2. O agente comunitário de Saúde

uma identidade em construção

Joana Azevedo da Silva
Ana Sílvia Whitaker Dalmaso

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SILVA, J.A., and DALMASO, A.S.W. O agente comunitário de Saúde: uma identidade em construção. In: *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, pp. 75-113. ISBN: 978-85-7541-613-6. Available from: doi: [10.7476/9788575416136.0004](https://doi.org/10.7476/9788575416136.0004). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/yw7ns/epub/silva-9788575416136.epub>

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

2

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UMA IDENTIDADE EM CONSTRUÇÃO

AS TEORIAS

Para caracterizar o agente comunitário de saúde que atua em área metropolitana e discutir as especificidades e analogias em relação ao perfil de agentes de saúde de propostas que, em determinados momentos históricos, foram implantadas no Brasil, lançou-se mão da apresentação e discussão, no capítulo anterior, de políticas de saúde, do seu contexto de proposição e de realização, da conformação e organização das respectivas modalidades de atenção, de sua inserção nos sistemas de saúde e da expectativa de participação de pessoal auxiliar de saúde na realização dos objetivos dessas políticas. Também, no interior dessas propostas, identificaram-se aspectos que conformavam o perfil profissional do agente de saúde, enquanto inserido em contextos específicos.

Apresenta-se, aqui, a apreensão das dimensões envolvidas na construção da identidade ocupacional-social do agente de saúde através de discussão de quatro blocos temáticos. O primeiro refere-se à profissão, especialmente na sua relação com o saber, e à regulamentação das profissões. O segundo diz respeito à relação entre identidade e organização do trabalho, distinguindo-se o pólo mais burocrático e o mais profissional, conformados na dependência das regras mais ou menos bem definidas pela instituição e do respaldo social do trabalho. No terceiro bloco, destaca-se a identidade no pertencer a um grupo, que define os que estão dentro e os que estão fora dele, buscando-se identificar as condições que determinam a coesão e, por oposição, a sua diferenciação de outro. No quarto e último bloco, analisam-se as características das modalidades assistenciais dominantes na área da saúde e as respectivas funções previstas para os profissionais. Mais uma vez, a organização do serviço contribuindo para a conformação da identidade ocupacional-social, não só pela definição das regras, mas pela relação estabelecida pelos profissionais com os indivíduos e os grupos sociais.

Procurou-se caracterizar, para cada uma das abordagens e dimensões referidas, a existência de tipologias identificáveis, quais seriam as combinações possíveis entre essas dimensões. Em outros termos, buscou-se identificar quais as condições que favorecem a emergência de um determinado perfil ocupacional/profissional como o do agente comunitário de saúde e do seu rol de competências/responsabilidades, seus limites e possibilidades de atuação, suas necessidades.

PROFISSÃO, PROFISSIONAIS E PROFISSIONALISMO, A REGULAMENTAÇÃO DAS PROFISSÕES

Quando se pensa em profissão, em profissional, surge logo a idéia do saber para a prática como categoria privilegiada e na participação de vários sujeitos na conformação do trabalho, na divisão e na complementaridade dos atos. A apreensão concreta das dimensões do desempenho do agente de saúde, bem como das ações e das interações que integram o seu desempenho e conformam o seu perfil, foi feita tendo por base modalidades de organização da oferta de serviços.

Uma abordagem também suscitada pela discussão da identidade profissional refere-se a aspectos envolvidos com o surgimento e a legitimação das profissões nas sociedades. Nas sociedades atuais, a existência de uma determinada organização profissional interfere muito na forma pela qual as equipes se organizam e dividem o seu trabalho. Com relação a este aspecto específico, partiu-se da premissa que, em sociedades mais estruturadas, caracterizadas por um sistema de saúde mais complexo, por uma organização profissional estruturada, por um mercado de trabalho já regulamentado, a presença/inserção de um trabalhador de saúde, sem uma referendada qualificação profissional, obedecia a determinados limites em termos de perfil, competências e organização tecnológica do trabalho. No caso específico do agente de saúde, historicamente, como se viu, sempre ocorreu uma disputa em termos de jurisdição, de espaço de atuação com o pessoal de enfermagem, mesmo que ele nunca tenha atuado sob essa jurisdição.

Assim, compreender a relação entre o agente comunitário de saúde e a organização da enfermagem no Brasil – questão que, conforme já se adiantou, emergiu desde a proposta do Pnacs pelo Ministério da Saúde –, compreender a relação entre o agente de saúde e a missão/tarefa de cuidar foram aspectos necessários e importantes para os objetivos deste estudo.

Tomando esse pressuposto em uma perspectiva mais radical, poder-se-ia imaginar que não seria possível a existência do agente comunitário de saúde, conforme sua formulação inicial (de competências, de prática) em área metropolitana. Em contraposição, um outro ângulo de abordagem informava que havia combinações possíveis entre essas características; que poderiam ser

observadas diferentes situações em relação ao aparecimento de um determinado perfil ocupacional. Contudo, em última análise, assumia-se que esses macrocondicionantes combinados, segundo contexto histórico e social, determinavam as características, a feição e o perfil de trabalho desses agentes, seus limites e possibilidades.

É impossível discutir conceitos como profissão e profissional, sem que se proceda a uma contextualização desses conceitos, sua evolução histórica, já que se afirma que são histórica e socialmente determinados (Machado, 1992).

A defesa das profissões, segundo uma abordagem do seu papel na sociedade, é classicamente caracterizada na obra de Durkheim. No prefácio da 2ª edição de *Da Divisão do Trabalho Social*, ele apresenta a idéia de que à corporação profissional caberia a função de “garantir uma nova ordem moral na sociedade moderna, de importância para gerir conflitos e para a garantia da democracia” (Durkheim, 1973).

A importância das corporações era por ele justificada, principalmente, pela influência moral que tiveram, no decorrer da história, quando pessoas do mesmo ofício eram unidas por laços estreitos. Para Durkheim, no momento em que, em uma sociedade, os indivíduos têm idéias, interesses, sentimentos, ocupações em comum e, por isso mesmo, se procuram e se associam. A partir daí, se forma, pouco a pouco, um grupo restrito, com “fisionomia especial, no seio da sociedade geral”, do qual emana uma autoridade moral que reproduz as condições sob as quais foi concebido. O autor defende que a subordinação dos interesses particulares a um interesse mais geral é a origem de todo o arcabouço moral de uma sociedade.

Além da sociedade, segundo o autor, os indivíduos se beneficiam quando os grupos profissionais se formam. Se a vida associativa é limitante para o indivíduo, é também fonte de segurança, de alegrias, de prazer, de segurança por comungar um mesmo conjunto de regras.

Lembra ainda Durkheim (1973) que a corporação, ao nascer, substituiu a família no exercício de uma função que era primeiramente doméstica, de passar o ofício de pai para filho. Da mesma forma que a família foi o meio em que se elaboraram a moral e o direito domésticos, a corporação é o meio natural em que se devem elaborar a moral e o direito profissionais.

Mais tarde, tendo como ponto de partida discussões sobre a profissão médica, Freidson (apud Bonelli, 1998), fornece uma enorme contribuição à teorização sobre as profissões.

Durante muito tempo, segundo esse autor, o conceito de profissão foi aceito sem questionamento, merecendo pouca elaboração sistemática, até depois da Segunda Guerra Mundial, quando se expandiu a sociologia acadêmica nos

Estados Unidos. Nesse particular, o surgimento de novas abordagens caracterizou os anos 60 como um marco no estudo das profissões.

Freidson (1998) identifica como um dos problemas para uma conceituação de profissões o fato de elas serem tratadas como um conceito genérico, em vez de um conceito histórico, mutável, com raízes específicas em sociedades concretas. Por essa razão, ele argumenta, não existe uma forma única e invariável, historicamente, para definir profissão. Para criar um padrão que orientasse estudos comparativos, seria necessário partir de conceitos básicos de prática, dos meios pelos quais a prática profissional é organizada e controlada e das instituições necessárias para obter e manter essa organização.

Ele próprio define profissão como “uma ocupação que controla seu próprio trabalho, organizada por um conjunto especial de instituições sustentadas em parte por uma ideologia particular de experiência e utilidade”; e profissionalismo como “aquela ideologia e àquele conjunto especial de instituições” (Freidson, 1998).

Para uma compreensão histórica, ele lembra que as universidades medievais européias, fizeram proliferar as três primeiras profissões liberais: a medicina, a advocacia e o clero, “profissões de *status*”, em contraposição às “profissões ocupacionais”, mais recentes (Elliott, 1972 apud Freidson, 1998). Na Europa continental, onde o Estado era mais atuante, tanto na organização do treinamento como do emprego, o *status* e a segurança eram conquistados por meio de uma educação de elite e a identidade básica era também assegurada pela educação e não pela ocupação (Freidson, 1998). Em contraposição, as profissões anglo-americanas conquistaram

sua distinção e posição no mercado menos pelo prestígio das instituições em que foram educadas do que por seu treinamento e identidade como ocupações particulares organizadas corporativamente às quais são imputados conhecimento especializado, comportamento ético e importância para a sociedade e para as quais reclamam privilégios. (Freidson, 1998)

Até por essa história, o profissionalismo, segundo o autor, deveria ser denominado “mal anglo-americano”, e não é de se estranhar que a literatura teórica sobre as profissões seja quase exclusivamente anglo-americana.

Macdonald (1995) chama a atenção para, além do enfoque usual dado ao saber, ao conhecimento, como um questão central para a discussão de profissão, há a necessidade de uma aproximação com a discussão do trabalho, à aplicação do homem sobre determinado objeto com vistas a alcançar um resultado que responde à necessidade colocada de antemão.

O conceito de trabalho como uma prática está referenciado, sobretudo, ao uso do conhecimento. Portanto, pode-se dizer que pratica-se um saber, em um determinado contexto, recortando-se objetos, estabelecendo-se relações e

constituindo-se sujeitos. Uma das grandes contribuições de Freidson é, do interior da sociologia das profissões, lembrar que esse uso do saber é subordinado a um contexto – à estrutura de produção e a uma relação entre indivíduos. Para o autor, se o contexto é importante, o agente do trabalho é sujeito, detentor de um saber, mas também de uma relativa autonomia, com alguma possibilidade de interferir, de atuar no contexto.

Já uma outra corrente de pensamento, à qual filiam-se Donnangelo e Mendes-Gonçalves, destaca uma maior influência do contexto, da estrutura, para proporcionar um ‘constrangimento’ relativo do saber, no processo de trabalho. Na seqüência, Schraiber (1997) e Merhy (2000), entre outros, encontraram em seus estudos, de um lado, maior influência do contexto neste constrangimento, porém, de outro, a criatividade das pessoas.

No caso, entretanto, de o indivíduo não ser um profissional, de não dispor de saber auferido por instituição reconhecida, é relativamente mais condicionado pelo contexto em que se realiza o trabalho.

Outro aspecto importante para a caracterização de um profissional, refere-se à autonomia de que ele dispõe no desenvolvimento do seu trabalho. Ainda com apoio em Freidson, a autonomia do profissional viria do conhecimento. O autor argumenta que, apesar de o prestígio de uma profissão ser uma delegação dada pela sociedade, ou pela clientela, ou pelo Estado, o *status* das profissões viria da autonomia. A autonomia, segundo o autor, implica a capacidade de um profissional controlar uma área do conhecimento, tendo o monopólio sobre o campo, sem depender de outras profissões para a sua prática. Já o poder profissional expressar-se-ia pelo controle sobre a divisão do trabalho, pela autonomia para definir a dimensão tecnológica, os seus conteúdos e a avaliação técnica. Esses componentes seriam decisivos para a autonomia profissional, aspecto nuclear do poder profissional e, em síntese, para a definição de uma profissão.

Freidson indica que a autonomia estaria vinculada à própria organização social do campo da medicina, na medida em que introduz o problema da divisão de trabalho na área de saúde, que envolve controle, autoridade do saber, monopólio e poder profissional dos médicos, fatores que hierarquizam as demais ocupações do campo – e aqui, a diferença entre a medicina e as profissões paramédicas não está no número de anos de escolaridade ou no conteúdo ensinado na escola, mas no monopólio sobre uma área de conhecimento capaz de hierarquizar outras ocupações (Bonelli, 1998).

Enquanto Freidson (1998) aborda mais a dimensão técnica da autonomia, Schraiber (1993) identifica três faces, igualmente importantes, na conformação da autonomia do profissional: uma face, relacionada com o mercado, da autonomia no mercado; outra face, da autonomia na estrutura da organização concreta do trabalho; e a terceira face referida é a da autonomia técnica, da

decisão clínica. Para Schraiber, pelo menos duas destas autonomias, com o tempo, distanciaram-se do médico. A autonomia mercantil, de fato, foi retirada dos médicos com a constituição de empresas médicas privadas e com a implantação dos serviços públicos. A autonomia da organização do trabalho, com o planejamento e o gerenciamento da assistência médica está sendo tensionada, embora o médico ainda disponha de muito poder, nessa vertente. Já a autonomia técnica está relativamente preservada. Mesmo com os protocolos de orientação do trabalho, como cada caso é sempre único, o médico, na sua prática, mantém uma certa autonomia na decisão clínica acerca do diagnóstico e da terapêutica.

Para Schraiber, na maior parte das vezes, quando se analisa o processo de trabalho, reconhece-se mais a autonomia técnica. Entretanto, ao se observar o processo de trabalho e localizá-lo em uma organização de programa, ou em uma organização de serviço, ou mesmo, no mercado de trabalho, nesse movimento, é possível identificar as duas outras faces da autonomia, atualmente, restringidas.

A discussão sobre trabalho, sobre saber e sobre suas relações, traz à tona a categoria “saber operante”, de Mendes-Gonçalves (1994), ou seja, o resultado do ‘constrangimento’ do saber científico quando ele se transforma em um saber aplicado, instrumento de trabalho que recorta o objeto, apreende suas características e propõe intervenções. O conhecimento científico e o saber clínico, no caso do médico, ele adquire quando tem o diploma, mas o saber operante é aquele conformado no exercício do seu trabalho. Essa categoria “saber operante” é, para o autor, uma categoria de passagem entre esses dois planos e o que permite, portanto, entender a prática como parte de uma estrutura de produção e reprodução de necessidades, objetos e relações entre sujeitos, portanto, enquanto trabalho.

Quando se fala em profissão, cabe indagar sobre o que as pessoas costumam, essencialmente, dar destaque, a qual saber e a qual estrutura de regulação de uso desse saber, a que corporação corresponde.

A esse propósito, Machado (1995) faz distinção entre o profissional, que negocia com uma clientela específica e o quase profissional, aquele que não tem o que negociar, pois não dispõe de “um corpo específico de conhecimento”, nem de um mercado de trabalho “inviolável”, como ocorre com os profissionais, como médicos e advogados, entre outros.

Wilson define o profissional como “alguém que recebe importantes recompensas de um grupo de referência, cuja filiação é limitada a pessoas que se submetem à educação formal especializada (conhecimento esotérico) e que aceitaram um código de condutas apropriadas, definido pelo grupo” (Wilson, 1989).

Wilensky (1970, apud Machado, 1995) analisa a distinção entre profissão e ocupação, com base em duas características. A primeira é o caráter técnico da tarefa do profissional, pois ela se baseia no corpo de conhecimento sistemático

adquirido através de um treinamento escolar. Parte-se do princípio de que esse conhecimento é transmitido por pares experientes e credenciados. A segunda é constituída das normas e regras profissionais, as quais o orientam na execução das tarefas. Desse modo, qualquer ocupação que pretenda ser profissão e exercer autoridade profissional, terá que encontrar uma base técnica para fazê-lo, reivindicar que tanto as técnicas como a jurisdição estejam de acordo com padrões de treinamento e convencer o público que seus serviços são perfeitamente confiáveis. Para esse autor, existe um processo de profissionalização das ocupações, o qual é integrado por uma seqüência de cinco passos:

- 1) O trabalho torna-se uma ocupação em tempo integral, decorrente de “necessidade social” em relação a determinado trabalho.
- 2) Criam-se escolas de treinamento, ou seja, a transmissão do corpo esotérico de conhecimento é feita por pares experientes.
- 3) É formada a associação profissional, definem-se os perfis profissionais, o que garante, ao grupo, uma identidade.
- 4) A profissão é regulamentada. Esse é um passo essencial para a atividade profissional, já que se define o “território profissional”, assegurando, desse modo, “o monopólio de competência não só do saber, como da prática profissional”.
- 5) Adota-se um código de ética. Estabelecem-se normas e regras profissionais, enquadrando-os, ao tempo em que são excluídos os não-profissionais.

Considera-se apropriada, na discussão da identidade do agente comunitário de saúde, a inclusão da categoria saber – qual é o saber que orienta a sua prática? – e, sobretudo, a idéia do “saber operante”, na medida em que esses sujeitos não têm um conhecimento específico. Essa situação alia-se ao fato de que esses trabalhadores tendem a almejar uma profissionalização, ou seja, estar em uma estrutura de trabalho legitimada.

O enfoque da sociologia das profissões, ao falar de prática e em uso do saber, dá destaque a quem o usa, o agente. Então, para o estudo do agente comunitário de saúde, esse quadro de referência é muito útil; estudar o personagem, o sujeito, o ator – embora cada um desses termos represente um conceito diferente – possibilita a abordagem da dimensão do indivíduo que porta um saber específico, atua com esse saber e tem uma identidade, em um contexto determinado.

O conceito de identidade remete à noção de uma construção que os atores envolvidos fazem de sua própria ação: legitimam essa construção na sociedade, com base em um processo de regulação, um processo de exteriorização das normas de atuação. E, mais do que isso, a identidade é uma imagem

construída, é uma percepção. Essa construção dá-se com base em elementos de suas expectativas, das suas motivações, da sua percepção do trabalho dos outros. Então, a identidade é construída com base em elementos da subjetividade dos atores envolvidos, mas também em elementos da objetividade de vida desses atores (Sartre, 1987). Em outras palavras, se os agentes do trabalho estão em um contexto onde têm um saber técnico bem definido, isso também vai compor a definição de uma identidade. Se estão em um contexto onde há regras em relação ao que eles podem e não podem fazer, regras de atuação, a própria organização do trabalho contribui para a conformação da identidade. A outra dimensão que conforma a identidade é a percepção subjetiva desses atores sobre o que estão vivendo e o que os outros propõem para eles, uma identidade prevista.

Por exemplo, a definição de quantas vezes os agentes comunitários de saúde devem visitar as famílias por mês, de que têm de fazer o cadastro, os conteúdos do seu trabalho e as formas de executá-lo, isso conforma a sua identidade. Isso porque eles passam a saber que eles são os cadastradores, os visitantes, os orientadores; esses são elementos da objetividade. Por outro lado, são elementos da subjetividade os valores de vida dos agentes, as formas de se sentirem recompensados, como eles valorizam as diferentes ações que realizam. Portanto, para a discussão da identidade do agente, é indispensável, pelas suas características, que se trabalhe com essas duas dimensões de construção, essas duas entradas complementares: os elementos da subjetividade e os elementos da objetividade.

Marsiglia aborda um outro ângulo da questão da relação entre profissão e saber e das formas de profissionalização de atividades vinculadas a campos de conhecimento e trabalho já instituídos:

quando uma profissão se desenvolve, tenta apropriar-se de uma área de conhecimento e obter o domínio de um conjunto de técnicas. Historicamente, algumas áreas do conhecimento foram apropriadas por algumas profissões mais antigas e quando novas profissões surgem para compartilhar o mesmo objeto de atuação, acabam por serem vistas como um conjunto de técnicas apenas. Técnicas com as quais os profissionais podem trabalhar e até ter um certo “monopólio” na sua execução; no entanto esse monopólio não chega a conferir grande autonomia ou maior poder aos que a exercem – o exercício dessas profissões apresenta-se como subordinado ao exercício das profissões dominantes. (Marsiglia, 1991)

Para Mendes-Gonçalves, a percepção da historicidade e socialidade do trabalho é fundamental para entender modificações e perspectivas de áreas de atuação e conhecimento:

monopólio de definir o que é o objeto do trabalho também é uma coisa histórica em qualquer área de praxis humana. Não foi por revelação divina que se soube quais são os objetos de trabalho; o homem os recortou sempre, de diversos modos. Em uma certa altura da história da humanidade aparece, há muito pouco tempo – um século e meio, dois – aparece um conjunto de agentes sociais que propõe um recorte clínico-biológico, luta por ele, luta com extremo brilhantismo e ganha um monopólio que não encontra paralelo. Uma autoridade que é indisputada de maneira paradigmática. Em termos de acabamento de uma corporação, ele é um exemplo, porque ele é a própria invenção disso. Quem fez a receita da corporação antes? Deduziu-se do médico, como deve ser uma profissão. (Mendes-Gonçalves, 1991, apud Marsiglia, 1991)

A autora segue argumentando que um dos problemas é que a profissão médica tem sido tomada como uma espécie de estereótipo para quase todos os estudos de profissão, deles se inferindo o que caracteriza uma profissão. Faz parte desse sistema que o médico tenha sido profissionalizado, por assim dizer, “subprofissionalizando” os outros profissionais. Por outro lado, continua, não se pode “repensar um pedaço qualquer de trabalho de saúde”, ignorando os médicos (Mendes-Gonçalves, apud Marsiglia, 1991).

Vem de Freidson (1998) a consideração de que é graças ao treinamento no conhecimento formal e ao credenciamento e regulamentação (Girardi, 1995) que se garante às profissões um acesso exclusivo às suas posições no mercado de trabalho. O poder e os privilégios profissionais são sustentados por esse controle rigoroso, e os lugares no mercado são estabelecidos e conservados em função de uma divisão interna entre os profissionais, que abrange: a) os praticantes, que divulgam a profissão e garantem uma clientela, tendo algum poder sobre ela e sobre o trabalho que fazem; b) os administradores, que condicionam como e onde os praticantes podem exercer poder sobre os clientes; c) os intelectuais, que produzem o conhecimento abstrato e formal, formando as bases para as regras organizacionais e para as decisões de trabalho dos praticantes individuais (Bonelli, 1998).

Freidson ainda enuncia algumas relações no que diz respeito a trabalho e ocupação. O trabalho tem como modo de organização a ocupação, que, na sua forma menos organizada, pode ser designada como emprego, e, na sua forma mais organizada, como profissão. Profissão é um método formal lógica e empiricamente possível de controlar a organização do trabalho, não sendo um método semelhante, por exemplo, ao controle administrativo por meio de uma burocracia racional-legal. Dessa forma, ele faz a relação entre ocupação, classe e organização, por um lado e, por outro lado, trabalho especializado ou profissional e conhecimento e especialização (Bonelli, 1998).

Freidson (1998) discute o que ele chama de princípio ocupacional, em oposição ao princípio administrativo. Para ele, as formas futuras de organização

e ação ocupacional “constituirão uma contraforça à extensão do princípio administrativo ao controle do trabalho profissional” e “sustentarão a tal ponto o crescimento contínuo do princípio ocupacional, que a sociedade pós-industrial será a sociedade profissional” (Freidson, 1998).

Para Machado et al. (1992), o termo emprego não está diretamente associado a pessoas e indivíduos, e sim a ocupações e postos de trabalho; o termo surgiu “com as preocupações do Estado, a partir dos anos 30, em mapear aspectos específicos correlacionados à demanda global por força de trabalho”. Ele representa um dos três termos que representam três enfoques apresentados pelos autores, sendo os outros o de recursos humanos – que, “apesar de abstrair as relações sociais e estar lastreado na teoria de sistemas, busca interpretar as formas de gerenciamento desse ‘fator de produção’ que é a capacidade de trabalho dos indivíduos” – e o de força de trabalho – que busca descrever e interpretar as relações sociais que lastreiam os trabalhadores que se inserem nesse ramo de atividade específico (o de serviços de saúde) e encontra-se mais calcado na análise marxista, que parte dos indivíduos e de sua inserção social no processo de trabalho (Machado et al., 1992).

Girardi (1995) é um dos autores que têm contribuído intensamente para compreender a constituição e a regulamentação das profissões. Ele considera a regulamentação institucional um aspecto importante no processo de constituição de uma profissão. Considera-se que a sua área de estudos tem muita relação com a discussão da identidade profissional do agente comunitário de saúde.

Segundo esse autor, existem inúmeras formas de reconhecimento e classificação de uma ocupação. Em primeiro lugar, em uma linha divisória bastante genérica, considera o segmento com regulamentação formal e, de outro, e articulado com o primeiro, aponta um segmento

desregulamentado dos mercados de trabalho, composto por ocupações reguladas majoritariamente pelo automatismo das forças de mercado e pelas ocupações informalmente reguladas... As ocupações não regulamentadas formam um importante contingente da força de trabalho em saúde, variável em suas proporções, de acordo com o país, mas sempre considerável. Nesse segmento estão incluídos a maior parte dos trabalhadores ocupados em postos e posições de apoio administrativo e de serviços gerais, bem como um contingente variável do pessoal técnico de saúde empregado nas organizações formais no setor. (Girardi, 1995)

Para Girardi (1995), as formas de regulamentação das profissões podem variar desde aquelas que implicam um reconhecimento institucional de certos privilégios materializado na forma de leis e regulamentos – até as formas de reconhecimento mais brandas, pelos usuários, através de mecanismos, muitas vezes informais, de credibilidade e interesse. Por outro lado, pode existir mais de

uma forma de reconhecimento regular para uma determinada profissão e parece que a quantidade delas está quase sempre diretamente relacionada com o status, a autonomia e o poder econômico alcançado pela categoria. Assim, enquanto profissões tradicionais, como a medicina, possuem garantias de legislação referente ao exercício, à formação, às relações de trabalho – incluindo piso salarial e jornada de trabalho – outras se encontram ainda debatendo por uma regulamentação básica que justifique, de alguma forma, a delimitação de um campo de saber específico.

Girardi (1988) invoca Abbott, para quem o sistema de reconhecimento profissional é composto por instituições sociais e organizações localizadas no sistema legal, no sistema de opinião pública e no mundo cotidiano do trabalho.

Ainda é Girardi quem considera o sistema de reconhecimento profissional geralmente ativado por necessidades e questões de diversas ordens: tecnológicas, organizacionais, culturais e “naturais”. O aparecimento de novas tecnologias, o crescimento das organizações, novos fenômenos culturais e naturais, demandas sociais, enfim, a complexificação da sociedade, têm, de maneira geral, determinado a busca pela profissionalização, principalmente através da regulamentação dos campos de atuação dos profissionais. Ele cita, como exemplo, a epidemia da Aids, que gerou fortes demandas no campo da hematologia e hemoterapia. Nesse contexto, coloca-se a discussão do agente de saúde.

Em relação às novas tecnologias, inclusive organizacionais, pode-se dizer que elas, ao inaugurar novos campos de saberes e de práticas revelam, para usar os termos de Abbott, “verdadeiras lacunas jurisdicionais que tendem a ser preenchidas ou pelas profissões já existentes ou por novas ocupações ou especialidades emergentes. Essas novas ocupações ou especialidades ou profissões geradas nesse processo acabam pressionando por privilégios de regulamentação” (Abbott 1988, apud Girardi, 1995).

Enquanto o trabalho do especialista é determinado basicamente pelo desenvolvimento científico e tecnológico de um setor, o reconhecimento de uma especialidade profissional pressupõe uma série de arranjos institucionais de acomodação de conflitos e disputas distributivas intra e interprofissionais. O ponto central do argumento é que, para além da determinação tecnológica, a existência de ocupações e especialidades regulamentadas revela a construção de uma política da diferença no mundo do trabalho, com seus momentos característicos de articulação, negociação e incorporação na esfera pública da diferença (Walzer, 1992, apud Girardi, 1995). Parece haver consenso sobre que o sucesso dos grupos ocupacionais interessados em estabelecer ou de não permitir a regulamentação pública de um campo de “negócios”, depende da quantidade de recursos de que dispõem organizacional, política e economicamente e de sua capacidade de articulação, negociação e incorporação de suas demandas no interior dos mercados e do sistema político (Girardi, 1995).

No Brasil, a partir dos anos 70 e, principalmente nos anos 80, desencadeou-se um movimento pela busca de regulamentação das profissões de nível técnico e elementar. Na maioria dos casos, os tipos de conquistas regulatórias alcançadas, limitadas praticamente à definição de currículos mínimos para certificação profissional, refletem as dificuldades dessas profissões no sentido de se profissionalizarem plenamente.

Pode-se supor que o 'medo' da competição, da invasão de um mercado não muito orgânico ou forte, onde apenas uma minoria pode pagar por serviços profissionais, funcionam como limites mais ou menos naturais do crescimento e aprofundamento das demandas jurisdicionais dessas ocupações. Em sentido inverso, como forças propulsoras, atuam as políticas de diminuição de custos de saúde que incentivam o crescimento de profissionais de nível médio, bem como propostas de mudanças da forma de atenção em saúde, as quais utilizam-se do profissional de nível médio como principal solução para problemas de desigualdade do acesso aos serviços de saúde ou de atuação em outras frentes que têm a ver com a saúde. (Girardi, 1995)

Enfatizando a recomendação de necessidade de análise dos custos diretos e indiretos da regulamentação profissional, Girardi argumenta que essa posição não significa uma apologia à desregulação do exercício e da prática das profissões e especialidades profissionais. De fato, considera, a regulamentação profissional tem representado, sem dúvida, uma forma de proteção legítima para o público e para os trabalhadores. É difícil conceber o livre exercício de uma profissão como a medicina sem a proteção do público contra as diversas formas de 'charlatanismo'. Para os trabalhadores, especialmente para os segmentos da força de trabalho em desvantagem nos mercados de trabalho, a regulamentação profissional pode significar uma salvaguarda simultaneamente técnica e ética, na medida em que coíbe sua utilização em áreas para as quais não estão profissionalmente preparados.

Ainda para Girardi (1995),

a manutenção de padrões de qualidade profissional e de proteção ao público, possibilitada pela regulamentação profissional em saúde, deve ser assim contrabalançada com os riscos de cartelização ou da formação de monopólios profissionais. Assim postos, seus custos e benefícios devem ser cotejados com os desideratos da política nacional de saúde, quer dizer, com os princípios ético-morais e sociais assignados ao setor, como por exemplo as normas de equidade e justiça sociais.

A CONFORMAÇÃO DA IDENTIDADE CONFORME O TIPO DE ORGANIZAÇÃO: burocrática e profissional

Em estudo sobre a burocracia, Wilson (1989) identifica os fatores que se refletem na prática profissional e influenciam posturas e comportamentos individuais: experiências de trabalho anteriores, o contato com definição de tarefas através de normas profissionais, a ideologia política e aspectos relacionados com a burocracia institucional. Para o autor, posturas e comportamento no desempenho das atividades não dependem apenas da maneira como é avaliada essa prática, mas também das recompensas e punições que advêm, não apenas de indivíduos em posição de autoridade, na organização, mas também de colegas, de entidades profissionais que têm o poder de aprovar ou reprovar.

Para Wilson, a maneira como a atividade é realizada só será significativamente determinada por posturas individuais (e ideologias) caso haja, na organização, regras pouco claras especificando como o trabalho deve ser realizado e, mais ainda, poucos incentivos em reforço a essas regras. Ou seja, as crenças pessoais dos membros de uma organização só têm um efeito significativo sobre o modo com são executadas as tarefas quando os papéis a serem desempenhados não estão claramente definidos em normas e quando quem desempenha tal papel é relativamente pouco recompensado pela própria organização ou, no caso de um profissional, pela respectiva corporação. Deduz-se também dessa afirmação que, quanto menos respaldo externo de um grupamento profissional forte tiver o trabalhador, maior facilidade ele terá para obedecer às normas das organizações e maior necessidade ele terá delas (Wilson, 1989).

Ainda segundo Wilson, em muitas agências governamentais, há muitos que trabalham segundo regras fracamente definidas. Todos eles trazem, em grau variado, concepções e representações de como o seu serviço deve ser feito. Esses fatores foram originados de experiências anteriores, de sua sensibilidade e padrões profissionais, da sua ideologia política e talvez das características da sua personalidade. E, quanto mais fracamente definidas as regras, mais forte é a influência dessas concepções. Já para as organizações que não dispõem de objetivos e regras muito claros que orientem o desenvolvimento das atividades, é grande a influência de experiências anteriores das pessoas na definição das tarefas; é a experiência anterior dos empregados que irá determinar o quê e como fazer.

Fundamentais também, para Wilson (1989), são as normas profissionais que as pessoas aprendem e as oportunidades de trabalho que essas profissões oferecem a elas – e, aqui, o autor passa a definir o profissional. Segundo ele, o que é distintivo para os membros de uma profissão – pelo menos no que diz respeito ao seu comportamento na organização – não é *status*, renda ou deferências que eles recebem (como parece crer o senso comum), e sim a fonte dessas recompensas.

A fidelidade profissional *versus* a fidelidade à burocracia é abordada pelo autor a partir do sistema de incentivos. Assim, segundo ele, em uma organização burocrática, profissionais são os empregados que recebem grande parte dos seus incentivos de grupos localizados fora da organização e, assim, seu comportamento profissional não será totalmente determinado pelos incentivos controlados pela agência. Já os burocratas são os empregados cujos incentivos ocupacionais provêm inteiramente da organização, e Wilson indica evidências de que a visão política dos burocratas tende a corresponder à sua filiação a determinada organização, muito mais que ao seu *status* social. Para Wilson, experiências prévias e normas profissionais – e as oportunidades de carreira resultantes – influenciam o comportamento de funcionários de uma organização burocrática. Ideologias políticas também devem ter efeito, mas, segundo ele, não há evidências suficientes para afirmá-lo. Entretanto, experiência, profissionalismo e ideologia parecem ter maior influência quando as leis, regras e circunstâncias da organização não definem precisamente a tarefa do operador. Então, o definidor mesmo são as normas organizacionais.

Discutindo as questões referentes às culturas organizacionais, Marsiglia, com base em Fisher, argumenta que a cultura organizacional não é, na sua essência, apenas padrões culturais e poderes políticos estabelecidos. Nas instituições em geral, cita ela, “as autoridades que são consideradas legítimas, bem como os mitos e símbolos que fortalecem a coesão e definem os sistemas de poder e de comunicação, constituem o produto de um processo de aprendizado social ocorrido no bojo da luta empreendida pela organização para ocupar seu espaço no ambiente” (Marsiglia, 1993). A identidade da organização e os valores proporcionam aos agentes institucionais um misto de sentimentos de segurança e de coesão.

Para Schein (apud Marsiglia, 1993), cultura organizacional é o conjunto de pressupostos, “paradigma cultural”, que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa e investigação interna e que funcionaram bem o suficiente para serem considerados válidos e ensinados a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir, em relação a esses problemas.

Já para Fleury, é fundamental

a incorporação da dimensão política que é inerente à questão da cultura organizacional, sendo esta concebida como um conjunto de valores, de pressupostos básicos expressos em elementos simbólicos que, em sua capacidade de ordenar, atribuir significações, construir a identidade organizacional, tanto agem como elemento de comunicação e consenso, como ocultam e instrumentalizam as relações de dominação (...) A percepção de que se pertence ao grupo (a organização) é o principal elemento para a manutenção da cultura organizacional. (Fleury, apud Marsiglia, 1993)

O poder das corporações nas instituições para Marsiglia (1993) é decorrente, de um lado, do saber técnico e, por outro, da tradição e da antigüidade. Existe, entretanto, um outro poder que corre em paralelo: o poder advindo de um saber administrativo, de domínio dos mecanismos burocráticos que, apesar de menos evidente do que aquele vinculado ao saber técnico, tende a ser mais disseminado e efetivo no interior da estrutura.

A IDENTIDADE NO PERTENCER A UM GRUPO

Para discutir a identidade do agente comunitário de saúde, a sua inclusão em um determinado grupo, em uma organização social, utilizam-se conceitos e teorias desenvolvidos por Elias & Scotson (2000) sobre a sociologia das relações de poder em uma comunidade. Em *Os Estabelecidos e os Outsiders*, com base em um estudo sobre uma pequena comunidade industrial da Inglaterra chamada Winston Parva, os autores estudam a *comunidade*, os grupos e os vínculos que a integram e caracterizam, as relações de poder no seu interior.

Em inglês, *establishment* e *established* são termos usados para designar grupos e indivíduos que ocupam posições de prestígio e poder, a ‘minoria dos melhores’ nos mundos sociais mais diversos (Neiburg, 2000). O *establishment* é constituído de grupos que se autopercebem e são reconhecidos como a ‘boa sociedade’, tendo uma identidade social construída a partir de uma combinação singular de tradição, autoridade e influência. *Estabelecidos* são indivíduos que fundam o seu poder no fato de serem um modelo moral para os outros.

O termo que completa a relação é *outsider*, que designa os não membros da ‘boa sociedade’, os que estão fora desse grupo. Os *outsiders* representam um conjunto heterogêneo e difuso de pessoas unidas por laços sociais menos intensos.

A identidade social dos *estabelecidos* é a de um grupo; são nomeados como tal, possuem um substantivo abstrato que expressa essa condição e os define como coletivo. Já os *outsiders* não constituem um grupo social e são designados sempre no plural.

A caracterização e a análise desenvolvidas pelos autores em relação ao binômio *estabelecidos-outsiders* evidencia, com propriedade, importantes elementos inerentes às relações de poder, de pertencimento a um grupo, como dimensão da vida social: superioridade social e moral, autopercepção e reconhecimento, inclusão e exclusão.

A descrição de uma comunidade de periferia urbana apresentada mostra “uma clara divisão entre um grupo *estabelecido* desde longa data, que encarnava os valores da tradição e da ‘boa sociedade’, e grupo mais novo de residentes, cujos integrantes eram tratados, pelos primeiros, como *outsiders*. O grupo cerrava fileiras contra eles e os estigmatizava, de maneira geral, como pessoas de menor valor humano” (Elias & Scotson, 2000), associando-os com a anomia, como a

delinqüência, a violência e a desintegração. Além disso, o grupo *estabelecido* considerava que faltava aos *outsiders* a virtude humana superior – carisma grupal distintivo – que o grupo dominante atribuía a si mesmo.

O que induzia as pessoas que formavam o primeiro desses dois grupos a se colocarem como uma ordem melhor e superior de seres humanos, em Winston Parva, era a antigüidade da associação, com tudo o que ela implicava. Apenas ela estabelecia o grau de coesão grupal, a identificação coletiva e as normas comuns “capazes de induzir à euforia gratificante que acompanha a consciência de pertencer a um grupo de valor superior” (Elias & Scotson, 2000).

Naquela pequena comunidade, a superioridade de forças do grupo *estabelecido* baseava-se no alto grau de coesão de famílias que se conheciam havia duas ou três gerações, em contraste com os recém-chegados, que eram estranhos, não apenas para os antigos residentes, como também entre si. Era graças a seu maior potencial de coesão, assim como à ativação deste pelo controle social, que os antigos residentes conseguiam reservar, para as pessoas de seu tipo, os cargos importantes das organizações locais, como o conselho, a escola ou o clube, deles excluindo os moradores da outra área, aos quais, como grupo, faltava coesão. O grupo de antigos residentes estabelecera para si um estilo de vida comum e um conjunto de normas. A participação na superioridade de um grupo e em seu carisma grupal singular era, por assim dizer, a recompensa pela submissão às normas específicas do grupo.

No estudo, as diferenças de tradição cultural desempenhavam um papel menor, mas um dos fatores capazes de modificar o impacto da situação nos integrantes dos grupos *outsiders* era sua posse de uma tradição cultural própria.

Os integrantes de um grupo *estabelecido* incluem-se, mutuamente, dentro das fronteiras grupais ao dizer *nós*, ao passo que, ao mesmo tempo, excluem outros seres humanos a quem percebem como pertencentes a outro grupo e a quem se referem coletivamente como *eles* (Elias & Scotson, 2000).

Os membros do grupo das “famílias antigas” ligavam-se entre si por laços de intimidade emocional, que incluíam antigas amizades e velhas aversões. Assim como as rivalidades de *status* associadas a eles, também esses vínculos emocionais eram de um tipo que só se desenvolve entre seres humanos que vivenciam juntos um processo grupal de certa duração. Por outro lado, a aprovação da opinião grupal, como já vimos, requer a obediência às normas grupais. A susceptibilidade desses indivíduos à pressão do ‘*nós*’ (*we-group*) é particularmente grande.

O estudo do grupo *estabelecido* de Winston Parva mostrou, em pequena escala, como o autocontrole individual e a opinião grupal estão articulados entre si. A imagem do *nós* e o ideal do *nós* de uma pessoa fazem parte de sua auto-imagem e do seu ideal do *eu* tanto como a *imagem* e o *ideal* do *eu* da pessoa singular a quem ela se refere como “eu”.

Os conceitos apresentados pelos autores, como parte de uma teoria da figuração *estabelecidos-outsiders*, tais como *carisma grupal* e *ideal do nós*, podem contribuir para o estudo de importantes referências na conformação da identidade do agente comunitário de saúde, através de análise de sua relação com diferentes grupos, de sua inserção ou exclusão.

No estudo desenvolvido em Winston Parva, ficou muito claro que as respostas recebidas nas entrevistas individuais, particularmente as que diziam respeito às configurações existentes dentro dos vários bairros e entre eles, não eram a expressão de idéias separadamente formadas. As respostas individuais eram parte integrante das crenças e atitudes comuns, mantidas por várias formas de pressão e controle sociais, e representavam variações individuais das crenças e atitudes padronizadas que circulavam nessas áreas e dentro do grupo de referência.

As pessoas estabelecem relações quando negociam, trabalham, rezam ou se divertem juntas, e essas relações podem ou não ser altamente especializadas e organizadas. Mas elas também estabelecem relações quando “moram juntas num mesmo lugar”, quando constroem seus lares em um mesmo local. As interdependências que se estabelecem entre elas como criadoras de lares – nos quais dormem, comem e criam suas famílias – são especificamente comunitárias. “Em essência, as comunidades são organizações de criadores de lares, são unidades residenciais como os bairros urbanos, os vilarejos, as aldeias, os conjuntos habitacionais ou os grupos de barracas de acampamento” (Elias & Scotson, 2000).

Em Winston Parva, a coesão, a solidariedade, a uniformidade de normas e a autodisciplina ajudaram a manter o monopólio, o qual, por sua vez, contribuiu para reforçar essas características grupais da comunidade. Em um ambiente relativamente estável, o código de conduta mais sofisticado e o maior grau de autocontrole costumam associar-se a um grau mais elevado de disciplina, circunspecção, previdência e coesão grupal. Isso oferece recompensas sob a forma de *status* e poder, para contrabalançar a frustração das limitações impostas e da relativa perda de espontaneidade. A adesão ao código comum funciona, para seus membros, como uma insígnia social. Para os autores no sentido sociológico, a antigüidade refere-se a relações sociais com propriedades específicas. Elas dão um sabor especial às inimidades e às amizades. Nascida de uma história comum cuja lembrança se mantém presente, tal coesão constitui outro elemento de peso na configuração de possibilidades de esse grupo afirmar e manter, durante um certo tempo, seu poder e *status* superiores aos dos demais.

Para os autores, alguns dos problemas fundamentais surgidos do encontro entre os grupos *estabelecidos* e *outsiders* de Winston Parva não diferiram muito dos que podem ser observados em encontros similares em outros universos, ainda que, com freqüência, estes sejam estudados e conceituados sob rótulos

diferentes. Muitas vezes parte-se do pressuposto de que as comunidades 'estáveis' ou 'imóveis' são o tipo normal e desejável de comunidade, ao passo que as que incorporam um alto grau de mobilidade social são anormais e não desejáveis. É quase invariável que as pessoas que mudam de uma classe para outra também se mudem de uma comunidade, um bairro ou um círculo social para outro. Ao menos por algum tempo, elas parecem ficar no papel de recém-chegados e, muitas vezes, de outsiders às portas de um grupo já estabelecido.

A questão que parece estar sempre presente na cabeça das pessoas, nas discussões sobre a relação entre "indivíduo" e a "sociedade", não é uma questão de fato, mas de valores. Elas formulam e tentam responder perguntas como "o que veio primeiro, o que é mais importante, o indivíduo ou a sociedade?" (Elias & Scotson, 2000).

Outra referência muito oportuna, para apoiar a discussão da identidade do agente comunitário de saúde, é o documento elaborado por Nogueira et al. (2000). Os autores identificam o agente como um genérico, de identidade comunitária, que realiza tarefas, não apenas do campo da saúde. A sua capacidade de liderança e a sua história de iniciativas de ajuda comunitária seriam partes integrantes e importantes do seu perfil. "Portanto, como requisito da política que lhe deu origem, o conjunto das atividades típicas dos ACSs tem de ser ancorado nesse perfil social. Devido a essas características, que valem para todos os contextos de desenvolvimento econômico-social dos municípios, o ACS constitui um trabalhador *sui generis*" (Nogueira et al., 2000).

No documento colocado para discussão, o autor argumenta que "o papel que o ACS exerce na relação com a comunidade tem que ser contemplado com prioridade na sua caracterização, que abrange dois aspectos fundamentais: a) identidade com a comunidade; e b) pendor para a ajuda solidária" (Nogueira et al., 2000).

Nos debates acerca e em torno da figura do agente de saúde, na questão de identidade profissional, os autores identificam duas interpretações:

- o ACS pertence ao grupo de enfermagem, em virtude de realizar cuidados de saúde para com as pessoas; e
 - trata-se de um trabalhador genérico e comum, não tendo similar entre as tradicionais ocupações e profissões de saúde.
- (Nogueira et al., 2000)

Em relação à vinculação institucional, consideram que "as alternativas de vinculação institucional têm que ser ajuizadas considerando igualmente o quanto elas podem facilitar ou dificultar o cumprimento pelo ACS do seu perfil social" (Nogueira et al., 2000).

MODALIDADES ASSISTENCIAIS EM SAÚDE E A RELEVÂNCIA DE ORGANIZAR OFERTAS

A atenção à saúde adquire diferentes configurações conforme os momentos históricos aos quais está articulada (Rosen, 1980; Foucault, 1981). Entendendo-se a prática em saúde como vinculada à estrutura social e de uma perspectiva histórica, há que se considerar a conexão entre a dimensão mais técnica da realização das ações e a dimensão social da mesma (Mendes-Gonçalves, 1986).

Definir necessidades de saúde é uma tarefa complexa. Schraiber e Mendes-Gonçalves (1994) expõem essa questão de uma forma que, se considera, facilita a sua compreensão: de um lado, há indivíduos que procuram cuidados a partir de um carecimento, algo que ele entende que deve ser corrigido em seu estado social-vital atual, e para o qual ele acha que existem meios para uma solução (antevista). Pode ser uma alteração mais física, um sofrimento mental ou uma demanda por informação. O resultado das intervenções sobre o carecimento reconhece a necessidade e, portanto, torna as próprias ações necessidades, contribuindo para a reiteração da intervenção. Como toda intervenção só tem existência na sociedade como uma dada forma de prestação de assistência (produção, distribuição e articulação de serviços), há uma conexão íntima entre oferta e consumo de ações de saúde.

Tomando os saberes como instrumentos de organização técnica e social da assistência à saúde, destacam-se, de um lado, a clínica e, do outro, a epidemiologia (Mendes-Gonçalves, 1994), as quais fornecem, respectivamente, a referência ética e científica para a assistência médica individual e para as iniciativas no campo da saúde coletiva. Se a primeira representa um padrão relativamente homogêneo, diferenciado por graus de complexidade tecnológica, as práticas em saúde coletiva conformaram-se, historicamente, com diferentes objetivos e formas de organização das ações.

De forma sintética, pode-se caracterizar a modalidade de atenção baseada no saber clínico como aquele que concebe a doença com ênfase na sua dimensão biológica, aplica meios para identificá-la no corpo do indivíduo e lança mão de recursos terapêuticos de incidência individual. Nesta modalidade, a necessidade de saúde é, em geral, manifestada pelos indivíduos que buscam assistência, de forma a se livrarem de uma situação que gera dificuldades, no seu cotidiano. O cuidado é desenvolvido com base, principalmente, no trabalho do profissional médico.

Também de forma sintética, na modalidade de atenção baseada no saber epidemiológico, os problemas de saúde são concebidos como relacionados a condições ambientais e sociais. Para a sua apreensão, aplicam-se métodos de identificação coletivos e para a intervenção, recursos que transcendem os

indivíduos, estendendo-se ao meio e à organização da sociedade. Nesta última modalidade, a necessidade de saúde é, em geral, estabelecida através de levantamento de dados em grupos populacionais e comparação dos dados com parâmetros considerados técnica e politicamente aceitáveis; a confrontação de um e outro alimenta o planejamento das ações e a avaliação dos resultados da intervenção. Os meios de atuação abrangem, além de medidas curativas, a prevenção e a promoção da saúde. O trabalho assistencial é desenvolvido necessariamente por um conjunto articulado de profissionais que possam dar conta da apreensão e do cuidado do problema, tomado em sua complexidade.

As práticas baseadas no saber clínico, conformado durante o século XIX (Dalmazo, 1991), representam a modalidade dominante na formação dos profissionais universitários e de nível médio da área da saúde, e em termos de recursos financeiros investidos. Também, como forma de consumo de serviço de saúde e expectativa de cuidado pela população, é o padrão hegemônico. São exemplos de formas de organização de prestação de assistência baseados no saber clínico, o atendimento realizado em pronto-atendimento/atendimento eventual em unidade básica e em pronto-socorro, os serviços ambulatoriais especializados, além de toda a atuação em área hospitalar.

Na atenção primária à saúde, encontram-se ações baseadas em cada um dos saberes, mas, no conjunto, com hegemonia de uma ou outra modalidade de atenção, de acordo com a articulação entre as práticas em saúde e as demais práticas sociais. Para a identificação da modalidade assistencial vigente em unidades básicas de saúde, Mendes-Gonçalves (1994) propôs a caracterização do processo de trabalho, em termos de conteúdos, finalidades, instrumentos e formas de realização e Mehry (2000) e Peduzzi (1998) destacaram a importância da ação e da interação dos sujeitos.

Se o saber é instrumento básico para o trabalho, há uma série de outros elementos que conformam a prática, entre eles as características institucionais, o vínculo com a clientela, os meios de intervenção, as características individuais de profissionais e usuários. Destacam-se, aqui, ainda, dois aspectos de maior relevância para esse estudo, a relação entre trabalho e profissão e a constituição de identidade.

Abbott (1990) considera que está mais de acordo com a realidade pensar que é o trabalho empírico que conforma a teoria, em vez de considerar que o trabalho possa ser totalmente abarcado pelo saber. Portanto, para o entendimento das profissões, o ponto de partida, segundo esse autor, deveria ser o trabalho profissional, seus conteúdos, as formas de controle, a diferenciação em tipos de trabalho e a noção de área legitimada de atuação.

Se o trabalho do médico clínico é relativamente mais definido (também mais estudado), há uma questão básica na definição do objeto da saúde pública

– o meio, o coletivo e um conceito positivo de saúde; e do objeto do trabalho na área de enfermagem – o cuidado. No caso dos programas analisados, o objeto do trabalho do agente de saúde, a relação entre saúde e vida familiar e comunitária coloca o desafio de apreender e lidar com relações afetivas e sociais.

A forma de organizar a assistência, de responder a determinadas necessidades de uma maneira ou de outra, cria não só ações, mas cria também ocupações e constrói identidades profissionais. Ao organizar o trabalho, definindo conteúdos e formas de agir, definem-se também as interações. Por exemplo, se é função do agente comunitário de saúde “identificar situações de risco” e “desenvolver ações educativas”, destacam-se, no seu perfil, a vigilância e a intervenção no estilo de vida dos indivíduos e famílias.

Tomando o sistema local de saúde como foco para reflexão, podem-se distinguir diferentes modalidades assistenciais conforme uma particular articulação entre as dimensões técnica e social do cuidado da saúde e da doença, de acordo com diferentes momentos históricos.

Identifica-se, por exemplo, na década de 70, a implantação da chamada Programação em Saúde, nas unidades básicas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, caracterizada pela oferta organizada de ações de saúde (Nemes, 1989). Essa modalidade de atenção caracterizava-se, basicamente, por ter finalidade e objetivos gerais assentados em categorias coletivas; por ter programas definidos por grupos populacionais; pela utilização da equipe profissional; por operar a partir de atividades de rotina e eventuais; pela padronização de fluxogramas de atividades e de condutas terapêuticas principais; por ter um sistema de informações que permitia avaliações na própria unidade; e pela regionalização e hierarquização das unidades. O atendimento clínico aos indivíduos doentes estava previsto e subordinado à lógica epidemiológica. Na equipe prevista para a Programação, além do médico assistente e do enfermeiro com função mais gerencial do que de assistência direta, estava incluído o visitador sanitário, profissional responsável pelas ações de vigilância e orientação de medidas preventivas.

Segundo Nemes (1996), embora a Programação tenha alterado de forma substancial a organização dos trabalhos nos centros de saúde, não logrou, como havia sido proposto originalmente, modificar a prestação de serviços de saúde, mantendo-se, ainda no início da década de 80, a alocação privilegiada de recursos nos serviços de assistência médica individual e de vinculação privada conveniada. Simultaneamente, nos anos 80, vai ganhando força política no Brasil o movimento que questionou profundamente o sistema de saúde e que resultou na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), implantado pela Constituição Brasileira de 1988, o qual propicia a universalização da atenção à saúde, gratuita e sob controle do Estado.

Nessa nova formulação, a rede de unidades básicas de saúde torna-se a principal porta de entrada no sistema de saúde, ampliando-se muito o volume de assistência médica individual na rede pública, organizada, principalmente, na forma de pronto-atendimento. Se ações de natureza coletiva, como a vigilância sanitária e a epidemiológica e o programa de imunização, foram mantidas como responsabilidade dos serviços públicos, o enfoque do trabalho da equipe de saúde deslocou-se para o atendimento de patologias clínicas ao qual se associava o controle de determinados grupos, com destaque para doenças cardiovasculares, como hipertensão arterial e diabetes.

Contemporâneo com essa hipertrofia da assistência clínica na atenção primária, ocorreu o enorme esforço de aumentar a qualificação dos profissionais de enfermagem, dando-se um prazo para que os antigos atendentes e visitantes fizessem o curso de auxiliar de enfermagem para poderem continuar prestando cuidados de saúde aos usuários.

Vale mencionar dois movimentos mais recentes de reorganização da assistência à saúde, a descentralização, com a constituição de distritos sanitários (Mendes, 1995), e o Programa de Saúde da Família, em suas diferentes modalidades regionais. Para além das suas nuances de conteúdo e forma, destacam-se seus referenciais de natureza epidemiológica: a base territorial e a adscrição da população, o planejamento e a programação local, a oferta organizada de ações (Paim, 1995), a perspectiva da intersetorialidade, o princípio da integralidade.

Considerando os objetivos deste estudo, resalte-se o segundo movimento, o PSF, que inclui como seu instrumento privilegiado de atuação a vigilância à saúde, que se desdobra na visita mensal dos agentes a todas as famílias cadastradas e no acompanhamento, pela equipe, de grupos de risco. Para as doenças cardiovasculares, está previsto o diagnóstico individual do caso, o que implica mutirões para *screening*, e a mudança de comportamento dos indivíduos, realizada através de atividades educativas – em grupo ou nos contatos individuais.

O atendimento à demanda espontânea que, em um primeiro momento, em muitos locais de implantação do PSF foi secundarizada, gerou uma pressão de demanda e embate entre as expectativas da população e oferta de ações de saúde, deu origem, em um segundo momento, à instalação de atividade denominada de “acolhimento”. O acolhimento denomina não só a atividade mas uma atitude que teria como objetivo propiciar a escuta da demanda e a busca de formas de resposta dentro e fora da unidade e do sistema de saúde. Portanto, o acolhimento integraria a demanda espontânea a atividades com características de oferta organizada (programática); no entanto, segundo a forma de se responder e reforçar a expectativa da clientela e de acordo com o padrão dominante de cuidado da saúde, corre-se o risco de reduzir o acolhimento a uma triagem para pronto-atendimento médico ou de enfermagem.

A partir dos anos 80, pôde-se identificar mais um movimento de reorganização das práticas de saúde, não tanto de natureza técnico-administrativa, como podem ser caracterizadas as propostas dos distritos sanitários e de saúde da família (Vasconcelos, 1999), mas de concepção de saúde e das formas de atuação, com ênfase em “novas” estratégias de promoção da saúde (Robertson & Minkler, 1994; Gentile, 1999). Tendo como marco a Carta de Ottawa, produzida ao final da Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde de 1986, delineiam-se cinco campos de ação: políticas públicas saudáveis; ambientes favoráveis à saúde; ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorganização do sistema de saúde.

Neste movimento da promoção da saúde, o que está em questão é o reconhecimento de que a saúde não está simplesmente relacionada à ausência de doenças ou ao tratamento de doenças, mas tem seu conteúdo ligado à qualidade de vida e ao bem-estar das populações.

A vigilância à saúde permitiu uma ordenação e organização das ações no âmbito em particular nas atividades institucionais ligadas ao controle das doenças de notificação compulsória e reforçou a noção de que a educação é um fator tão importante quanto a assistência clínica, para a melhoria da saúde. No entanto, tem obtido pouca repercussão no tocante à incidência das doenças e aos aspectos de participação das comunidades.

Entre as atividades educativas, estão as orientações, como a restrição ao fumo, o controle do uso do álcool, a redução do peso acima do padrão considerado como normal e a diminuição da ingestão de gorduras saturadas e colesterol. Entretanto, Breslow (1999) chama a atenção para o fato de que, embora devam ser alcançadas, constituem-se em medidas tipicamente de prevenção para lidar com fatores de risco (de doença coronariana, câncer de pulmão e alcoolismo), não se caracterizando, propriamente, como medidas de promoção da saúde.

Buss (2000) salienta que este tipo de enfoque está centrado apenas nas mudanças de comportamentos danosos dos indivíduos ou restritos a questões culturais de algumas comunidades. Considera que o conceito moderno de promoção da saúde deve implicar atividades voltadas tanto a grupos sociais como a indivíduos através de políticas públicas abrangentes (em relação ao ambiente físico, social, político, econômico e cultural) e do esforço comunitário, na busca de melhores condições de saúde.

Entre as formas de viabilizar a promoção da saúde, estão a ação intersetorial (integração de tipos diferentes de atuação) e o apoio social. Suas definições são como se seguem:

Ações intersetoriais: integração de esforços visando a alcançar mais e melhores resultados e racionalizar recursos. Apesar de a intersetorialidade ser

uma estratégia presente de longa data, no discurso de operacionalização de políticas sociais, há freqüentemente dificuldades para colocá-la em prática.

Apoio social: instrumento de trabalho na atenção básica à saúde visando à melhoria da qualidade de vida e ao domínio do grupo e do indivíduo sobre as situações. Parte-se do suposto de que uma pessoa ou grupo que detenha mais informações, mais habilidades e maior confiança em si pode proteger sua saúde e viver melhor.

O apoio ou suporte social representa um conjunto de ações que podem ser realizadas por diferentes tipos de pessoas: os membros da equipe de saúde, parentes, amigos, voluntários. Faz-se suporte, por exemplo, quando se fornece informação: com ela as pessoas e os grupos podem se proteger e se defender melhor; saber onde procurar ajuda para um problema; e aprender a se cuidar. Outro tipo de suporte é o apoio emocional: fazer companhia, conversar, aconselhar, encorajar, mostrar que se está do lado da pessoa ou do grupo nas suas decisões; esta modalidade faz com que as pessoas e os grupos ganhem mais confiança, mais força e possam decidir e lutar pelo que desejam (conceito de *empowerment*). Um terceiro tipo de suporte é chamado de instrumental, significando fornecer recursos técnicos e/ou materiais para ajudar a pessoa e os grupos a se protegerem e cuidarem melhor, podendo ser o desenvolver habilidades pessoais ou fornecer recursos materiais para cuidado da saúde ou manutenção da qualidade de vida (como, por exemplo, renda mínima, cesta básica, material para construção, medicação).

Como já se afirmou, o apoio pode ser leigo (parentes, amigos, voluntários) ou profissional. A vantagem do leigo é que, muitas vezes, quem faz o suporte está mais perto e conhece mais quem vai receber o apoio. Onde o suporte leigo não é suficiente, pode-se contar com o apoio profissional.

Um entendimento mais restrito é considerar o suporte como ação de natureza exclusivamente comunitária, a ser realizado mais no domicílio e na comunidade, do que na unidade de saúde. Outra forma de pensar, mais abrangente, é incluir o apoio social entre as ações básicas de saúde, realizadas em todos os espaços de atuação: na visita domiciliar, no contato com agrupamentos, locais de reunião, nos atendimentos individuais, nas atividades educativas. Quando o suporte é realizado por um integrante da equipe de saúde, o serviço se coloca na rede de apoio social, entre as estruturas de ligação entre indivíduos ou grupos sociais. A definição de qual é o suporte necessário não pode ser fruto de decisão apenas da equipe, mas da conversa dos profissionais com a população, definindo juntos os problemas a enfrentar e como fazer. Se a decisão é unilateral, corre-se o risco de o profissional pensar que está fazendo um apoio, e de quem o recebe considerar que o apoio é desnecessário ou que até

atrapalha mais do que ajuda. Por isso, a conversa é elemento imprescindível da atuação, ou seja, é uma conversa interessada (Schraiber, 1997), uma tecnologia não-material do trabalho.

Esse campo da promoção da saúde, com os seus instrumentos – a ação intersetorial e o suporte social – representa uma área nova de prática e de saber, envolvendo necessariamente identidades em construção.

Ainda como um último ponto aqui apresentado, estão diferentes concepções da ação em saúde. A corrente hegemônica na área da saúde entende que cuidar é tratar e, para tanto, prevê uma série de recursos materiais, humanos e formas de organização da assistência. Sabe-se, no entanto, que cuidar não é só corrigir distúrbios, mas também promover o bem-estar. E, diferente do tratar que, em geral, reduz o doente a objeto-paciente, é ao indivíduo que cabe julgar suas necessidades na busca do bem-estar. Portanto, para o cuidado, há necessidade de arranjos tecnológicos mais sensíveis às necessidades de saúde de indivíduos e coletividades (Merhy, 2000).

Ayres (1995) considera que o momento assistencial, espaço relacional entre profissional de saúde e usuário, espaço de 'trabalho vivo em ato', é propício para subverter o paroxismo 'objetivador' das pessoas nas práticas de saúde. E não só das pessoas, mas da universalidade do conhecimento científico, cujos conceitos, necessariamente, distanciam-se das realidades, complexas e vivenciadas (Czeresnia, 1999).

Aliás, como o cuidado em saúde é sempre atividade prática (entendida como ação frente a outro visando certos resultados), que tem como referência a ciência e a técnica, exige também um saber prático. O cuidado é sempre um exercício, não podendo seu objetivo estar definido *a priori*, nem as formas de alcançá-lo, mas representando uma construção articulada de meios e fins (Ayres, 2000).

Quando se concebe a ação em saúde mais como cuidado, estabelece-se uma parceria entre profissional e indivíduo, baseada na qual se definem as origens e significados do problema, e as formas adequadas de enfrentá-lo. Neste caso, há que se reconhecer o paciente, o usuário ou a comunidade como um 'outro' portador de necessidades e valores, e se contar, como instrumento básico para a atuação, a participação, o diálogo, a negociação.

Para o âmbito deste estudo, ter como referência as modalidades assistenciais em saúde alimenta os métodos da pesquisa, fornecendo as categorias de análise dos conteúdos do trabalho dos agentes de saúde e das reuniões de equipe, além de orientar a interpretação dos relatos, por exemplo, de atividades desenvolvidas na comunidade, das dificuldades encontradas no trabalho, das sugestões dos agentes para conteúdo e forma de treinamento. Ainda, o estudo

das modalidades de atenção serviu como parâmetro para análise de perspectivas do trabalho dos agentes e das equipes e, por extensão, de possíveis modalidades de programa de saúde da família. Um último ponto de interesse para esse estudo é a relação entre a organização do trabalho – seus espaços, atividades, fluxos, registros, interações entre profissionais, relações com os indivíduos e comunidades, articulação com a rede social, formas e conteúdos do trabalho – e a construção de identidade dos sujeitos, no caso desse estudo, a do agente comunitário de saúde.

O PROCESSO DA PESQUISA

O desenvolvimento deste estudo privilegiou uma abordagem metodológica que possibilitasse a objetivação de categorias para caracterização do agente comunitário de saúde do Projeto Qualis, implantado em São Paulo, capital, tais que permitissem qualificar, especificar e discutir seu perfil ocupacional-social vigente e contrastá-lo com outros agentes de saúde de propostas similares implantadas no país, em uma perspectiva histórica de construção de uma identidade/viabilidade profissional.

Esse objetivo mais global contemplava desdobramentos e alguns recortes específicos, em especial: a contextualização histórica da emergência, no Brasil, das propostas de organização da assistência à saúde que previam a participação do agente de saúde visando à compreensão dos fatores intervenientes no perfil dos respectivos agentes de saúde; a definição de ‘perfil ocupacional-social’ como categoria síntese entre agir e interagir, e entre o desempenho e a identidade desse agente; a identificação de concepções e expectativas por parte dos diferentes sujeitos sociais dessas propostas em relação ao agente de saúde, nos diferentes espaços e momentos históricos; a caracterização do agente comunitário de saúde em área metropolitana, em termos de perfil ocupacional-social, em especial, no referente às ações que desenvolve, a sua interação com a organização do trabalho institucional, a sua inserção na equipe, sua articulação com os outros profissionais, a sua inserção em atividades comunitárias, a forma de relacionamento com os indivíduos e famílias da sua microárea, a sua concepção sobre a identidade do ser agente e sobre o trabalho desenvolvido e seu significado para a população; a análise do perfil ocupacional-social do agente do Qualis, em relação aos agentes de outras propostas implantadas no país, identificando os elementos de contraste e de afinidade quando da atuação em áreas metropolitanas e em áreas rurais; a discussão das especificidades do perfil do agente comunitário de saúde em áreas metropolitanas, contribuindo, assim, para o entendimento das possibilidades e das demandas/necessidades desse trabalhador e, ainda, a discussão de aspectos relacionados com a conformação de uma identidade profissional, em áreas metropolitanas.

Uma vez selecionado o objeto de estudo, impunha-se buscar as formas de apreendê-lo, o que orientou o enfoque no contexto e em pelo menos dois níveis da realidade em que ele se objetivava empiricamente: nas características do próprio objeto e do processo de trabalho e nas representações dos agentes desse trabalho (Mendes-Gonçalves, 1994), dos demais interessados pela intervenção, além das formas interativas apresentadas pelos agentes desse trabalho, no decorrer do trabalho em ato, captados nos seus depoimentos (Peduzzi, 1998).

Na medida em que cada um dos atores poderia ter seus próprios objetivos em relação à intervenção e também à sua avaliação, tornava-se necessário identificar as expectativas e os objetivos dos diferentes sujeitos sobre a intervenção e as interações, fossem eles gestores, financiadores, profissionais ou usuários reais e potenciais dos serviços ofertados.

É bastante extensa, nos dias atuais, a literatura específica sobre abordagens, dimensões e métodos analíticos quantitativos e qualitativos, inclusive sobre a elaboração de instrumentos de coleta de dados (Quivy & Van Campenhoudt, 1998; Marconi & Lakatos, 1988; Ferreira & Amado, 1996; Queiróz, 1991; Contandriopoulos et al., 1994; Minayo, 1994). As fontes e os mecanismos de coleta de dados para essa apreensão são também inúmeros e variados.

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

A triangulação de dados implica assumir que, em uma abordagem qualitativa, a subjetividade do pesquisador e dos sujeitos participantes da pesquisa está presente, em todos os momentos. Assim, dada a subjetividade presente, quanto mais movimentos de aproximação com a realidade forem feitos, maior chance haverá de se apreender mais e melhor as dimensões do objeto de estudo, ou seja, busca-se, através de diferentes abordagens, de diferentes olhares, aumentar a acuidade, a visão, e por conseqüência, ampliar a possibilidade de conseguir uma compreensão, o mais próxima possível, das características reais do objeto estudado (Minayo, 1992; Miles & Huberman, 1995; Peduzzi, 1998; Mays & Pope, 2000).

Nessa perspectiva, além da análise da autopercepção e do trabalho concreto desenvolvido pelos agentes do trabalho, a partir do próprio agente de saúde, foram consideradas necessárias e incluídas, neste estudo, opiniões e concepções dos demais sujeitos que, direta ou indiretamente, contribuíam para a definição do perfil do agente comunitário de saúde do Qualis e que são interessados na implantação e nos resultados da intervenção (Silva et al., 1986; Souza, 1996; Chizzotti, 1991; Marconi & Lakatos, 1996; Bardin, 1977; Becker, 1994; Haguette, 1995).

CENÁRIO

O estudo foi realizado em dois projetos oriundos de parceria do Governo do Estado de São Paulo com o setor privado em três regiões do município de São Paulo, onde o Projeto Qualis está implantado, mediante o trabalho de equipes de saúde da família atuando nas Unidades Básicas de Saúde, nos domicílios e na comunidade:

- Qualis Santa Marcelina, na Região de Itaquera – onde a articulação do setor público – Ministério da Saúde e Secretaria Estadual da Saúde – e a parceria com o setor privado – no caso, uma Organização Social, a Casa de Saúde Santa Marcelina – viabilizou o início do projeto, em abril de 1996, para uma população de cerca de 120 mil habitantes;
- Qualis Fundação Zerbini, implantado nas regiões de Vila Nova Cachoeirinha e Parque São Lucas/Sapopemba, viabilizado mediante a articulação da Secretaria de Estado da Saúde com o InCor/HCFMUSP e a parceria com a Fundação Zerbini, cobrindo, até o momento da pesquisa, cerca de 150 mil habitantes.

Na época em que se desenvolveu o trabalho de campo, de março a maio de 1999, estavam implantadas 26 unidades básicas de saúde. O Qualis Santa Marcelina dispunha, na zona Leste, de 14 unidades e o Qualis F. Zerbini, de 12 unidades, sendo 7 na região Sudeste e 5 na região Norte (Figura 1).

Quanto à população atendida, optou-se por caracterizá-la utilizando a classificação dos distritos da capital, segundo padrões de Sposatti et al. (2000), intervalos de medida de exclusão e de inclusão social – variando de -1,00 a 1,00, elaborados a partir de 49 indicadores, desde os mais clássicos de mensuração de condições de saúde até variáveis outras de risco e de qualidade de vida.

Assim, apresentam-se aqui os distritos onde residia a população atendida pelo Qualis e, em ordem de classificação, as notas que lhes foram atribuídas após a análise das condições de vida de seus moradores. Cabe indicar que a referência positiva é a nota de inclusão 1,00 identificada no distrito de Moema. A referência negativa ou a nota de exclusão (Iex), -1,00, foi atribuída ao distrito de Lajeado, zona Leste do município, justamente onde se encontrava uma das unidades selecionadas para este estudo (Tabelas de 1 a 3).

Figura 1 – Localização das Unidades do Qualis/PSF – Município de São Paulo

Tabela1 – Notas atribuídas aos distritos da zona Leste de São Paulo de acordo com análise das condições de vida de seus moradores – 1995

Posição	Distritos	IEX autonomia	IEX Qualid. de vida	IEX Desenv. humano	IEX Eqüidade	IEX
1º	Lajeado	- 0,78	- 0,75	- 0,87	- 0,54	- 1,00
2º	Itaim Paulista	- 0,90	- 0,43	- 0,95	- 0,50	- 0,95
7º	Vila Curuçá	- 0,68	- 0,37	- 0,76	- 0,53	- 0,80
14º	São Miguel	- 0,52	- 0,35	- 0,54	- 0,65	- 0,71
15º	Cidade Tiradentes	- 0,68	- 0,25	- 0,71	- 0,41	- 0,70
20º	Parque do Carmo	- 0,55	- 0,37	- 0,57	- 0,35	- 0,63
22º	Vila Jacuí	- 0,62	- 0,19	- 0,55	- 0,42	- 0,60
28º	Ermelino Matarazzo	- 0,62	- 0,20	- 0,44	- 0,28	- 0,52
41º	Vila Matilde	- 0,49	- 0,04	- 0,10	- 0,43	- 0,36
43º	Artur Alvim	- 0,44	0,20	- 0,32	- 0,42	- 0,33
46º	Vila Formosa	- 0,38	- 0,10	0,01	- 0,44	- 0,31
63º	Penha	- 0,24	- 0,02	0,39	- 0,41	- 0,10

Tabela 2 – Notas atribuídas aos distritos da região Sudeste de São Paulo de acordo com análise das condições de vida de seus moradores – 1995

Posição	Distritos	IEX Autonomia	IEX Qualid. de vida	IEX Desenv. humano	IEX Eqüidade	IEX
25º	Sapopemba	- 0,58	- 0,21	- 0,55	- 0,27	- 0,55
56º	São Lucas	- 0,52	- 0,08	- 0,31	- 0,25	- 0,18

Tabela 3 – Notas atribuídas aos distritos da região Norte de São Paulo de acordo com análise das condições de vida de seus moradores – 1995

Posição	Distritos	IEX Autonomia	IEX Qualid. de vida	IEX Desenv. humano	IEX Eqüidade	IEX
6º	Brasilândia	- 0,79	- 0,27	- 0,76	- 0,62	- 0,83
12º	Vila N. Cachoeirinha	- 0,64	- 0,26	- 0,66	- 0,58	- 0,73
42º	Freguesia do Ó	- 0,43	- 0,05	- 0,17	- 0,49	- 0,35

Fonte: Sposatti, 2000.

Como se pôde constatar, todos os distritos das regiões Leste, Sudeste e Norte da cidade de São Paulo foram classificados por Sposatti (2000) com referência negativa ou nota de exclusão variando de -0,10 a -1,00.

FONTE DE DADOS

Procedeu-se ao levantamento de dados secundários e primários, de natureza qualitativa e quantitativa. Em relação aos dados, cabe uma observação, a qual se aplica a toda a metodologia deste trabalho: a coleta de dados desenvolveu-se tendo como objetivo o projeto maior de avaliação da estratégia e de implantação do Qualis. Considerando-se que este estudo sobre o agente de saúde procedeu a um recorte do objeto maior da pesquisa, os dados foram utilizados e analisados conforme sua apropriação para a compreensão desse recorte específico.

Analisaram-se documentos de referência sobre propostas de Programas de Extensão de Cobertura, de Programas de Agentes Comunitários de Saúde – Pacs – e Programas de Saúde da Família – PSFs – e sobre o Qualis/PSF, implantado em São Paulo.

Além disso, levantaram-se dados a partir de:

- Entrevistas gravadas em áudio – com os sujeitos que desempenharam, no passado, ou no momento da pesquisa, função importante em termos de decisão sobre a implantação do Qualis. Assim, foram entrevistados formuladores ou *policy makers*, gestores e coordenadores, os responsáveis pela formulação da implantação e pela implantação do Qualis, dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde de cuja decisão dependia o funcionamento do Projeto, diretores das unidades básicas de saúde onde atuavam as equipes de saúde da família, profissionais integrantes das equipes de saúde da família – médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, outros profissionais das

- unidades e com membros de organizações e associações de moradores e ainda membros de Conselhos de Saúde;
- Observação direta do trabalho desenvolvido pelos agentes comunitários de saúde (com registro em diário de campo);
 - Observação direta de reuniões da equipe da unidade de saúde da família, de reuniões de supervisão e de reuniões da equipe com a comunidade local (com gravação em áudio);

O trabalho de campo aconteceu entre durante os meses de março, abril e maio de 1999. A fase preparatória envolveu o recrutamento, seleção e treinamento de entrevistadores e observadores, a elaboração dos instrumentos e roteiros de entrevistas e observações do trabalho dos agentes comunitários de saúde, os entendimentos com financiadores, gestores e coordenadores dos Projetos Qualis, tendo em vista a marcação de entrevistas, as visitas às três regiões onde o Projeto estava implantado, a definição dos critérios para a seleção das unidades de saúde onde se desenvolveriam as entrevistas com os profissionais e a observação do trabalho dos agentes de saúde.

Esses critérios, endossados, posteriormente, pelos coordenadores regionais, levavam em consideração: as características da população (sócio-econômicas, acesso a consumo de bens e serviços, inclusive saúde); as características da equipe em relação às características da população; o perfil das unidades (complexidade, origem – unidades do Qualis/antiga do estado ou prefeitura/de organização da comunidade, igreja etc.); os serviços disponíveis para a população; o perfil dos dirigentes de unidade (se do Qualis/se funcionário do Estado/outra situação) e o tempo de funcionamento da unidade (início das atividades necessariamente até final de 1998).

A partir dos critérios estabelecidos, a indicação das unidades de saúde foi feita pelas coordenações regionais (leste, norte e sudeste), como aquelas que melhor representavam ou melhor atendiam as principais condições de operação do Programa de Saúde da Família. Foram selecionadas, pelos respectivos coordenadores técnicos, quatro unidades da região Leste, três da região Sudeste e três da região Norte.

A providência a seguir foi o contato com os diretores das 10 unidades de saúde indicadas para acerto de aspectos relativos ao trabalho. Nessa oportunidade, cada diretor selecionou, entre as equipes de saúde da família existentes na unidade, aquela que mais se aproximava dos critérios pelos quais a unidade foi escolhida. Essas 10 equipes selecionadas seriam, a partir daquele momento, as representantes do Qualis para todos os procedimentos de coleta de dados, ou seja, entrevista com todos os membros, observação do trabalho dos agentes e observação de reuniões.

Os instrumentos utilizados na fase de coleta de dados foram:

- a) entrevistas estruturadas, com base em roteiros (Minayo, 1992; Friedrichs, 1990; Silva et al., 1986). Os roteiros de entrevistas, para todos os profissionais, foram divididos em blocos temáticos, como explicitado, em anexo. O aprofundamento de cada bloco variou de acordo com a especificidade de cada grupo de entrevistados.

Em anexo, apresentam-se modelos de roteiros elaborados para as entrevistas, no caso, o roteiro para entrevista com os agentes comunitários de saúde. Foram realizadas, ao todo, 170 entrevistas. Torna-se importante referir que os dados originários das entrevistas não foram utilizados em sua totalidade para este estudo, mas apenas nos aspectos que contribuíam para a aproximação do objeto e, por consequência, para o cumprimento dos objetivos.

- b) observação documentada (estruturada através de roteiros) do trabalho dos agentes comunitários de saúde. A técnica utilizada foi a da observação sistematizada não participante, com anotação em diário de campo (Silva et al., 1986; Mendes-Gonçalves, 1994). Esse método visou à coleta detalhada de dados e informações relativos às atividades e contatos cotidianos dos agentes de saúde no decorrer do trabalho, na unidade e fora dela. O observador deveria descrever, pormenorizadamente, as atividades, bem como sua duração, esforçando-se, ao mesmo tempo, para perturbar o menos possível o observado. O roteiro para observação, elaborado principalmente com base nas considerações de Quivy & Van Campenhoudt (1998) e de Silva et al. (1986), encontra-se nos anexos.

Com essa técnica, foi observado o trabalho realizado por cada um dos 38 agentes comunitários de saúde das 10 equipes selecionadas, durante uma semana, de 2^a a 6^a feira, durante 8 horas por dia, em todas as atividades. Assim, o agente foi acompanhado, pelo observador, no interior das Unidades de Saúde da Família, nas ruas da área de abrangência dos projetos, nas atividades de grupo, junto às famílias, especialmente nas atividades de visitas domiciliares e por ocasião de atividades junto à comunidade.

As observações do trabalho dos agentes foram registradas em diário de campo, específico para cada um dos agentes.

- c) gravação e transcrição de 23 reuniões ocorridas nas unidades ou na comunidade, durante o tempo de observação do trabalho dos agentes.

PLANO DE ANÁLISE: o desempenho e o perfil ocupacional-social do agente comunitário de saúde

A escolha das dez unidades básicas de saúde para o desenvolvimento deste estudo de caracterização do perfil do agente comunitário de saúde foi orientada por critérios que levaram em conta a diversidade do perfil das unidades em função de diferentes variáveis e as características da população, o que se pressupunha tivesse influência no dia-a-dia do trabalho do agente.

Procedeu-se à exploração do material empírico tendo em vista a identificação do perfil ocupacional do agente e das variações existentes, das características, nas várias dimensões que foram priorizadas e apresentadas como questões.

Para a descrição, a análise da prática e a caracterização do perfil do agente comunitário de saúde foram utilizadas, como centrais, a observação do trabalho e as reuniões de equipes de saúde da família das quais participaram os agentes comunitários, gravadas durante o período de observação. Já os documentos, as entrevistas com os agentes de saúde e os demais atores forneceram elementos para a apreensão de dimensões que permitiram construir o quadro de referência para a caracterização do perfil profissional do agente comunitário de saúde do PSF em São Paulo, e a discussão desse perfil em áreas metropolitanas.

O desempenho do agente comunitário de saúde

O trabalho sobre cada um dos recortes deste estudo exigiu a utilização de quadros teóricos específicos para sustentação. Assim, considerando o PSF como um programa assistencial integrado por eixos de ações, utilizou-se referencial do campo da organização de serviços (Mendes-Gonçalves, 1994) para caracterizar as atuações desenvolvidas pelos agentes.

O olhar dirigido ao trabalho do agente visou a identificar as várias dimensões e os vários eixos que o caracterizavam. Foi um 'ir e vir' de olhares, de reflexões e de conclusões parciais sobre o objeto de estudo e com base no referencial teórico. Em outros termos, qual a natureza das ações que o agente desenvolve? E a responsabilidade? Resolve casos, leva mensagem, leva informações... Colhe apenas informações para a equipe? E o padrão de organização? O agente trabalha isolado, trabalha entre pares, trabalha em uma equipe complexa? E a autonomia? Embora não haja hierarquia no discurso, há na prática? Essas e outras questões fizeram parte do processo de elaboração dos instrumentos para descrição e para análise dos dados. Houve, então, um esforço de olhar o processo de trabalho do agente, internamente, procurando compreender as suas várias dimensões e interações.

Procedeu-se, em primeiro lugar, a partir dos 38 diários de campo da observação do trabalho do agente, à elaboração de um rol de ações, ou seja, foi feito um *check list*, integrado por tudo o que estava registrado sobre as atividades do agente durante a semana de observação.

O procedimento seguinte foi a descrever e analisar cada uma das ações desenvolvidas pelo agente. Realizou-se um trabalho análogo em relação aos dados obtidos com a gravação das reuniões de equipe das quais os agentes participaram.

Assim, houve uma categorização da prática do agente de saúde em termos de conjuntos de ações de diferentes naturezas, correspondentes, em termos gerais, aos pólos de intervenção característicos do modelo de análise utilizado: ações de planejamento/capacitação/supervisão; ações sanitárias e clínicas classificadas, por sua vez, em ações de vigilância à saúde e ações de assistência médica; ações educativas; ações comunicativas; ações de assistência social; ações intersetoriais; ações comunitárias; ações mistas.

Após a caracterização da prática de cada um dos 38 agentes de saúde, a síntese posterior, por região, apontou para uma regularidade, um padrão, em termos gerais, homogêneo de prática dos agentes, ou seja, dos aspectos que conformariam a caracterização do seu desempenho, em cada uma das regiões – Leste, Norte e Sudeste. A identificação dessa regularidade orientou duas decisões em termos de continuidade do tratamento dispensado ao material empírico. Em primeiro lugar, a decisão de aprofundar a análise dos aspectos relacionados com o desempenho e com o perfil ocupacional-social dos agentes de saúde, em duas unidades da região leste, uma da região norte e uma da região sudeste, ou seja, em quatro unidades, duas do Qualis Santa Marcelina e duas do Qualis vinculado à Fundação Zerbini. A segunda decisão foi analisar, em cada equipe, os diários observação de dois agentes de saúde, ao invés do universo (quatro ou cinco) disponível, por equipe.

A apresentação que se faz neste livro, a partir desse momento, refere-se a esse universo de 17 agentes comunitários de saúde.

A quantificação dos tipos de ação e de interação teve como objetivo uma comparação interna dessas tipologias e, assim, evidenciar o padrão dominante de desempenho dos agentes. Essa idéia deve orientar a leitura das informações constantes dos quadros apresentados.

Com um padrão de trabalho identificado com base na análise dos dados obtidos com a observação direta do trabalho dos agentes e com a gravação das reuniões de equipe, aprofundou-se a caracterização e a compreensão desse padrão a partir da análise dos dados obtidos com os documentos e com as entrevistas realizadas com os diferentes sujeitos do projeto.

Após caracterizar as ações dos agentes em tipologias, segundo a natureza do resultado que elas produzem como ação técnica, a fase seguinte do trabalho consistiu na análise da perspectiva da interação, ou seja, da relação que o agente promove – ou que resulta – no desenvolvimento do seu trabalho, tanto com os pares, com os demais profissionais da unidade, quanto com os indivíduos, as famílias e a comunidade. Esse processo resultou na caracterização do trabalho do agente em outras tipologias. Em outros termos, além dos diferentes tipos de ações, foram caracterizadas as diferentes modalidades e dimensões de interações que compõem as ações, ou que se conformam durante a sua realização.

A análise da interação do agente no desenvolvimento do seu trabalho envolveu o estudo dos vários componentes considerados como dimensões dessa relação:

- a responsabilidade/autonomia do agente no desenvolvimento das ações;
- a postura do agente face aos pólos político e técnico;
- a articulação com outros agentes e com outros profissionais;
- a inserção na estrutura da organização;
- a sua articulação com a organização profissional específica;
- o seu relacionamento com a população.

Após essa análise, os elementos encontrados já se constituíam elementos classificatórios de padrões, não mais padrões de trabalho, mas padrões de desempenho do agente, construídos com base no referencial teórico utilizado. O termo desempenho é aqui utilizado para indicar a caracterização do conjunto ações e interações no trabalho do agente comunitário de saúde.

A seguir, a partir do desempenho caracterizado, analisaram-se as entrevistas realizadas com os sujeitos do projeto. A partir da análise das entrevistas com os formuladores, gestores, dirigentes das unidades, profissionais da equipe e membros da comunidade, foram criados conceitos nucleares que possibilitaram a caracterização de concepções/expectativas que os vários atores envolvidos detinham acerca da inserção e da prática dos agentes.

As entrevistas realizadas com os próprios agentes comunitários de saúde, após leitura e elaboração de um resumo sistematizado dirigido para pontos específicos, possibilitaram a identificação de um determinado padrão de expectativa/percepção/posicionamento, sobre o seu trabalho. Nesse trabalho, foram criados conceitos de autopercepção os quais ampliaram as possibilidades de compreensão das negociações envolvidas na definição do perfil ocupacional, dos limites e das analogias/especificidades dos agentes comunitários de saúde do Projeto Qualis.

O perfil ocupacional-social do agente comunitário de saúde

Com base nos conceitos e teorias indicados, no material empírico e nas reflexões intermediadas, foram elaboradas categorias de análise do perfil do agente comunitário de saúde cujos padrões, aplicados aos desempenhos identificados, possibilitaram a discussão e a caracterização do perfil ocupacional-social do agente comunitário de saúde que atua no PSF.

A expressão perfil ocupacional-social é aqui utilizada para designar o resultado da combinação do desempenho do agente com a sua caracterização social, as expectativas dos demais sujeitos e as representações de que é portador sobre o seu trabalho. Assim, é um conceito de síntese, embora analítico, que incorpora os resultados de todas as etapas anteriores de análise.

Agente institucional e agente de comunidade foram as categorias de caracterização do perfil ocupacional-social do agente comunitário de saúde. O reconhecer essas categorias principais, nos inúmeros movimentos de aproximação com o objeto de estudo, não implicou a suposição de que essas tipologias pudessem ser identificadas na forma 'pura' ou 'ideal'. Pelo contrário, esperava-se, na maioria das ocasiões, a coexistência de situações polares com perfis híbridos ou mistos, ou mesmo o deslocamento do perfil do agente de uma categoria para outra, na dependência do encaminhamento da situação concreta de trabalho.

Apresentam-se as figuras 2 e 3, em que se faz uma síntese das etapas de análise utilizadas neste estudo.

Figura 2 – Síntese das etapas de análise para caracterização das ações e interações do agente comunitário de saúde

Figura 3 – Síntese das etapas de análise para caracterização das ações e interações do agente comunitário de saúde