se tornem sujeitos de suas próprias transformações. Essa consciência crítica é possível na medida em que são expostas as contradições da realidade, considerando também os pontos de vulnerabilidade e os momentos e formas de intervenção. A concepção teórica do Programa Saúde da Família (PSF) traz as potencialidades para se transformar em uma proposta de intervenção em saúde que busca essa atuação emancipadora e transformadora dos sujeitos e, ao optar pela instituição do acolhimento como um processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família, incrementa essa potencialidade inicial. (Francolli & Zoboli, 2004).

Dependendo da adesão dos gestores estaduais e municipais de saúde, o Programa vem se expandindo desde 1994 e, embora mostre resultados muito positivos nos indicadores de saúde e qualidade de vida das populações atendidas, exige que ainda se faça um grande esforço para sua implantação efetiva num maior número de municípios brasileiros. Avaliações realizadas e a percepção advinda do acompanhamento rotineiro do PSF indicam três grandes grupos de problemas para a sua implementação: os relacionados à dificuldade de substituir o modelo e a rede tradicional de atenção à saúde; os aspectos relacionados à inserção e desenvolvimento de recursos humanos; e o monitoramento efetivo do processo e resultados do PSF, incluindo os instrumentos e estratégias de sua avaliação. Ainda outro grupo de problemas está relacionado com a garantia da integralidade, considerada na dimensão da integração aos demais níveis de complexidade da rede de serviços de saúde. Dificuldades verificadas na implementação do PSF em municípios de pequeno e médio porte são potencialmente agravadas nas grandes cidades e metrópoles, considerando-se a existência de altos índices de exclusão do acesso aos serviços de saúde, agravos de saúde característicos dos grandes centros, oferta consolidada de uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída, predominância de modalidade tradicional de atendimento à demanda e de programas verticalizados sem estabelecimento de vínculos com a comunidade do entorno (Brasil, 2005). Junte-se a isto as condições e contradições no financiamento, e o distanciamento dos princípios norteadores da Reforma Sanitária em benefício de uma perspectiva expansionista e tecnicista (Cohn, 2009).

Pesquisas têm mostrado o desejo de meninos e meninas de também serem pais e mães (Carvalho, 2007). Apesar da literatura historicamente ter construído a gravidez e a maternidade na adolescência como um problema de saúde pública,

diversos trabalhos têm indicado como a gravidez/maternidade adolescente não produz apenas um problema na vida da adolescente, mas é, muitas vezes, motor para a melhora de vida, com investimentos nos estudos e no trabalho (Geronimus, 2003). As vantagens da maternidade são identificadas na melhora da qualidade de vida, como preenchendo um vazio, dando razão para viver, aumentando o sentimento de autoconfiança e construindo a sensação de pertencer de fato a uma família (Hoga, 2008). Na gravidez/maternidade várias adolescentes afirmam e demonstram um importante amadurecimento e a saída da vida de criança para encontrar-se mulher. A satisfação com a maternidade também está associada à rede de relações que a adolescente detém neste período e que inclui companheiro e familiares (Hoga, 2008). Os ganhos ou compensações que podem acompanhar a maternidade na adolescência ficam ameaçados em função das mudanças psicossociais encontradas nesta nova condição e que, via de regra, não são apoiadas entre pares, pelos pais/mães ou pelos serviços de saúde, no mais, pouco equipados para atenderem a esta clientela (Ferrari, Thomson e Melchior, 2008).

O atendimento às mães adolescentes passa por questões fundamentais, como no reconhecimento da importância do trabalho conjunto entre profissionais de saúde e famílias no entendimento; na função ativa da família no processo; nas demandas específicas dos adolescentes associadas à gravidez; na promoção do empoderamento das mulheres (Hoga, 2008). Outra questão é a da necessidade de se trabalhar com os jovens, interdisciplinarmente, e dentro de suas próprias condições. De fato, o trabalho com adolescentes de populações de baixa renda atendidas pelos serviços públicos de saúde (SUS/PSF) indica que há ainda há muito a ser construído de específico e apropriado, especialmente em relação ao pós-parto, demandando ação que incorpore as perspectivas dos próprios adolescentes e seus saberes (Ferrari, Thomson e Melchior, 2008).

A Visita Domiciliar tem se tornado um modelo popular de atendimento de saúde a famílias vulneráveis. Sujeitos a críticas pela suscetibilidade às características dos visitantes (Haynes-Lawrence, 2008), estes programas têm objetivos mais restritos e buscam populações-alvo específicas (Tandon, Mercer, Saylor e Duggan, 2008). No atendimento a mães adolescentes e pobres, por exemplo, este recurso tem contribuído para incrementar o cuidado com a criança, diminuir casos de negligência e abuso, e ainda diminuir gravidezes subsequentes e problemas com drogas. Utilizando voluntários, estes Programas, embora tradicionais, ainda não têm sido suficientemente avaliados quanto à sua efetividade (Barnet, Liu, Devoe, Alperovitz-Bichell e Duggan, 2007). Trabalhos sobre as visitas domiciliares durante o puerpério devem ser entendidos entre aqueles que buscam recursos teórico-metodológicos para ações de Promoção de Saúde. A centralidade da promoção na ação de saúde pública está associada, entre outros temas, à busca de responsabilidade compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. Isto exige a abertura e a manutenção de canais de contato entre estas diferentes instâncias, respeitadas as condições culturais, tradições e backgrounds de todos os indivíduos e grupos envolvidos nestas ações. Solicita também um esforço para a educação e a formação técnica, filosófica e política, aqui, de todos

os profissionais da área de saúde, da gestão e do campo, que devem estar preparados para alcançar metas que incluam, no caso brasileiro, o compromisso com o Sistema Único de Saúde (SUS), o encontro com a diferença e o reconhecimento de todos, usuários, gestores e profissionais, como pessoas numa perspectiva integral (Buss, 2000). A importância das visitas domiciliares como ações de promoção de saúde na vida de crianças e jovens pode ser verificada em trabalhos recentes que mostram como efeitos de longa duração de visitas domiciliares diferenças significativas para jovens de grupos vulneráveis que receberam visitas domiciliares, em relação à frequência ao pré-natal ou no envolvimento com a criminalidade (Eckenrode et al., 2010).

O objetivo deste trabalho foi estudar as condições para a implantação de um programa de visitadoras domiciliares voluntárias junto a uma população de mães adolescentes no período do puerpério, moradoras de uma comunidade de baixa renda da Zona Norte da Cidade de São Paulo, em parceria com Unidade Básica de Saúde da Família da região.

O trabalho é oportunidade para discutir as condições para a entrada efetiva do psicólogo nos serviços de saúde pública, especialmente no que diz respeito à Atenção Primária e à Promoção de Saúde, junto a equipes de PSF, considerando as condições institucionais e históricas dos serviços para ações interdisciplinares e o uso do conhecimento disponível dentro da própria comunidade.

### **Métodos e procedimentos**

O trabalho, realizado entre fevereiro de 2009 e dezembro de 2010, teve como participantes moradores da Vila Nova Tietê, uma das vilas do Complexo da Funerária que se utiliza da Unidade Básica de Saúde – UBS Parque Novo Mundo I e profissionais de saúde do equipamento. Participaram da pesquisa 79 mulheres que estiveram nas Rodas de Conversa na UBS, 5 mulheres, lideranças da comunidade, e 15 profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Os encontros com as equipes de campo e administrativas aconteceram sempre dentro da UBS, convocadas pelas respectivas chefias normalmente durante as reuniões de rotina das equipes. Os encontros com os moradores aconteceram dentro da comunidade, na igreja católica do bairro, na associação de moradores ou nas casas de moradores, sempre a convite dos pesquisadores. As Rodas de Saúde, grupos abertos e de participação espontânea, aconteceram semanalmente, com duração de três horas, entre outubro de 2009 e junho de 2010, na antessala da consulta pré-natal (PN). As interessadas eram convidadas a participar de uma “conversa com psicólogos”, apresentado o primeiro nome, idade e tempo gestacional. Todos os encontros, reuniões e Rodas com profissionais e moradores foram registrados e submetidos à análise de conteúdo, considerando as condições simbólicas e imaginárias que marcam instituição e comunidade (Castoriadis, 1986). O trabalho teve autorização formal da Gerência da UBS (PMSP – SPDM), da Organização Social (OS) responsável pela UBS e da Supervisão de Saúde Vila Maria-Vila Guilherme, tendo aprovação do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde – CEP/SMS (CAAE: 0160.0.162.000-09) e foi conduzido por um psicólogo e uma estudante de psicologia, bolsista de iniciação científica (PIBIC).

O Centro de Saúde do Parque Novo Mundo foi fundado em setembro de 1984. Em maio de 1985 foi instituído como UBS. O Programa Saúde da Família (PSF) teve início na comunidade em 2000. Atualmente há 5 equipes PSF constituídas pela formação mínima: um médico, um enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde na proporção de um para cada 150 famílias. Em novembro de 2009 a população de abrangência da UBS era de 33.400 moradores, enquanto a população cadastrada perfazia 20.677 moradores. As reuniões com as gestantes/mães participantes da pesquisa (a Roda de Mulheres) aconteceram na própria UBS.

### **Resultados e discussão**

Ao longo da pesquisa foram realizados e registrados 9 encontros com a comunidade, 12 reuniões e encontros com os dirigentes gerenciais e técnicos da UBS/PMSP, 9 reuniões e encontros com os profissionais da UBS e 21 encontros com gestantes e mães da comunidade. A partir de outubro de 2009, após a aprovação do CEP/SMS foi reiniciado um dos procedimentos de atenção e acompanhamento da comunidade que veio sendo desenvolvido na comunidade nos dois anos anteriores, a Roda de Mulheres (Carvalho et al., 2008). Os registros destes encontros e reuniões foram organizados de acordo com dois grandes conjuntos que pretendiam oferecer um entendimento das condições de instalação do programa de visitadoras a partir de dois polos que se apresentaram ao longo dos encontros: *as mulheres*, usuários da comunidade que foram ouvidas nas Rodas, e *os funcionários* administrativo-gerenciais e técnicos. Neste embate, surgem duas perspectivas em relação ao lugar da ação de saúde: a “UBS”, marcada pela burocracia e pelo controle técnico-institucional, e o “Posto”, patrimônio da comunidade reivindicado como território de acolhimento. A apresentação destas duas perspectivas vai sendo atravessada pelos relacionamentos entre os diferentes atores institucionais, pela história da UBS/Posto e pela nossa presença como ferramentas de análise destas condições.

#### **A história da investigação: parcerias, possibilidades, embates e resistências**

Desde o primeiro contato, as reuniões e discussões com a equipe da UBS e gestores já sugeriam que a implantação do serviço não seria fácil, exigindo cuidado e atenção às reivindicações e condições da parceria. De fato, esta condição inicial rendeu um semestre de intensas negociações entre o pesquisador, a UBS (gerência e profissionais), a Supervisão de Saúde e a Organização Social, entidade sem fins lucrativos responsável pelo gerenciamento do serviço, que culminaram com a liberação para submeter o trabalho para o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (CEPSMS) apenas no final de junho de 2009.

O contato com os profissionais da UBS só então pode ser retomado visando à realização da pesquisa, tratando diretamente com os “principais” protagonistas: população e profissionais. Nestes contatos foi possível confirmar a importância do trabalho com as puérperas e, mais especialmente, com as mães adolescentes. A comunidade se mostrou surpreendentemente solidária com a proposta de trabalho

com voluntárias, reforçando um entendimento de que esta estratégia de promoção comunitária de saúde pode mesmo ser eficiente. Ao mesmo tempo, convivemos com uma desconfiança insistente na instituição por parte da equipe de profissionais, que nos tomaram como “invasores” de um terreno que já possuía proprietários.

### **As mulheres nas Rodas: demanda por falar o que não pode ser tratado**

As Rodas de Mulheres ofereceram a oportunidade de, literalmente, ficarmos no meio do caminho, sendo vistos por usuários e trabalhadores da UBS. Como estratégia de aproximação da equipe de pesquisadores, o contato com as gestantes e acompanhantes permitiu também nos familiarizarmos com as demandas e as rotinas das equipes e nos aproximarmos dos usuários. Chamou a atenção a franqueza com a qual apareceram nestes encontros referências sobre os modelos de pai, mãe e de grávida, quase sempre implícitas, por exemplo, em questões sobre a amamentação ser ou não suficiente, as demandas de atenção e cuidado, ou sobre a alimentação da grávida: A. (25a), por exemplo, acha que a amamentação materna não é tão importante, “no Norte mamam direto leite de vaca e não morrem” (sic). Foi notável a condição de isolamento das mulheres que afirmavam não ter com quem conversar, especialmente agora durante a gravidez. N. (18a), inteligente, falante, cheia de potencialidades, contava como conversava com o cachorro e com o tomateiro (a planta) quando o marido não estava em casa. E acrescentava que o marido, quando em casa, pedia que ela “não falasse durante o filme na TV” (sic).

As mulheres grávidas da comunidade mal se conhecem mesmo morando na mesma rua. Surpreendente é que, mesmo quando se conhecem, quase não trocam experiências sobre esta condição e muitas acabam descobrindo as grávidas da vizinhança nas consultas de pré-natal, o que sugere a gravidez como experiência privada que se ajusta bem ao aconchego e sossego do lar. Pode-se pensar que ficar em casa é também mais seguro em função da violência presente na comunidade, ou que, simplesmente, não é adequado sair de casa para visitar vizinhas e vice-versa. Amigas de muitos anos, duas delas só se visitaram em casa uma única vez neste período. Já o modelo de sociabilidade dos homens, segundo elas, é bastante diferente, o que elas chamam de “rueiro”. Eles não estão nas casas uns dos outros, mas têm espaços de convivência comum, como os bares e os jogos de futebol. Lá todos se encontram, todos os homens se conhecem.

Estas observações são importantes para se considerar a importância de espaços de encontro e sociabilidade entre as mulheres da comunidade, que ainda são raros, e que dizem das dificuldades que a implantação de programas de visitação encontram. Rodas de Mulheres fora do espaço do pré-natal ganham importância estratégica em meio a uma cultura patriarcal que pretende o modelo de Maria, a mulher em casa, mãe, controlada (DeSouza, Baldwin e Da Rosa, 2000).

A restrição ao movimento e à sociabilidade também se dá em relação ao trato de temas específicos. Segundo as falas das gestantes acompanhadas nas Rodas, a proporção de abortos se aproxima dos números da literatura (Cecatti, Guerra, Souza & Menezes, 2010), reforçando o entendimento da gravidade desta questão entre as mulheres da

comunidade. A gravidade deste quadro, considerada a diferença entre o que de fato acontece e o que é relatado, num contexto de ação de saúde pautado pela contagem documentada e que tem propositalmente desconsiderado o que significa o aborto para a mulher, como ela o entende e o pratica, indica uma ação frágil e deficiente no trato das questões ligadas ao planejamento familiar (Menezes & Aquino, 2009). Assim, não é possível estudar e entender a dinâmica pessoal e social envolvida na prática do aborto sem considerar as condições de desigualdade e exclusão social nas quais vivem as mulheres brasileiras, especialmente as mais jovens. Inclua-se aqui, além disso, a ditadura de gênero a qual estão submetidas. O trabalho com grupos na comunidade busca criar estratégias para ampliação das vozes – dos discursos – presentes na comunidade (mulheres, adolescentes, homens jovens, velhos – faixa etária e gênero) e o próprio discurso da comunidade. Para isso, é necessário combater a hegemonia do discurso masculino patriarcal e opressor e instituir espaços de encontro das diferenças. Diferentes situações enfrentadas durante as Rodas indicam que as grávidas poderiam ter tido alguma atenção em função do que passaram – fosse pelo médico, pela equipe do PSF, pelo psicólogo do posto, num grupo de atenção à gravidez/parto/puerpério ou – quem sabe? – por um grupo de voluntários que visitaria estas mulheres em casa a partir de indicação ou pedido, como pretendíamos implantar. As mulheres poderiam ser acompanhadas por estes dispositivos grupais e comunitários dos quais estamos tratando nesta pesquisa. Aqui, amigas, familiares ou os próprios médicos poderiam fazer a indicação destes serviços.

Finalmente, um elemento importante nesta investigação, diretamente ligado à justificativa do projeto, foi a insistência das mulheres quanto a afirmarem que estão mais sensíveis, nervosas, preocupadas. Mas quando perguntamos se tratam isto com os médicos/enfermeiros dizem que não. Por quê? Não há tempo? Não se sentem à vontade? Não há disponibilidade do profissional? Como entender isto tendo em vista que nas Rodas tratam de temas difíceis, fazem perguntas e confissões, tudo isto bem no meio do corredor? A culpa e o estigma que elas carregam (pobres e grávidas) parecem impedir esta maior interação com a equipe de saúde. E fora dali, na porta do consultório, no meio do corredor, elas dizem: “os médicos não têm tempo de conversar sobre outras coisas” (F., 28a). O que se fala fora da sala do médico/enfermeira, sem maior esforço dos psicólogos, é diferente. Queixas, dificuldades e medos parecem não entrar nos consultórios, mas podem, literalmente, ser ouvidos nos corredores por quem quiser ouvir. Some-se a isto a referência à demora para começar o PN e a necessidade de “convocação”, feita pelo ACS. Ainda que esta situação deva ser melhor investigada, pode confirmar a falta de confiança e reconhecimento do trabalho realizado na UBS: a comunidade vai desconfiando de sua competência para tratar das questões mais delicadas, ser mais atencioso e acolhedor com estas mulheres. Neste sentido, o trabalho que estamos considerando poderia ter esta função de mediação entre profissionais de saúde e comunidade, empoderamento desta e reassseguramento daqueles, levando-os a ocupar uma posição de respeito e autoridade (de saúde) na comunidade. A resposta a esta pergunta poderia auxiliar a compreender o lugar da UBS junto à comunidade e as condições para implantar um programa de Mulheres Visitadoras.

## Os invasores: reflexos da história desta instituição

O resultado do contato com as mulheres através das Rodas, conduzido ao longo de oito meses, foi bastante esclarecedor quanto às possibilidades, implicações e vantagens que um programa de visitação específico para as gestantes, especialmente as adolescentes, poderia oferecer. Ainda assim, sua realização em parceria com a UBS se mostrou, neste momento inaplicável. Como entender isto?

A direção da UBS ofereceu inicialmente suporte e apoio para o trabalho, embora a posição da gerente neste momento fosse frágil, dado o histórico de conflitos com a comunidade e mesmo com os funcionários da UBS. A apresentação inicial para as equipes teve apoio entusiasmado dos médicos, algum desconforto por parte das enfermeiras e desconfiança do lado dos agentes comunitários, o que exigiu atenção especial no contato com estes trabalhadores no sentido de garantir que não pretendíamos interferir nas suas rotinas, que o trabalho que viríamos a desenvolver não substituiria suas práticas e responsabilidades e que qualquer ação realizada junto aos moradores demandaria necessariamente a parceria e participação destes trabalhadores.

A equipe do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) também mostrou interesse sobre o que pretendíamos fazer, mas a história de sua entrada na UBS propiciou elementos que podem ajudar a esclarecer nosso próprio lugar ali. Depois de um ano de trabalho na comunidade, a ainda pouca inserção da equipe mostrava uma relação conflituosa com os ACS, que negociavam seu valor/importância mediando o contato com a comunidade. Esta situação impedia que os técnicos se aproximassem de fato do território, conhecendo os líderes e se articulando para realizar e/ou orientar o trabalho de saúde. A equipe escapava do confronto montando serviços para as franjas da região de abrangência da UBS, procurando estabelecer seus próprios caminhos para as lideranças e demandas da comunidade, procurando literalmente penetrar no território, como numa invasão, aqui tanto espacial como simbólica.

A ideia de uma invasão aqui tem história. O “Posto da comunidade”, resultado de mobilização dos moradores, foi, durante a instalação do PSF, gradualmente ocupado por diferentes profissionais que vieram requerer seu “quinhão”. Os primeiros funcionários a chegar foram os ACS (agosto de 1999). Depois as enfermeiras e os médicos (dezembro de 1999). Segundo os relatos dos moradores, também os funcionários do posto (que já funcionava desde 1984) já àquela época reagiram a esta chegada (“invasores”). Ainda hoje escutamos que a comunidade gosta do Posto, “ele é da comunidade” (N., moradora), mas não necessariamente das equipes/funcionários, proporcionando um entendimento que confunde a ação de saúde com o prédio. Se o Posto não é só o prédio, vale pensar que esta representação por parte da população também é uma construção sustentada pelas próprias dificuldades que o estado tem para instalar o SUS da Reforma Sanitária, para escapar do modelo tradicional e hospitalocêntrico e contrapor a mera presença do equipamento público (o acesso) à participação social. (Cohn, 2009). Palavras-chave na história do Posto: desconfiança e invasão.

A desconfiança da comunidade em relação aos “funcionários invasores” pode ser percebida também nas queixas que recaem sobre as ACS que, via de regra, (há exceções) são acusadas de se bandear para o outro lado e ficam assim contaminadas por esta presença

estrangeira: “Até a S. está assim. Ela mudou.” (L., moradora). As razões oferecidas pelos moradores e que explicam esta passagem (para se qualificar socialmente; para manter o emprego; para ganhar a simpatia e o reconhecimento de médicos, enfermeiras, da gerência) mostram como os próprios moradores podem ocupar o lugar de invasores neste cenário.

Os primeiros tempos da história de instalação do Posto compreendem uma relação muito diferente daquela que atualmente sustenta o trabalho de saúde aqui. Segundo os moradores, ações que fazem uma enorme falta hoje, como um grupo que conversava sobre drogas, violência e sexualidade, já foram desempenhadas por funcionários do Posto. O que aconteceu ali? A história de atenção e cuidado com a comunidade foi literalmente apagada.

Neste contexto, a presença do ACS, morador e profissional de saúde, poderia ser a possibilidade de ultrapassagem deste lugar marcado pela alcunha de “invasor”, na medida em que recuperasse a posse do Posto. O caminho necessário é o da preparação técnica e social destes profissionais. No entanto, as queixas e histórias de discriminação dos moradores da comunidade pelos profissionais de saúde, inclusive os ACS, são extensas e frequentes, sem que isto seja tratado, ao que tudo indica, na formação dos funcionários. De fato, desde a própria estrutura de cargos pode-se verificar a dificuldade para transformar esta condição do ACS. Sua possibilidade de progressão profissional é muito reduzida, incentivando que o ACS almeje um cargo administrativo, isto é, deixar de ser ACS, o que o afasta da demanda de melhor preparo para esta primeira função que é vista quase sempre como “provisória”, marcando sua precarização e diminuindo o valor específico e essencial da sua inserção na comunidade (Schmidt & Neves, 2010).

Desta forma, a ação de saúde produzida pela UBS vai ser entendida fora do contexto da saúde: os funcionários não podem ser parceiros nem cuidadores, mas submetem-se a prestar um serviço que não os agrada, que não tem o apelo da ação de saúde, atenção e cuidado. É apenas trabalho, e trabalho pesado, insalubre. Isto produz sofrimento nos próprios funcionários. A situação é paradoxal. A condição de exclusão e de pária da comunidade, que produz e sustenta humilhação e sofrimento social é ela própria produtora e sustentadora de sofrimento entre os funcionários, o que mantém sua ação de saúde como obrigação, ação descompromissada e sem cuidado: o resultado é o sofrimento da comunidade. Mecanismo perverso de sustentação de sofrimento, fruto de ação que não nasce com os atores envolvidos ali, mas é resultado de um enredo produzido historicamente, de uma cultura que nasce em outro tempo mas que se atualiza aqui na instituição na medida em que ela é esvaziada de história e afastada da clientela. Agora, enquanto sofrimento, ela está nos corpos (Das, 1997).

O saber do ACS, porque não há dúvida que ele como membro da comunidade também tem algo a ensinar, não é só sobre a violência da comunidade, que entra como moeda de troca assim que chegam novos visitantes/invasores. Há este saber que é um patrimônio: “aqui é minha área, aqui eu sei lidar como violência. Aqui eu sei... e você precisa de mim”. Exagerar isto é, desta forma, dar valor para a função do ACS; mas de tal maneira que não vai se encontrar sua efetiva função como mediador da ação de saúde. O potencial de trabalho do ACS fica comprometido em relação àquele que pode ser alcançado por este profissional. A presença dos ACS na equipe do PSF não

alcança a autonomia criativa que poderia ser modelo para ações de atenção domiciliar e ele assume a função de um subprofissional nas equipes, alimentado com pouco conhecimento e formação técnica. Convocado a ser meramente um instrumento da ação de saúde curativa tradicional, ele vai entender o usuário não como parceiro mas muitas vezes como um “obstáculo” à ação de saúde corretiva e salvadora, vendo a oposição e o confronto da população como ação subversiva e destruidora. Neste momento, é a população que ocupa o lugar do invasor.

Assim, como se pôde ver no período da pesquisa, a solução para o confronto não poderia ser outra senão a força policial ou institucional – de desqualificação dos saberes, da comunidade e dos moradores vistos como seus representantes: ao menos duas vezes, as reivindicações da comunidade feitas na porta da UBS foram acompanhadas da convocação da Polícia Militar.

As dificuldades para a preparação da ação voluntária, proposta que incluiria necessariamente a participação das ACS (algo visto inicialmente com interesse pela própria direção da OS), dão o tom da falta de importância para este quesito, especialmente quando se percebe que não há, de fato, espaços para tratar sistematicamente de questões de formação técnica e muito menos das condições de relacionamento com a comunidade, requisitos necessários para ação de saúde (São Paulo, 2008). Tomando as dificuldades no contato com a equipe da UBS é possível perceber como este relacionamento exige disponibilidade, convida para o enfrentamento, enreda o projeto, numa armadilha em que nos colocamos, mesmo não sendo funcionários, a serviço da burocracia e dos limites enfrentados pelos próprios funcionários. Neste sentido, a comunidade é gradualmente posta em segundo plano, não é o alvo prioritário da ação, fica a reboque do que se puder oferecer a ela. É possível vê-la assim como um “empecilho”, pois o trato com as questões institucionais, os conflitos entre diferentes profissionais, o difícil gerenciamento do serviço público por entidade de “excelência técnica”, mas estranha à cultura e à realidade do serviço público, exige disponibilidade e esforço que colocam os usuários, sintomaticamente numa inversão de posições, como estrangeiros à instituição. Eles, usuários, neste caso também, são os invasores.

Nossa presença ali não foi suficientemente desafiadora para provocar mudanças, tensionar a instituição. Mas suficiente para incomodar e demandar o controle sobre nossas ações. Assim, nós também viemos participar desta dinâmica – a do confronto de saberes e funções (quem está autorizado a fazer o que?) que ganha força na própria história da UBS, uma história de “invasões”. A solução deste confronto não é simples e direta e não pode evitar a negociação entre as posições que os diferentes atores ocupam neste cenário – o gerente da UBS, o médico, os funcionários, a comunidade, os líderes, as mães, os maridos – assim também com outros elementos que atravessam estas relações, como a miséria e o sofrimento social, a humilhação e a história.

Depois de avaliar a própria viabilidade das visitadoras, consideramos a possibilidade do treinamento ser “em campo”, junto com um psicólogo. A solução que encontramos a partir do que foi discutido acima foi a realização do trabalho piloto de visitação pelos próprios pesquisadores. Este movimento deve ser entendido dentro da situação paradoxal de termos cerceada a possibilidade de trabalho com a equipe ao mesmo tempo em que somos solicitados pela própria equipe para a realização

de visitas, o que se repete várias vezes durante a pesquisa. A oferta de acompanhar as mães adolescentes é vista, ao que parece, como possibilidade de dar conta de questões que não são tratadas nos atendimentos e mesmo nas visitas das ACS, mas que são importantes para a atenção que deve ser dada a esta população. A demanda pelo atendimento “especializado”, neste caso, do psicólogo, denuncia a falta de especialização técnica das ACS e do apoio matricial que deveria ser dado pela equipe do NASF. Esta passagem de pesquisador para “funcionário informal” da Unidade pode ser entendida dentro da lógica da nossa incorporação na Unidade, quando deixamos de ser “visita” para sermos profissionais dentro do serviço – com todas as consequências que esta inserção institucional implica. Quando isto acontece, nossa presença passa a outros patamares da desconfiança pelos próprios profissionais, embora pareça ser a senha para se poder realizar qualquer ação junto à comunidade com o aval da Unidade. Uma lógica denunciada pelo reconhecimento que recebemos em outras circunstâncias, percebido pelos profissionais sobre o trabalho que temos desempenhado junto à Unidade e à comunidade. A aproximação do serviço, do campo, se é uma exigência para este trabalho, parece ser também sua danação, quando se passa de funcionário a invasor.

### **Conclusões**

A entrada neste cenário como mais um ator, mesmo no caso específico da atenção no puerpério, exige conhecer a história do serviço, a história das relações entre o Posto e a comunidade e as histórias dos próprios moradores. Demanda também tratar de saberes e tecnologias. Sejamos nós, sejam os profissionais de saúde do PSF envolvidos nesta transferência, a negociação nem pode deixar de ser realizada nem pode deixar de fora os aspectos sociais, culturais-comunitários e subjetivos envolvidos no confronto de saberes. As dificuldades na introdução de novos serviços, na participação na integração efetiva posto-comunidade, posição que sustentou nossa estratégia desde o início, revelaram menos da oportunidade e importância do trabalho com gestantes e mães e mais das barreiras quanto a essa aproximação entre trabalhadores e comunidade, UBS e Posto.

Neste sentido, compreendemos que a implantação de quaisquer serviços demandam ações em duas frentes distintas e em paralelo. Numa delas, a participação na formação de profissionais para a especificidade das ações. Na outra, estudos sobre as práticas de saúde e relações entre a comunidade e os serviços públicos, suas dimensões simbólicas e imaginárias, como ponto de partida para a proposição e a sustentação dos serviços. A convergência destes dois movimentos se dará na medida em que profissionais e comunidade possam se encontrar e se reconhecer como parceiros para ações de saúde.

### **Referências**

Barnet, B., Liu, J., Devoe, M., Alperovitz-Bichell, K., & Duggan, A. K. (2007). Home visiting for adolescent mothers: effects on parenting, maternal life course, and primary care linkage. *Annals of Family Medicine*, 5(3), 224-232.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2004). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. (2005). *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. (2ª ed.) Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.
- Carvalho, J. E. C. (2007). How can a child be a mother? Discourse on teenage pregnancy in a Brazilian favela. *Culture, Health and Society*, 9(2), 109-120.
- Carvalho, J. E. C., Ioue, S. K., Salomão, T. C. S., Almeida, Y. N., & Gomes, E. (2008). Roda de Mulheres: ação de saúde e construção de projetos coletivos na Estratégia Saúde da Família. [Resumo]. *Anais da III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família*. Brasília, 2008. Recuperado em [http://dab.saude.gov.br/evento/mostra/mostra\\_login.php?folder=3](http://dab.saude.gov.br/evento/mostra/mostra_login.php?folder=3)
- Castoriadis, C. (1986). *A instituição imaginária da sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Cecatti, J. G., Guerra, G. V. Q. L., Sousa, M. H., & Menezes, G. M. (2010). Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 32(3), 105-111,
- Cohn, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. (2009). *Cadernos de Saúde Pública*, 25(7), 1614-1619.
- Das, V. (1997) Language and body: transactions in the construction of pain In Kleinman, A., Das, V., & Lock, M. (Eds.) *Social suffering*. (pp. 67-91). Berkeley: University of California Press.
- DeSouza, E., Baldwin, J. R., & Da Rosa, F. H. (2000) A construção social dos papéis sexuais femininos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(3), 485-496.
- Eckenrode, J., Campa, M., Luckey, D. W., Henderson Jr, C. R., Cole, R., Kitzman, H., Anson, E., Sidora-Arcoleo, K., & Powers, J. O. D. (2010). Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths: 19-year follow-up of a randomized trial. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 164, 9-15.
- Fracolli, L. A. & Zoboli, E. L. C. P. (2004). Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem*, 38, 143-151.
- Ferrari, R. A. P., Thomson, Z., & Melchior, R. (2008). Adolescence: actions and perceptions of doctors and nurses within the Family Healthcare Program. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 12(25), 387-400.
- Geronimus, A. (2003). Damned if you do: culture, identity, privilege, and teenage childbearing in the United States. *Social Science & Medicine*, 57, 881-893.
- Haynes-Lawrence, D. (2008). Home visitors' perceptions of teen mothers: Using qualitative research to explore labeling theory. *Children and Youth Services Review*, 30(12), 1386-1394.
- Hoga, L. A. K. (2008). Adolescent maternity in a low income community: experiences revealed by oral history. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 16(2), 280-286.

- Menezes, G. & Aquino, S. M. N. (2009). Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. Em M. I. B. Rocha, & R. M Barbosa (Orgs.). *Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos*. (pp. 118-154). Campinas: Núcleo de Estudos de População – NEPO-UNICAMP.
- São Paulo. Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. (2008). *Instrumento normativo para monitoramento técnico, administrativo e financeiro dos convênios da estratégia saúde da família no âmbito do município de São Paulo*. São Paulo: SMS.
- Schmidt, M. L. S. & Neves, T. S. F. (2010). O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 13(2), 225-240.
- Tandon, S. D., Mercer, C. D., Saylor, E. L., & Duggan, A. K. (2008). Paraprofessional home visitors' perspectives on addressing poor mental health, substance abuse, and domestic violence: a qualitative study. *Early Childhood Research Quarterly*, 23(3), 419-428.

---

Recebido em julho de 2012

Aceito em dezembro de 2012

---

**João Eduardo Coin-Carvalho** – Doutor em Psicologia, Professor e Pesquisador do Curso de Psicologia da Universidade Paulista (São Paulo).

**Fabiana Cristina Federico Esposito** – Psicóloga, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Medicina Translacional da Universidade Federal de São Paulo.

**Endereço para contato:** joaocoin@yahoo.com