4. O agente comunitário de saúde em área metropolitana

identidade, especificidades, analogias

Joana Azevedo da Silva
Ana Sílvia Whitaker Dalmaso

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SILVA, J.A., and DALMASO, A.S.W. 4. O agente comunitário de saúde em área metropolitana: identidade, especificidades, analogias. In: *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, pp. 179-194. ISBN: 978-85-7541-613-6. Available from: doi: [10.7476/9788575416136.0006](https://doi.org/10.7476/9788575416136.0006). 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/).

4

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM ÁREA METROPOLITANA: IDENTIDADE, ESPECIFICIDADES, ANALOGIAS

Pretende-se, neste capítulo, proceder a uma síntese, destacando os pontos considerados mais relevantes para a caracterização do perfil ocupacional-social desse agente de realização de determinadas propostas de assistência à saúde – o agente comunitário de saúde, nas suas variadas denominações e funções, como uma expressão de realização das principais justificativas dessas propostas e de políticas específicas.

Como se pôde constatar na observação do trabalho dos agentes de saúde, a sua atuação está conformada por uma série de elementos. Optou-se aqui por destacar os seguintes: a relação das suas funções com as dos demais integrantes da equipe, os saberes que orientam o seu desempenho, as formas de supervisão do seu trabalho e a regulação do seu exercício. Esses elementos são de grande importância na definição do seu perfil ocupacional-social e da sua identidade.

Segundo a opinião dos profissionais entrevistados, entre as funções do agente de saúde destacam-se: a de conhecedor da população, a de organizador do acesso a serviço de saúde, a de vigilante de riscos e a de controlador da aderência aos cuidados de saúde propostos pelo médico e pelo enfermeiro. O agente faz também o contato da equipe de saúde com a população, o agente-‘elo’, tanto nas visitas, como nos espaços previstos de participação, como o Conselho de Saúde, e, ainda, na mobilização por direitos sociais, como na questão do saneamento e lixo e no acesso a equipamentos sociais, como creche e áreas de lazer. As ações de educação em saúde foram, relativamente, menos lembradas, pelos entrevistados, como área de atuação do agente.

No entanto, como pôde ser observado, o conteúdo principal das visitas realizadas durante a observação girou em torno da situação de controle de saúde (vacinação, prevenção de câncer ginecológico) e de cuidado médico (consultas, exames, medicação, hábitos como dieta e atividade física); o tempo maior de trabalho dentro da unidade foi ocupado em atividade de acolhimento, de registro de dados, em participação em reuniões.

Às atividades assistenciais, somam-se relatos de ações articuladas a outros serviços públicos e ações comunitárias de solidariedade e de mobilização/transformação social.

Portanto, o Programa de Saúde da Família, que representa uma nova forma de organizar a atenção básica encontra-se, ainda, cativo tanto do predomínio da assistência individual baseada no saber clínico (Mendes-Gonçalves, 1986), como da expectativa do atendimento à demanda espontânea de forma imediata e por profissional universitário, médico ou enfermeiro (Dalmazo, 1991). A oferta organizada de ações de saúde (Paim, 1995), instrumentalizada no PSF pela priorização de grupos de risco e pela visita mensal do agente às famílias, é o outro pólo da prestação de assistência em tensão com o modelo hegemônico.

Para o seu desempenho, o agente lança mão tanto do saber emprestado dos demais membros da equipe, médico e enfermeiro, como do senso comum. Os agentes são capacitados para o levantamento de informações, as orientações para a prevenção de doença e a conferência dos cuidados e tratamentos, a partir dos conhecimentos da área da saúde. Quando o saber emprestado é insuficiente, levam os próprios profissionais à casa ou o 'caso' à unidade.

No entanto, o saber científico que orienta a medicina e as áreas correlatas, ao ser aplicado a situações concretas, desdobra-se em saber operante, uma vez que deve dar conta de outras necessidades não recobertas pela ciência, como os valores, as condições de vida, as relações afetivas (Mendes-Gonçalves, 1994).

No trabalho do agente, está incluída uma série de situações para a qual a área da saúde ainda não desenvolveu um saber sistematizado e instrumentos adequados de trabalho e gerência, desde a abordagem da família, o contato com situações de vida precária que determinam as condições de saúde, até o posicionamento frente à desigualdade social e a busca da cidadania. Para lidar com essas condições, se as regras não estão definidas, o agente lança mão do senso comum, valendo-se de suas experiências e crenças (Wilson, 1989). No entanto, o agente não é o parente, mas alguém imbuído de funções e autoridade.

Para dar conta da elaboração do saber a partir do trabalho (Abbott, 1990), os espaços de supervisão e a gerência são fundamentais. No entanto, a supervisão individual tende a priorizar a resolutividade, como mencionou um enfermeiro, "não deixar o problema aumentar"; a reunião da equipe privilegia o caso individual e a doença; a gerência da unidade tem uma atuação muito pequena na conformação do trabalho da equipe e do agente.

Na conformação do trabalho do agente, além das atividades de extensão do trabalho do médico e do enfermeiro na direção da casa e da família, ampliando-se o controle e o cuidado, faz-se a institucionalização de ações comunitárias, como a participação e o controle social. Neste último aspecto, evidencia-se o primeiro passo identificado por Wilensky (apud Machado, 1970)

para a profissionalização de uma ocupação. Conforme identificado no depoimento de alguns agentes, o trabalho antes voluntário torna-se remunerado e em tempo integral, respondendo a uma necessidade socialmente colocada.

Identifica-se, ainda, tanto um investimento na capacitação dos agentes, com ampla produção de material educativo pelo Ministério da Saúde, como uma relativa similaridade nas respostas dos agentes quanto a motivações, expectativas, relações com os demais componentes da equipe de saúde e com a população. Portanto, nesse estudo pôde-se acompanhar a construção de uma coesão de grupo, bem como identificar passos de profissionalização.

Além desse aspecto, tanto as corporações como os integrantes da equipe diferenciam o que o agente faz e o que não faz. Ele faz levantamento de informações, comunicação e orientação; ele não faz procedimentos reservados ao trabalho do auxiliar de enfermagem ou ao enfermeiro e ao médico. Do ponto de vista da valorização das suas atividades em comparação com a dos outros, como se identificou, apesar do destaque dado aos agentes (como o diferencial do PSF), dá-se ênfase aos aspectos negativos, ou seja, o que ele não faz. Esse aspecto é reforçado nas falas e nas queixas dos agentes.

Nas entrevistas com os agentes, puderam-se levantar, como principais motivações para o trabalho, a possibilidade de um trabalho remunerado, bem como o contato com a população concebida como carente, traduzido principalmente pela “ajuda”; e ainda o aprendizado e, para alguns, a perspectiva de profissionalização no campo de trabalho da enfermagem. A profissionalização não só representa maior salário, mas também o apoio em um saber legitimado e o reconhecimento social.

Quanto ao significado do seu trabalho, destaca-se a solidariedade, traduzida pelo “sentir-se prestativo”, com ênfase à faceta humanística (um dos destaques da estratégia PSF) que, às vezes, tende para o messianismo. As facetas de controle e de transformação social não se destacam no trabalho dos agentes e equipes observados, embora estejam contempladas no discurso de alguns dirigentes mais distantes da prática concreta dos agentes.

No plano objetivo do programa, o agente se vê como organizador de acesso (cadastrador e orientador do uso de serviços) e ‘olheiro’ da equipe na captação de necessidade, identificação de prioridades e detecção de casos de risco para intervenção da equipe.

Como as ações previstas não se desdobram em formas mais definidas de atuação, o agente tem a impressão de relativa autonomia, não técnica porque não detém o saber da sua atividade, como o médico (Schraiber, 1993), mas relativamente livre nas conversas com as pessoas e famílias visitadas e, especialmente, nas ações comunitárias, onde se destacam as iniciativas individuais

(como no cuidado com o lixo) ou coletivas (como na organização de eventos e, por exemplo, na produção da multimistura, na organização do time de futebol).

Entre os agrupamentos – população, agentes e equipe de saúde –, os agentes tendem a se diferenciar da população, apesar de moradores na mesma área e cadastrados pelo PSF, sentindo-se, em algumas situações, mais próximos da equipe de saúde. Mas se eles estão apartados relativamente da população, ainda não estão inseridos na equipe. Ao estarem entre a equipe e a população, conformam um grupo próprio, com motivações, desempenhos e opiniões acerca do trabalho comuns. Portanto, seu vínculo é móvel e a identidade, ambivalente.

Conforme a análise de Elias & Scotson (2000), do ponto de vista do pólo técnico do trabalho dos agentes, a equipe e os gerentes aparecem como os *estabelecidos*, aqueles que ocupam posições de prestígio e de poder. Os *outsiders* seriam a população, um conjunto heterogêneo de pessoas unidas por laços sociais relativamente mais frouxos. Quando os agentes se referem a ‘nós’, identificando-se com a equipe, e à população como ‘eles’, estamos diante dessa cisão dos grupos. No entanto, o PSF traz no seu interior o pólo político, o qual tensiona o poder em direção à comunidade e desloca a relação para um nós-população e eles-instituição.

Se a sua função e vinculação são múltiplas e, necessariamente, articuladas, pode-se pensar, atualmente, os agentes comunitários de saúde como uma ocupação síntese, o trabalhador genérico identificado por Nogueira (2000).

O estudo aqui apresentado do padrão de desempenho do agente comunitário de saúde do PSF associado às opiniões sobre o seu trabalho emitidas tanto por eles, como pelos demais sujeitos possibilitou ampliar a abrangência da compreensão do seu perfil ocupacional-social, a partir das categorias de análise definidas: agente institucional e agente da comunidade.

A categoria agente institucional pode ser entendida como aquele perfil que, na prática cotidiana, expressasse um predomínio de preocupações com as exigências advindas de sua dimensão de agente inserido em um sistema de saúde. Já a categoria agente de comunidade manifestaria, como padrão dominante, a solidariedade com o seu grupo de origem e as demandas do bem-estar da população. A identificação, por sua vez, expressaria um movimento de adesão ao correspondente pólo de intervenção da proposta: o primeiro mais ao técnico, o segundo, mais ao político.

Como resultado da análise e das discussões, até o momento, com base no material disponível, não se observou no perfil do agente comunitário de saúde uma regularidade ou identificação contínua com qualquer das duas categorias de análise propostas. O que se identificou é que essas categorias aparecem nas dimensões do seu perfil incorporadas em determinados momentos do seu trabalho, na dependência das condições objetivas em que se realiza,

associadas a suas concepções sobre o seu trabalho, sobre a sua identidade e sobre as organizações envolvidas: a instituição e a comunidade.

Em outros termos, a análise orientada para os dois pólos, o agente institucional e o agente de comunidade revelou a convivência de dois pólos de movimentação que, na realidade, são pólos de tensão, dos quais não se evidenciam tipos ‘puros’, porquanto entre os quais desenvolve-se um gradiente de possibilidades. Em determinada situação concreta, ele se encaminha mais para o pólo institucional, ao passo que, em outras, se encaminha mais para o pólo comunitário. Essa dubiedade é também evidenciada nos seus depoimentos, bem como nas falas dos demais sujeitos envolvidos com o PSF, dos formuladores, coordenadores e integrantes da equipe, aos moradores da comunidade.

Como a maior parte das atividades realizadas pelo agente é de caráter técnico, afirma-se que sua identidade é mais influenciada por este setor. A equipe, na sua função de gerência da proposta, envolvendo a supervisão do médico e do enfermeiro, e mesmo o trabalho formal do gerente da unidade, parece pouco discernir as atribuições desses dois pólos e contribuir para orientar a sua execução.

Essa constatação coincide com os achados na literatura, em que o agente aparece, nas diferentes propostas, como um personagem fruto de uma tentativa de juntar as perspectivas da atenção primária e da saúde comunitária, buscando resolver dimensões como a do acesso aos serviços do ponto de vista a sua racionalidade técnica, mas também integrando as dimensões de exclusão e cidadania, ou seja, articulando o pólo técnico e o pólo político das propostas.

Ao incorporar essas duas dimensões em suas formulações, o conflito torna-se inevitável, principalmente na dinâmica da prática cotidiana. Determinados programas acabam dando mais espaço para um ou para o outro pólo. Nenhum dos programas de saúde da família elimina esses dois pólos, dimensões de tensão explícita. Essa característica os faz diferentes de um pronto-socorro, de um pronto atendimento, por exemplo, pois, embora havendo, também nesse último, a dimensão de conhecer as pessoas, da humanização, que isso seja importante para a efetividade e o encaminhamento da conduta, o que se espera, nuclearmente, são atos médicos corretos, que os profissionais médicos tenham CRM, ou seja, o compromisso profissional está muito claro para os clientes e também para os próprios profissionais.

Por outro lado, no tipo de programa em análise, a identidade dos sujeitos do trabalho não se evidencia como muito clara. Na prática do dia-a-dia, eles têm que dar conta das contradições sociais, o que é “muito pesado” e, por isso, eles fazem determinadas opções, segundo as exigências e as recompensas e suas referências.

Os dados indicam que o agente comunitário, seja mais próximo do pólo institucional ou do comunitário, não dispõe de instrumentos, de tecnologia, aqui

incluídos os saberes para o seu trabalho. Essa insuficiência faz com que ele acabe trabalhando com o senso comum, com Deus e, mais raramente, com os saberes e os recursos das famílias e da comunidade.

Nesse sentido, e retomando o referencial utilizado para análise dos dados, esse agente não teria elementos de identidade bem claros, dificultando quer o sentimento de pertencer a um grupo, quer as regulações profissionais, entre pares. Há saberes de empréstimo no pólo técnico, mas não há propostas ou trabalho consistente do “agir comunicativo”, embora as ações de conversa sejam usadas.

Para exemplificar especificidades e analogias entre o Agente Comunitário de Saúde do PSF e os agentes de propostas anteriores, optou-se por comparar duas situações de trabalho. Como arguiu Foucault (1981), o que mudou no olhar, na forma de apreensão e perspectiva de atuação entre uma e outra situação apresentadas a seguir?

Situação 1 – 1983 – Atendimento em um posto de saúde rural do Piass no Vale do Ribeira, SP. (menino, 9 anos – 7h)

Mãe: Trouxe o menino, que esta noite começou a gritar de dor de estômago. E os irmãos também estão doentes.

Agente: Mas é fome! Não é doença! O Gestal que eu dei já acabou?

Mãe: Já. Os meninos tomaram. Eles só se alimentaram disso. Eu saio cedo e esse menino fica cuidando da casa e dos irmãos. Ele lava, puxa água do poço, cuida deste pequeno (nove meses), cozinha alguma coisa...

Agente: Esses meninos estão fraquinhos demais! O maior precisa ficar mais forte para eu poder dar lombrigueiro, que vai deixá-lo com mais disposição. A senhora vai levar esses dois comprimidos de remédio (Buscopan, drágeas) e dar pra ele hoje e amanhã à noite. Vai levar Gestal (cinco pacotes) e dar três copos por dia. Prepara bem forte, pra todas as crianças. Toma bem hoje e amanhã, e na sexta-feira dá o lombrigueiro pro J., que essa dor no estômago devem ser vermes. Agora, o lombrigueiro (Thiaben), não dá o vidro de uma vez: vai dando aos poucos durante o dia. Tenho certeza que vai servir pro tipo de verme que o J. tem. Depois vem aqui buscar mais vitaminas desta (Polivitamínico, líquido), que o J. vai tomar até acabar o vidro. Agora, precisa arranjar um jeito de alimentar melhor essas crianças!

Mãe: Eu já disse pro meu marido que a gente precisa sair daqui, senão a gente vai perder todos eles.

Agente: Quanto dá pra tirar com o chá?

Mãe: 7.000 por quinze dias.

Agente: Mas só isso? Pra alimentar cinco crianças e cinco adultos?

Mãe: Que se vai fazer?

(A agente vai até a própria casa e volta com um saco de pão, dando-o para a mãe).

Agente: Toma. Leva esses pães pras suas crianças. Por que você não levava essas crianças pra creche? Lá elas comem sopa o dia todo.

Mãe: Mas eu tenho tempo? E a colheita do chá? Esse desgramado chá mata a gente o dia todo no calorão.

Agente: Ai, mulher... dá um jeito na vida!

(A mãe sai com os filhos, levando gestal, Buscopan, Thiaben e um saco de pão)

Situação 2 – 1999 – Visita domiciliar – PSF município de São Paulo

Agente: Oi, tudo bem? E os bebês [gêmeos]?

Mulher: Tudo bem. Eu estou levando eles lá no Patriarca e eles estão sempre estressados, a médica... Ah, eu desisti (do Posto do Qualis). Outro dia eu passei lá com a (...) [enfermeira] (...). Outro dia que eu marquei, telefonaram desmarcando... outro dia precisei de remédio e também não tinha.

Agente: E o que o Patriarca te oferece que aqui não tem ?

Mulher: Não precisa marcar: eu vou lá e eles me atendem. Aí eu achei útil.

Agente: Olha, dia 4 nós faremos um atendimento especial para crianças.

Mulher: Ah! Sabe aquela enfermeira (...) [descrição física], ela é estúpida. Eu falei que precisava falar com ela e, naquele momento, chegou uma funcionária com a filha. Aí ela foi logo atendida... achei sacanagem. Aí eu precisei outro dia. (...) Ele estava com febre, (...) a moça mandou ir para o Inhocunhé. Puxa vida, olha, só você [nome da agente] que resolve, sabe?

Agente: Me dá outra chance, vamos marcar agenda para a ... [criança] e vamos tentar, está certo? Você está vacinando ela direitinho?

Mulher: Estou. Olha, eu mesma que faço o controle dela em casa porque a enfermagem lá não deu certo. Só com você que deu certo. Outro dia o (...) [criança] ficou com febre e eu fiquei arrasada: a gente mora perto do posto e não pode atender, sabe? Aí eu fui para o Patriarca.

Agente: Olha, eu quero o melhor para vocês. Toma sua consulta. Não fica triste, não desanima. Eu volto para saber o que deu, está bem?

- Mulher:* Ah! A enfermeira falou que quando eu precisasse de lá eles não iriam ajudar... Que se eu quisesse, procurasse o Patriarca. Olha, fiquei triste! [agente entrega um pape]) É o Programa do Leite?
- Agente:* É lá na Igreja.
- Mulher:* Ah! É muito cheio, o negócio é muito complicado...
- Agente:* Tá vendo! Você tirou o peito da... [criança].
- Mulher:* Não, eu não tirei não: as crianças estavam chorando de fome e o peito já não está suficiente. Vê o... [remédio] para mim?
- Agente:* Vou ver se tem. Eu providencio para você, viu?
- Mulher:* Tá bom, [nome da agente]. Desculpe aí.
- Agente:* Tchau.

Essas duas situações de trabalho são bastante representativas de momentos e dimensões diversas e, ao mesmo tempo, análogas, de realização de pólos diferenciados de dois programas – do Piass do Vale do Ribeira e do PSF – e da participação do agente, em contextos também diversos. A simples leitura possibilita a apreensão de como acontece o trabalho dos agentes, sua complexidade, seus receios, suas incertezas, seus limites, a expectativa de uma identidade, sua solidariedade.

Trata-se, nesta parte do texto, de confrontar as características predominantes identificadas no perfil ocupacional-social do agente comunitário de saúde do PSF, com informações análogas sobre os agentes de outros programas implantados no país.

Cabe ressaltar os limites a que está sujeito esse procedimento, na medida em que as diferentes fontes utilizadas para a coleta de dados, que permitiram a apreensão de características dos programas e agentes – matéria-prima para a comparação – não guardam entre si uma identidade em termos de abordagem do tema ou de objetivos para os quais foram editados. Assim, à riqueza do material utilizado, contrapuseram-se, em termos de limites para uma abordagem mais analítica na direção requerida por este trabalho, as diferentes ênfases atribuídas aos diversos aspectos do objeto em estudo. Por esse motivo, serão alguns os aspectos analisados; pela mesma razão, a comparação, em determinados momentos, será feita, principalmente, entre os agentes do PSF em área metropolitana e os do Vale do Ribeira, até pela similaridade da metodologia utilizada para a coleta e a análise dos dados.

Conforme detalhado no capítulo 1, foram os seguintes os programas considerados para a referida comparação: o Piass Nordeste; o Piass do Vale do Rio Ribeira, em São Paulo; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde do estado do Ceará; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, do Ministério da Saúde e o Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde. Destas

propostas, resgataram-se aspectos considerados centrais para os objetivos deste estudo, em especial referentes à população a que se destinava, inserção do agente na proposta e expectativa de impacto de suas ações, ações propostas para desenvolver, interação e relacionamento com a estrutura profissional, espaço de atuação, autonomia de decisão, interação com outros profissionais, interação com a estrutura organizacional, concepção sobre sua identidade como agente, interação com a comunidade e concepção sobre a importância do seu trabalho para a população.

Esses aspectos foram analisados à luz dos conceitos e teorias, o que possibilitou a apreensão e a compreensão de características, em diferentes contextos. Face à articulação e à complementaridade entre os diferentes aspectos na conformação de um perfil ocupacional-social, a discussão, para algumas características, será desenvolvida em conjunto.

O pressuposto central que embasou essa comparação foi o da determinação histórica e social dos conceitos e das práticas em saúde e, por consequência, a conformação e designação dos seus sujeitos. Assim, a idéia essencial é que aquele elemento que promove uma ligação entre a comunidade e algum sistema de saúde, que viabiliza uma política, não é e nem será o mesmo, nos diferentes momentos históricos e regiões para as quais foi proposta a sua participação. Assim como houve variações em relação à concepção, à expectativa de impacto de suas ações, verificaram-se mudanças no seu perfil, tanto nos aspectos das ações, como no que existe de interação e, por consequência, na identidade.

A referência a populações carentes e marginais ao processo produtivo é, praticamente, unânime e, quando não está explícita, é facilmente inferida dos textos que justificam os programas. No começo, apenas para habitantes de áreas rurais, até para mantê-las no campo e ultimamente para as periferias de centros urbanos. Não há indicações de que esses programas tenham sido diretamente dirigidos para a população economicamente ativa, até pela organização da oferta de serviços, mas talvez funcionem como suporte social aos membros da família. Embora, por exemplo, no caso do PSF, não se consiga encontrar uma justificativa explícita de interiorização das ações de saúde, de extensão de cobertura, a proposta é, evidentemente, de ampliação do acesso.

Cabe referir que não se encontraram evidências, nem nos depoimentos, nem nos documentos consultados, de justificativa ou fundamentação das propostas pelo lado de contribuição para a reprodução da força de trabalho. A sua validação aparece sempre como garantia de acesso, tanto nas dimensões racionalizadoras como nas de inclusão, de cidadania.

A partir de 1988, a identificação desses programas como estratégia de alcançar os princípios do SUS – a integralidade, a universalidade, a equidade, tendo como eixo de sustentação o acesso – parece hegemônica. Uma explicação

inicial pode residir no fato de que, no início de sua proposição, o agente, nas propostas de medicina comunitária e dos programas de extensão de cobertura, tinha por função muito mais o alívio de tensões sociais em relação a populações marginais ao processo de produção (II PND, 1975; Donnangelo, 1979).

Mesmo quando se indicam zonas urbanas, em regiões metropolitanas, são lembradas as características de heterogeneidade; não é o fato de se implantar em áreas metropolitanas que a população-alvo seria diferenciada. Exemplo disso são as características das áreas atendidas pelo PSF em São Paulo, identificadas pelos indicadores de inclusão/exclusão indicados anteriormente, no detalhamento do processo da pesquisa.

Os agentes identificam as populações com que trabalham como carentes. Aliás, nas entrevistas, tanto os agentes do Vale como os do PSF atribuem aos moradores das regiões onde vivem e trabalham, a condição de “carente” e necessitada dos serviços que o programa oferece. Em determinadas situações, alguns agentes já se expressam como se não estivessem mais incluídos naquele grupo social.

As ações desenvolvidas pelos agentes, e a expectativa dos outros membros da instituição em relação a elas, embora representem o grande diferencial entre os programas, colocam-se, em geral, como abrangendo quatro conteúdos: a atenção básica em saúde, aí incluídos o atendimento a problemas prevalentes, a educação para a saúde; a vigilância à saúde, o monitoramento de grupos de risco, o controle de doenças transmissíveis; a atuação intersetorial e a organização da comunidade.

Em algumas das propostas analisadas, ao lado da atenção básica, colocam-se atribuições de atendimento em casos de urgência e de primeiros socorros.

A ênfase dada a cada um desses conteúdos, ou à relação entre eles, é o que garante a especificidade, pois tem variado de acordo com a proposta, segundo as realidades das populações a que se destinavam e ao contexto. Em outras palavras, a definição das atribuições tem sido um dos resultados mais efetivos das negociações locais, segundo as suas realidades, aí consideradas as necessidades expressas pelos indicadores mais simples, a oferta de serviços e de recursos humanos.

Ainda abordando as ações do sujeito, sua abrangência e a expectativa de suas ações, em praticamente todas as propostas, com graus variados da ênfase colocada, conseguem-se identificar dois componentes principais. O primeiro se poderia considerar mais estritamente técnico, relacionado ao atendimento aos indivíduos e famílias, à intervenção para promoção da saúde ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos. Ao lado deste, existe um componente identificado como político, não apenas de solidariedade à população, de discutir saúde no contexto geral de vida, mas também, no sentido de organização da comunidade, de transformação dessas condições.

Esse componente político expressa, na dependência da proposta considerada, duas expectativas diversas, ou complementares: o agente como um elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, de discussão com a comunidade sobre os problemas de saúde, de incentivo ao autocuidado – dimensão mais ético-comunitária – ou o agente como fomentando a organização da comunidade para a cidadania, a inclusão, a transformação social. Essa é uma dimensão importante e diferenciada que se identifica, como expectativa para os agentes, nas entrevistas com os responsáveis pelo Projeto Devale e também, em algumas situações, do PSF. Por outro lado, uma dimensão – bastante encontrada na prática, de maneira incipiente, mas que não está não relacionada nas atribuições dos agentes de nenhuma das propostas – é a dimensão de assistência social. Entre os 17 agentes para os quais se aprofundou o estudo da prática, 6 expressaram, por ocasião da entrevista, desejo de prosseguir estudos: 3 para auxiliar de enfermagem, 2 para psicologia e um deles, de formar-se em assistência social.

Uma outra consideração necessária sobre as ações dos agentes, das expectativas e possibilidades de realização refere-se à relativa dificuldade ou pequeno número de oportunidades em que se observou, quando da avaliação da prática desses sujeitos, tanto no Vale do Ribeira, como no PSF, a prática de medidas preventivas, de ações de natureza educativa para a prevenção de doenças. A relação dessas evidências com outros aspectos poderá ser identificada através de estudos posteriores.

Nogueira et al. (2000) identificam no trabalho do agente a dimensão tecnológica e a dimensão solidária, social, que, segundo afirmam, têm sempre potenciais de conflitos. Essas dimensões expressam, possivelmente, por sua vez, os pólos político e técnico do programa. A perspectiva individual de cada um nem sempre corresponde à perspectiva tecnológica, da racionalidade, ou seja, os pólos não convivem harmonicamente. Essa é a questão do médico no pronto atendimento, ao qual já se fez referência. O agente, entretanto, vive isto, de uma forma completa, durante todo o dia, todo o seu trabalho.

Então o trabalho do agente com essas duas dimensões é sempre de conflito. Essa é a discussão do acolhimento. Há milhares de pessoas com a mesma angústia. Como priorizar o que é mais importante? Com base na racionalidade, diz-se, deve ser atendido quem tem maior risco de morte, de complicação. Na dimensão da solidariedade, todos devem ser atendidos, todos têm direito. Se houvesse como medir o grau de desespero, entraria quem estivesse mais desesperado.

Esse é o dilema permanente do agente, essa dimensão social, solidária, convivendo com a tecnológica. Para essa função social, dado que nós somos uma sociedade que valoriza o conhecimento, a sua identidade profissional, essa dimensão do trabalho do agente – não estando construída –, em termos de mercado de trabalho, em termos de venda da força de trabalho, quase não se

coloca. Essa dimensão é muito importante em termos da realização de políticas, mas não tem valor de troca, no mercado de trabalho. A sociedade atual, tecnológica, com um alto grau de complexidade da divisão social do trabalho foi acumulando exigências e, até por isso, pressupõe a existência de uma identidade ocupacional ou profissional.

Quando o agente se refere ao seu trabalho, nas entrevistas, parece abordá-lo na perspectiva de uma atividade, não se identificando, em uma primeira análise, uma clareza de inserção desse trabalho no mercado formal. E tanto ele tem dificuldade em caracterizar isso como trabalho, que pensa em fazer o curso de auxiliar de enfermagem; manifesta, em várias ocasiões, que o profissional é o auxiliar.

A partir do estudo do conceito de profissão, a partir das teorias que enfatizam a dimensão técnica da formação, ou seja, do conhecimento esotérico como essencial para caracterizar um profissional, consegue-se discutir questões como: o profissional de uma determinada categoria é sempre igual, o médico é sempre igual, o enfermeiro é sempre enfermeiro; por conseqüência, o agente de saúde tenderá a ser sempre igual, qualquer que seja o contexto. Por outro lado, outras teorias, das quais, entende-se, Freidson mais se aproxima, consideram que a dimensão profissional do saber, do conhecimento, existe e é muito importante até na autonomia profissional, mas que ao saber deve ser acrescida a estrutura da produção, na determinação de uma prática profissional.

Em uma outra abordagem, a conceituação de profissão na saúde tem de incorporar a discussão do trabalho, da organização do trabalho sobre as relações sociais de produção, as necessidades de saúde e também a organização do sistema de saúde, de uma dada realidade, onde essas propostas devem realizar-se.

Considera-se que, na área da saúde, algumas profissões, no entanto, são mais estáveis: têm maior grau de autonomia profissional, considerada na dimensão técnico-científica, como é o caso do médico. O agente de saúde, em primeiro lugar, não é um profissional, ainda. Já se discutiu uma determinada "autonomia" do agente comunitário de saúde do PSF – o que pode parecer contraditório – relacionada, possivelmente, até com a ausência de um saber operativo específico. O agente aparece, na maioria das situações observadas, executando um conjunto de tarefas definidas segundo uma lógica não apoiada apenas na racionalidade técnica. Às vezes, uma tarefa se justifica por si; não se identifica com o alcance de uma finalidade previamente determinada. O trabalho dele é freqüentemente interrompido, como ele inclusive refere, por prioridades outras, como desmarcar e remarcar agendamento, ou fazer levantamento de novas informações.

As negociações para a regulamentação da profissão de agente comunitário de saúde, no país, no âmbito do Poder Legislativo, têm sido objeto de várias

pressões e, por consequência, de projetos de lei na Câmara dos Deputados. Apenas de 1993 a 1999, foram apresentados seis projetos de lei. Os projetos mais recentes que dispõem sobre o exercício da profissão (o PL 357, de 1999, apensado ao PL 86, de 1999) estabelecem exigências como a de que o agente só poderia exercer suas atividades em ambiente externo (nas comunidades), estando proibido o trabalho em instituições de saúde – serviços ambulatoriais, hospitalares, laboratórios ou em setores administrativos, mesmo de unidades de saúde. A exigência de escolaridade mínima correspondente à 4ª série do 1º grau; a obrigatoriedade de apresentação de certificado de conclusão de formação básica em saúde comunitária; a comprovação de ter residência fixa na localidade de trabalho.

Na justificação apresentada para a regulamentação profissional, destacam-se a idéia da igualdade de tratamento com outras ocupações, bem como as considerações relativas à ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde. Argumenta-se que a regulamentação da profissão de agente comunitária ampliaria o acesso aos serviços de saúde especialmente para as comunidades mais carentes do país. A garantia de uma proteção social mínima a esses trabalhadores – uma questão de justiça, pode-se dizer – uma vez que, não obstante sua função estratégica na reversão do atual modelo assistencial, “eles permanecem como trabalhadores informais, sem as mínimas garantias trabalhistas [sendo], muitas vezes, tratados com trabalhadores temporários.” (Câmara dos Deputados, PL 357 – 1999).

Anteriormente, o Projeto de Lei 3.994 de 1993, de autoria do deputado Paulo Portugal, estabelecia a denominação agente de saúde comunitária com as seguintes competências: atendimento às comunidades, particularmente as mais carentes, ministrando conhecimentos sobre prevenção de doenças e prestando atendimento em primeiros socorros, imunização, cuidados primários e vigilância epidemiológica. Como pré-requisito fixava o 1º grau completo e formação básica em curso de agente de saúde comunitária. Nada se falava sobre a proibição de sua atuação no âmbito dos serviços ambulatoriais, hospitalares ou nos serviços burocráticos, quer dizer, das instituições de saúde.

O Projeto de 1995, apresentado por Augusto Viveiros, tem a mesma denominação e a mesma redação. Nessa altura, o relator do Projeto, o deputado Sérgio Arouca, emite parecer favorável pela aprovação do projeto na forma de um substitutivo com as seguintes alterações. Em primeiro lugar, sugere a mudança de denominação de agente de saúde comunitária para agente comunitário de saúde que “representa melhor o tipo de atuação exercida pelos mesmos... [isto é] trabalhando em comunidade; em segundo lugar, a escolaridade mínima é reduzida para a 4ª série do primeiro grau, “pois a maior parte dos agentes já existentes são oriundos de estratos mais pobres (...) onde não tiveram, por razões diversas, possibilidade de conclusão do primeiro grau ...”; em terceiro lugar, a modificação mais substantiva que não aparece no texto do parecer, mas apenas

no substitutivo: determina-se que o exercício das atividades do agente comunitário de saúde “ocorrerá exclusivamente em ambiente externo, sendo vedada atuação nos serviços laboratoriais, ambulatoriais ou hospitalares”. As versões posteriores do Projeto, sem exceção, incorporam as modificações sugeridas no substitutivo de Arouca (PL 4.868 de 1998; PL 86 de 1999 e PL 357 de 1999).

Uma característica que envolve todos esses projetos de lei é a preocupação com aspectos trabalhistas da inserção dos agentes de saúde: carga horária, remuneração. Um desses projetos chega a propor 30 horas semanais para o agente, com remuneração de horas extras, o que evidencia um trabalho importante nesse cenário, por parte de entidades de atuação correspondente. Ao mesmo tempo, nos mesmos projetos, identifica-se uma incapacidade de definir o que seja o saber próprio, particular a essa ‘profissão’.

As idas e vindas em termos de exigências para a profissão, as restrições ao exercício institucional dos agentes de saúde estiveram provavelmente vinculadas a pressões das entidades da área de enfermagem, preocupadas com um possível retorno e acirramento da problemática dos atendentes de enfermagem, como também na tentativa de preservar um exercício sob a sua jurisdição. Cabe, inclusive, considerar o aspecto relacionado à referência e à supervisão para os agentes, em relação ao qual não havia consenso: se caberiam essas funções ao enfermeiro ou a outro profissional de nível superior.

Quanto à aproximação da prática do agente ao exercício de uma profissão já regulamentada, no caso, a enfermagem, nesse ponto, considera-se, reside uma das principais diferenças do PSF, em São Paulo, capital. Nas suas atribuições, ou menos ainda, na sua prática, não foram identificados aspectos que caracterizem ações de enfermagem. Essa informação confirma uma das premissas colocadas no começo deste trabalho: 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 obedece 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 o agente não atuasse sob essa jurisdição. No caso do PSF, freqüentes são as circunstâncias que suscitam a necessidade de discussão, tendo em vista a prática dos agentes.

Assim, em São Paulo, em poucos momentos, identifica-se, na dimensão da atenção básica, uma aproximação do agente de saúde do PSF dessa concepção e prática do cuidar na perspectiva assumida pelos profissionais da enfermagem. Nas entrevistas, entretanto, em relação a essa dimensão, poucos são os enfermeiros que a referem e os auxiliares de enfermagem, em sua maioria.

Já em outros programas, em outras regiões do país, essa dimensão é colocada como necessária para cumprimento dos objetivos da proposta.

Em síntese, ainda que se identifiquem aspectos comuns entre todos, cada contexto introduziu, certamente, diferenças importantes em cada um dos projetos. A negociação local, o contexto, os outros sujeitos e a sua relação consideram-se as condições mais importantes.

Há evidências de que, em praticamente todas as propostas, se atribui ao agente de saúde a função de viabilizar determinadas dimensões de uma política de Estado. Destas dimensões, destacam-se a proposta de ação intersetorial e o elo com a participação popular. Assim, o transitar entre os pólos político e técnico é uma fonte permanente de conflitos para o agente, em quaisquer dos programas considerados, embora com distintos matizes.

O dilema do agente no relacionamento com a população, e com a instituição, o agente de comunidade ou o agente institucional, parece ser um processo comum a todas as propostas que se propuseram a trabalhar com o agente como representante do seu grupo de origem, a comunidade.

Quanto aos fatores que condicionam essa situação, poderíamos aqui lembrar Nogueira et al. (2000), quando afirmam 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” e que, até por isso, “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”.

Silva et al. (1986) consideram a origem do agente, suas condições de acesso a serviços de assistência médica, a cultura hegemônica, o espaço para a crítica e o tempo necessário para emergir essa crítica.

Pode-se considerar um aspecto que representa, evidencia e promove uma semelhança entre todos os agentes, de quaisquer dos programas e ou contextos considerados: a satisfação por estarem desenvolvendo um trabalho que consideram útil e a sensação de orgulho quando constatarem que o seu esforço é reconhecido pela comunidade e pela instituição, às quais, eles entendem, devem dar satisfações sobre o seu trabalho.

Para encerrar este capítulo, apresenta-se uma situação que reflete o relacionamento com população, as expectativas da população e do próprio agente sobre o trabalho e, quem sabe, e um caminho que, em outro contexto, talvez valha a pena ser tentado...

Uma senhora que me vê todo dia pegar o ônibus para vir para cá perguntou como é que ia o negócio do treinamento, o que a gente estava aprendendo, se estava mexendo com remédios, essas coisas. Eu disse a ela que a gente estava batendo um papo, cada um falando dos problemas de saúde do seu bairro (...). E a conversa estava entre eu e ela mas, de repente, outra que eu não conheço, que estava sentada, fala para mim: “escuta, se um dia eu tiver um filho meu ruim lá no postinho, você vai ficar me perguntando negócio da terra, se fulano tem terra, se tem esgoto na rua, ou vai procurar socorrer o meu filho?” Nisso, eu parei (...). Se ela tivesse vindo com jeitinho, sei lá (...), eu pensava no que responder, não é? Mas eu estava num meio onde não conhecia ninguém, nunca vi essa mulher pela frente (...). Eu não sabia o que responder, eu fiquei sem graça, eu baixei a cabeça e larguei a mulher falando sozinha. (aluno)

[O instrutor lançou o problema para o grupo] Como é que a gente vai enfrentar numa situação dessas? A gente vai decidir só aprender a aplicar injeção, dar remédio, e assim contentar as pessoas que pensam assim, e tudo bem? Como é que vamos resolver esse problema? (informações a partir da análise das transcrições das fitas em que foram gravadas as sessões de treinamento dos agentes, Vale do Ribeira, 1983).

Muitos alunos, naquela oportunidade, opinaram sobre como encaminhar e resolver a questão. Contaram situações semelhantes com que se tinham defrontado em seus bairros. Em alguns, ao contrário do episódio com o aluno, o pessoal estava achando muito útil o conteúdo do curso. Já outros relataram casos de moradores que achavam que em dois meses os agentes não iriam aprender nada. Após muita discussão, um agente sintetizou o que o grupo havia concluído: o futuro agente teria que resolver o(s) problema(s) respondendo às pessoas com o seu trabalho na comunidade. Além disto, no seu dia-a-dia, teria como tarefa individual conversar com o povo para esclarecê-lo sobre a relação dos vários fatores com a saúde (Silva, 1984).