Considerações finais

Joana Azevedo da Silva
Ana Sílvia Whitaker Dalmaso

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SILVA, J.A., and DALMASO, A.S.W. Considerações finais. In: *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, pp. 195-199. ISBN: 978-85-7541-613-6. Available from: doi: [10.7476/9788575416136.0007](https://doi.org/10.7476/9788575416136.0007). 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/).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da apresentação do conjunto do trabalho, da identificação e síntese dos principais resultados, considerou-se a necessidade de que este capítulo tivesse o caráter predominante de considerações finais, as quais incluíssem os principais desafios que, durante o desenvolvimento do estudo, emergiram como importantes, no sentido de garantir o acesso e a cidadania tanto à população das regiões cobertas pelo PSF, quanto ao principal sujeito referido para a sua realização, o agente comunitário de saúde.

No Brasil, o Programa de Saúde da Família pode ser visto como uma retomada de proposições contidas nas políticas públicas federais que estiveram em evidência, desde meados dos anos 70 até início dos anos 80, como o modelo Piass e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (7ª Conferência Nacional de Saúde, 1982). Estas propostas tinham como objetivo ampliar a extensão da cobertura, bem como garantir, a grupos sociais ainda marginalizados, a ampliação do acesso a serviços de saúde. Estes indivíduos viviam em regiões de baixa densidade populacional ou em pequenos centros urbanos do Nordeste, com condições de saúde muito precárias.

Apesar do restrito impacto efetivo dessas políticas, de certa forma, pode-se considerar que elas tiveram alguma continuidade em iniciativas de âmbito regional ou local, e que se traduziram em programas de tipo agentes comunitários de saúde, proposta essa encampada pelo Ministério da Saúde como programa nacional, o Pnacs, em 1991 (Jatene et al., 1999).

Atualmente, esse tipo de programa encontra-se em fase de expansão, tanto em áreas rurais como em áreas urbanas. Além disso, esses modelos vêm sendo, cada vez mais, implantados em grandes cidades e áreas metropolitanas, mantendo, entre seus pressupostos e estratégias de intervenção básicos, as perspectivas de ampliação do acesso, de racionalidade técnica e econômica, de participação popular em saúde e de extensão de cobertura por serviços de saúde

para parcelas específicas da população brasileira. Todas essas proposições básicas, entretanto, tornaram-se passíveis de graus variados de recomposição, em nível local, na dependência das características dos grupos envolvidos e dos processos ocorridos em nível central.

Ao longo deste estudo, procurou-se compreender o perfil do agente comunitário de saúde do Qualis, em São Paulo, bem como as mudanças por que passou esse sujeito central da realização de propostas de atendimento a necessidades sociais, em específicos momentos históricos, no processo de deslocamento de áreas periféricas e rurais para grandes cidades, tendo em vista a apreensão de suas demandas e necessidades em áreas metropolitanas.

O estudo do padrão de desempenho do agente comunitário de saúde, associado às opiniões sobre o seu trabalho emitidas tanto por eles, como pelos demais sujeitos do projeto possibilitou ampliar a abrangência da compreensão do seu perfil ocupacional-social – categoria-síntese entre a ação e a interação e entre o desempenho e a identidade – a partir das categorias polares de análise definidas: agente institucional ou agente de comunidade, correspondentes à sua possibilidade de realização das dimensões técnica e política das diferentes propostas.

Como resultado da análise do material disponível e das discussões desenvolvidas, não se observa, no perfil do agente comunitário de saúde, uma regularidade ou identificação contínua com qualquer das duas categorias de análise propostas. Em outros termos, não se evidencia, em momento algum, uma correspondência exclusiva de seu perfil a um agente de comunidade ou a um agente institucional. O que se identifica, nos diferentes momentos do trabalho, é um padrão dominante de adesão a um dos pólos, na dependência dos contextos e das condições objetivas em que se realiza, associados a suas concepções sobre o seu trabalho, sobre a sua identidade e sobre as organizações envolvidas: a instituição e a comunidade.

Uma evidência é indiscutível: nos programas de saúde da família, a identidade dos sujeitos envolvidos no trabalho fica menos clara do que nos serviços de saúde 'tradicionais', o que é uma fonte permanente de conflitos para os profissionais. Na prática do dia-a-dia, espera-se que os agentes saibam lidar com complexos problemas sociais – uma tarefa pesada demais, levando à necessidade de que sejam feitas opções orientadas segundo as demandas, as recompensas e as referências pessoais.

Os resultados da análise desenvolvida apontam para um permanente foco de tensão e de conflito entre as duas dimensões de sua prática, para as quais ele foi proposto: a dimensão mais técnica e aquela de realização mais política. As condições concretas de uma metrópole, como o município de São Paulo, com um sistema de saúde estruturado, com a organização profissional

definida, com necessidades e demandas sociais mais agudas na periferia, com exigências em termos de definição de identidade profissional, tendem a ampliar as dimensões desse conflito.

Conforme já se observou no capítulo 4, os dados indicam que o agente comunitário, esteja ele mais próximo do pólo institucional ou do comunitário, não dispõe de instrumentos, de tecnologia, de saberes para corresponder às expectativas das comunidades e dos governos. Se esta insuficiência aumenta o conflito, também faz com que o agente acabe trabalhando com o senso comum, com Deus e, mais raramente, com os saberes e os recursos das famílias e da comunidade.

O que pôde ser evidenciado no estudo – a identidade do agente, a partir de suas referências, se constrói em situações concretas e na relação com a população e com os demais integrantes da equipe de saúde – permite a identificação de diversas questões. Espera-se que algumas sejam objetos de novos estudos, como apoio a demandas e necessidades desse trabalhador na sua função de viabilizar políticas sociais.

A variedade de concepções e entendimentos sobre o agente comunitário de saúde e sobre a sua função, por parte dos demais sujeitos do programa, evidencia a dimensão das expectativas a que ele tem de atender no seu dia-a-dia e, por conseqüência, algumas condições concretas de conformação de uma identidade.

A tendência observada mais para o pólo institucional está, certamente, relacionada, entre outros aspectos, à organização do seu trabalho, à insuficiência do instrumental tecnológico e de saberes para operar as duas dimensões, à indefinição do seu perfil e de suas referências, às suas referências institucionais e aos insuficientes contatos com as organizações e necessidades da sociedade civil e comunitária, bem como às suas concepções do que é mais valorizado em determinada sociedade.

Assim, se ele tende mais para o pólo institucional, o faz por diferentes motivos, entre os quais a possibilidade de apoio, de reconhecimento social e de referência no que ele considera trabalho e identidade ocupacional.

O fortalecimento da referência à saúde como qualidade de vida e de sua vinculação comunitária coloca-se, em termos de conclusão deste trabalho, como muito importante. Também se considera a necessidade da definição do seu referencial no dia-a-dia do trabalho, para o planejamento e a reflexão sobre os resultados e para que o trabalho não dependa do bom-senso de cada um. Não se podem atribuir ao agente comunitário de saúde, individualmente, a responsabilidade e a competência, nos moldes atuais, de concretização da proposta.

Coloca-se a importância de garantir condições para que se construa um saber operante para as duas dimensões de realização do seu perfil ocupacional-social. Esta construção deverá incluir, assim, uma vertente individual e biológica e, principalmente, integrar e articular as vertentes social e comunitária.

O padrão de trabalho observado é, em geral, conseguido graças ao empenho, à dedicação e ao compromisso da maioria dos agentes. As iniciativas que desenvolvem em relação aos indivíduos, como por exemplo, o clube de futebol, a capoeira; em relação às famílias e à comunidade – o galpão comunitário, a rádio comunitária – são, muitas vezes, expressão de um compromisso fora do comum, de uma solidariedade que necessita de um apoio institucional.

Quando se escutam os depoimentos – como o do agente que afirma sentir-se, às vezes, como uma salsicha, “apanhando dos dois lados” (da comunidade e da equipe) ou que “cão que tem muito dono morre de fome” –, tem-se a dimensão do risco de um processo solidário e solitário, guiado pelo bom-senso e pelos valores conformados por uma vida de igual.

Para poder realizar a sua tarefa com maior probabilidade de sucesso e menor sofrimento individual, pela concepção cotidiana das limitações dadas para uma ação isolada, considera-se que seria importante uma maior inserção do agente comunitário em projetos intersetoriais, expressão de política pública global que, assumida pelos diferentes setores de governo e da sociedade, poderia contribuir para o lidar com as questões relativas à saúde, à qualidade de vida e à cidadania da população e do próprio agente comunitário de saúde.

Assim, há necessidade de que o agente esteja e se sinta integrando uma equipe de sujeitos da operacionalização de uma política de Estado que privilegia a solidariedade, a intersetorialidade, o apoio social, a promoção da saúde, enfim. A não identificação desse esforço como política pública corre o risco de descaracterizar como trabalho justamente as ações e interações que dão suporte àqueles instrumentos de transformação social.

Esse trabalho exige que o esforço para a construção de uma identidade e de caracterização de um trabalho não passe apenas pelo agente comunitário de saúde. Os demais sujeitos que viabilizam essa política e que contribuem para a identidade do agente devem também ser considerados, na medida em que, conforme se viu, a expressão de suas concepções sobre o agente comunitário de saúde, em significativa proporção, não ultrapassa o contexto da idealização. Assim, torna-se imperiosa a existência de espaços para que os agentes possam debater essas questões. E mais: as discussões devem desdobrar-se em oportunidades de treinamentos, em formas de monitoração e supervisão do trabalho.

Ao se falar em treinamento dos agentes, em fortalecer a sua referência com a comunidade, cabe lembrar e ressaltar a propriedade do modelo sugerido para o treinamento dos agentes de saúde do Projeto do Vale do Ribeira, em São Paulo. O processo de capacitação, discutido no capítulo 1, visava a atingir duas preocupações centrais: fortalecer o compromisso e a solidariedade do agente de saúde com a comunidade e prover condições para a apropriação, pelo agente de saúde, do instrumental adequado e necessário para lidar com os problemas de saúde desse grupo.

Conforme se identificou, a metodologia proposta, na tentativa de privilegiar o como manter ou aumentar o compromisso do agente de saúde com a população, durante a capacitação, visava a proporcionar o desenvolvimento de competências para conhecer criticamente as situações de saúde no contexto da realidade em que elas apareciam e buscar um saber que correspondesse à necessidade de mudar tais situações.

Conforme se colocou no segundo capítulo, ao se discutir a conformação de identidades profissionais, necessariamente, essa abordagem remete à consideração da constituição e regulamentação das profissões na sociedade.

Também se colocaram considerações sobre o sistema de reconhecimento profissional – que seria, geralmente, ativado por necessidades e questões 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, estariam, de maneira geral, associados à busca pela profissionalização, principalmente através da regulamentação dos campos de atuação dos profissionais.

No âmbito do Poder Legislativo, desde 1993, tramitam projetos de lei na Câmara dos Deputados, com o objetivo de regulamentar a profissão de agente comunitário de saúde. Nos últimos anos, as pressões com esse objetivo se acentuaram e com elas novos projetos. Hoje, este é um tema que está na agenda da sociedade brasileira, com adesões e rejeições.

Finalmente, considera-se que a polêmica colocada no cenário atual – agente institucional ou agente de comunidade – não expressa uma questão consistente. Não existe o agente institucional ou o agente de comunidade como o bom e o mau, o certo e o errado. Na realidade, conforme se discutiu, essas categorias não são antagônicas ou excludentes, mas, sobretudo, elas aparecem como duas expressões indissociáveis e complementares de um mesmo sujeito, expressões, ao mesmo tempo, da sua prática e de suas dimensões de transformação social, de compromisso, de ética e de solidariedade.

Minha família tem ciúmes... eles falam assim para mim: “Ah, mãe, você pensa mais na comunidade do que em nós mesmos... Você não faz mais bolo, não faz mais nada pra nós... Você só pensa neles! Dá a impressão que a sua família são eles”. (Agente comunitário de saúde, região Sudeste do município de São Paulo)